

6 Kriminalvård

Narkotikakommissionens utgångspunkter: Kriminalvården har en central funktion i samhällets insatser mot narkotikamissbruket. Såväl häktes- och anstaltstid som tiden i frivård kan och måste utnyttjas för att motivera missbrukare till behandling. Under anstaltstiden, liksom inom ramen för frivården, skall det erbjudas en missbrukarvård som vid behov skall fortsätta även efter det att straffet verkställts. Inte minst därför är det viktigt att redan från början av verkställigheten inrikta åtgärderna på sådant som förbereder klienten för ett drogfritt liv i frihet.

Såväl intagna i anstalter och häkten som personalen som arbetar där har rätt till en narkotikafri miljö. Självklara riktmärken är 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. Sådana åtgärder måste också kompletteras av en medveten personal som gör andra, mindre formella och regelstyrda iakttagelser.

De senaste årens besparingskrav har för kriminalvårdens del nu börjat få konsekvenser för såväl omfattningen av som innehållet i verksamheten, bl.a. vad gäller särskilda insatser mot narkotikamissbruket. Det är enligt Narkotikakommissionens uppfattning angeläget att kriminalvården ges resurser att inte bara upprätthålla och förbättra utan även intensifiera sina insatser mot narkotikamissbruket.

Samtidigt är det angeläget att Kriminalvårdsstyrelsen hanterar narkotikafrågan ur ett helhetsperspektiv och ger frågan ökad tyngd i verksamheten. Den centrala beredningsgrupp i drogfrågor som nyligen inrättats kan få en central roll i det arbetet.

6.1 Allmänna utgångspunkter

Det finns få samhällsorgan som möter så många narkotikamissbrukare som kriminalvården; varje dag befinner sig cirka 1 800 av dessa i landets fängelser och över 4 000 inom frivården. De flesta tunga narkotikamissbrukare hamnar förr eller senare inom kriminalvården och många sitter häktade och döms till långa fängelsestraff för narkotikabrott. Kriminalvården har därigenom en intensiv och nära kontakt med ett stort antal narkotikamissbrukare och har därmed en central roll i samhällets insatser i kampen mot narkotikamissbruket.

Även om fängelsestraff aldrig väljs av behandlingsskäl hindrar detta inte att tiden i anstalt – och också i häkte – används för att försöka motivera till, planera och genomföra behandling. Det finns dock begränsningar i möjligheterna att arbeta behandlingsinriktat i den slutna miljö kriminalvårdsanstalterna utgör. Inte heller kan man se på den behandling som ges inom ramen för kriminalvården isolerat. För att förhindra återfall i såväl missbruk som brott och för att underlätta klientens anpassning i samhället har han eller hon ofta behov av omfattande stöd- och hjälpinsatser – inte sällan missbrukarvård – också efter det att kriminalvården upphört. Det är därför alldeles nödvändigt att kriminalvården redan från början av verkställigheten inriktar åtgärderna på sådant som förbereder klienten på ett liv i frihet. I detta ligger självfallet att kriminalvården har ett nära samarbete med socialtjänsten och andra berörda myndigheter.

Trots stora möjligheter att kontrollera de intagna förekommer narkotika och narkotikamissbruk i anstalter och på häkten. Detta hänger givetvis samman med – förutom den goda tillgången på narkotika i samhället som stort – att en stor andel av de intagna i dag är narkotikamissbrukare eller dömda för narkotikabrott. När anstaltspopulationen är sammansatt på ett sådant sätt att ungefär hälften har ett etablerat missbruk vore det närmast illusoriskt att tro att det inte skulle finnas en narkotikamarknad knuten också till anstalterna. Vissa anstalter är mer utsatta än andra och tillgången på narkotika varierar kraftigt också över tid.

Narkotikamissbruk och handel med droger i fängelserna medför mycket oro, vantrivsel, hot och andra säkerhetsproblem för såväl de intagna som för personalen. För att kunna motivera intagna till drogfrihet är en förutsättning att det inte förekommer narkotika på anstalter och häkten. Såväl intagna i anstalter och häkten som per-

sonalen som arbetar där har rätt till en narkotikafri miljö. Självklara riktmärken är 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.

Narkotikakommissionen bedömer att de kontrollåtgärder som kan vidtas inom såväl häkten och anstalter som frivården i allt väsentligt är ändamålsenligt utformade. De ger sålunda stora möjligheter för kriminalvården att kontrollera att klienterna inte missbrukar narkotika under verkställigheten och att narkotika inte förs in i eller förekommer i kriminalvårdens lokaler. Narkotikakommissionen lämnar dock förslag kring några enstaka enskildheter i lagstiftningen rörande i första hand kriminalvårdsanstalterna och som syftar till ytterligare förbättringar eller skärpningar av kontrollen.

Narkotikakommissionen vill emellertid understryka att kontrollen – hur stark den än är – har viktiga gränser. Även om det teoretiskt sett är möjligt att tänka sig att man genom enbart en effektiv kontroll kan uppnå narkotikafria anstalter skulle en sådan slutenhet leda till att andra värden och mål inom kriminalvården gick förlorade. Den avsaknad av kontakt med omvärlden i form av t.ex. besök av anhöriga och brevväxling, genom permissioner och andra former av vistelser utanför anstalten som skulle vara nödvändig skulle leda till betydligt försämrade möjligheter för den enskildes återanpassning i samhället. Dessutom skulle man bryta den viktiga principen om en human kriminalvård. Kontrollåtgärderna måste enligt Narkotikakommissionens mening i stället kompletteras av en medveten personal som gör andra, mindre formella och regelstyrda, iakttagelser. Man måste också sträva efter att utnyttja alla de möjligheter som finns till positiva åtgärder för de intagna i form av meningsfull sysselsättning såväl under arbetstid som under fritid. Och – inte minst – är vård- och behandlingsinsatser avgörande för hur väl man skall lyckas hålla anstalterna fria från narkotika.

Kriminalvården har, liksom övriga myndigheter inom rättsväsendet, fått vidkännas besparingskrav under senare år. Dessa har kunnat tillmötesgåas med rationaliseringar och effektiviseringar, men under de två senaste åren har det även förmärkts en nedgång i omfattningen av och innehållet i verksamheten. Bland annat har kriminalvårdens insatser för att bekämpa narkotikamissbruket minskat på i det närmaste alla områden.

Narkotikakommissionen ser med oro på denna utveckling. För att kunna påverka den dömda till behandling mot missbruk och därigenom förhindra återfall i brott är det viktigt att kunna erbjuda en väl fungerande narkotikarelaterad programverksamhet, behandling och också att kontrollnivån är rimligt hög. Här vill kommissionen också peka på den risk som föreligger för att nedskärningar i motivations- och behandlingsinsatser leder till att kontroll- och säkerhetsfrågor får en alltför dominerande roll i arbetet mot narkotika på anstalterna, med det försämrade, hårdare anstaltsklimat som kan bli följderna därav för såväl intagna som personal. Det är enligt kommissionens mening angeläget att kriminalvården – med den centrala roll den har för narkotikabekämpningen – ges möjlighet att upprätthålla, förbättra och – som riksdag och regeringen understrukit – intensifiera sina insatser mot narkotikamissbruket.

På samma sätt som gäller för den övergripande narkotikapolitiken vill Narkotikakommissionen avslutningsvis understryka vikten av en helhetssyn på narkotikabekämpningen också inom kriminalvården. Det måste råda balans mellan motivations- och behandlingsinsatser å ena sidan och kontrollåtgärder å den andra. Vidare synes det, som på flera andra områden kommissionen studerat, finnas ett behov av en kraftsamling kring frågan, en starkare fokusering på narkotikaproblemet också inom kriminalvården.

Kriminalvårdsstyrelsen har nyligen inrättat en central beredningsgrupp i drogfrågor.¹ Syftet är att främja helhetssyn, samordning samt kvalitet avseende åtgärder som är ägnade att effektivisera drogbekämpningen inom kriminalvården. Narkotikakommissionen förutsätter att den centrala beredningsgruppen kommer att spela en central roll inom kriminalvården. En angelägen uppgift för gruppen är enligt Narkotikakommissionen att stimulera och bidra till utvecklingen av kriminalvårdens lokala handlingsplaner mot narkotika.

Narkotikakommissionen har i diskussionspromemoria nr 10 utförligt behandlat kriminalvårdens åtgärder mot narkotikamissbruk liksom redogjort för den lagstiftning och de övriga bestämmelser som styr verksamheten. Detta kapitel koncentreras på att redovisa kommissionens förslag samt motiveringarna till dessa. Här skall framhållas att några ändringar i sak inte har företagits i förslagsdelarna sedan dess diskussionspromemorian presenterades.

¹ Kriminalvårdsstyrelsens beslut 2000-05-02 (Dnr 56-2000-3551).

6.2 Vård och behandling

Narkotikakommissionens bedömning: En bearbetning av missbruksproblematiken är en av de mest effektiva åtgärderna för att förbättra de intagnas återanpassning i samhället.

Kriminalvårdens insatser för dömda som är narkotikamissbrukare bör i högre grad än i dag inriktas på att motivera och förbereda för behandling, och om så är möjligt bör behandlingsinsatser påbörjas under verkställigheten.

Insatserna mot narkotikamissbruket skall utgöra en integrerad och prioriterad del i kriminalvårdens arbete.

Motivations- och behandlingsinsatser skall initieras så tidigt som möjligt.

I 4 § lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt stadgas att kriminalvården skall utformas så att den intagnes anpassning i samhället främjas och skadliga följder av frihetsberövandet motverkas. I den utsträckning det kan ske utan att kravet på samhällsskydd eftersätts bör verksamheten från början inriktas på åtgärder som förbereder den intagne för tillvaron utanför anstalten. Frigivning skall förberedas i god tid.

För de narkotikamissbrukare som är dömda till fängelse har brottet ofta anknytning till missbruket. En bearbetning av missbruksproblematiken är därför en av de mest effektiva åtgärderna för att förbättra den intagnes återanpassning i samhället.

Många missbrukare har levt ett oordnat eller kaotiskt liv och kan ha dålig hälsa och vara fysiskt nedgångna. En frihetsberövande åtgärd i form av en placering på en kriminalvårdsanstalt ger vissa möjligheter för den dömda att bearbeta sin livssituation och sitt förhållande till droger liksom att förbättra det fysiska hälsotillståndet. Den intagne kan också komplettera studier och, vid längre strafftider, få möjlighet till en yrkesutbildning.

Kontrollåtgärderna i anstalterna innebär att det är svårt att vidmakthålla ett fortlöpande missbruk under anstaltstiden. På de flesta anstalter förekommer narkotika sällan eller inte alls. För flertalet av de intagna innebär anstaltsvistelsen således att de blivit avgiftade och att de inte alls eller endast vid enstaka tillfällen har möjlighet att få tag på narkotika, vilket kan utgöra en god grund för motivations- och behandlingsinsatser. Den intagnes egen motivation att upphöra med missbruket är av avgörande betydelse för att insatser mot missbruk skall få någon långsiktig effekt. Stor

vikt läggs därför på olika åtgärder för att motivera de intagna att delta i programverksamhet och/eller att planera för mer djupgående behandlingsinsatser i samband med den kommande frigivningen, t.ex. i form av en placering i vård utom anstalt enligt 34 § lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt.

Avskärmningen från samhället i övrigt bidrar emellertid till att det är svårt att uppnå bestående resultat av påverkan och behandling i en anstaltsmiljö. De intagna riskerar att hamna i en passiv roll med en yttlig anpassning. Isoleringen och påverkan från andra intagna skapar lätt en djup psykologisk stress. Kontakterna mellan de intagna präglas ofta av diskussioner om brott och droger. Det är inte minst avsaknaden av mer naturliga valsituationer och träning i alldagliga situationer utanför anstalten som är allvarliga handikapp i anstaltsmiljön. Narkotikakommissionen menar därför att effektiva insatser av behandlingsnatur mot narkotikamissbruk bör ges i så öppna former som möjligt, vilket också skulle göra det lättare att samverka med samhällets utbud av vård- och behandlingsinsatser.

Narkotikakommissionen anser att insatser mot narkotika och narkotikamissbruk måste utgöra en integrerad del av kriminalvårdens arbete och att planering och genomförande av sådana insatser bör ha samma prioritet som annan grundläggande verksamhet inom kriminalvårdens verksamhet. Enligt Narkotikakommissionens bedömning är detta inte fallet i dag då de senaste årens besparingar drabbat den verksamhet som är inriktad på att motarbeta narkotikamissbruk i en oacceptabelt hög grad. Den höga beläggningen tillsammans med personalnedskärningar och svårigheter att genomföra utåtriktade aktiviteter utgör ett problem när det gäller att upprätthålla kvaliteten på de motivationsprogram som drivs. Under de senaste åren har antalet intagna som deltagit i någon form av motivations- eller behandlingsprogram mot narkotika sjunkit. Detta är delvis ett resultat av besparingar och omprioriteringar inom kriminalvården. Delvis är det en effekt av ökade kvalitetskrav på programverksamheten vilket resulterat i att flera program lagts ned. Även socialtjänstens minskade insatser för missbrukarvård har påverkat kriminalvårdens möjligheter att medverka till att dömda narkotikamissbrukare får adekvat behandling.

Den som är intagen på kriminalvårdsanstalt har små möjligheter att under fängelsetiden använda sig av samhällets ordinarie utbud av vård-, stöd- och behandlingsinsatser. Detta innebär att huvuddelen av de insatser som kan göras måste äga rum inom anstaltens ram och genomföras av kriminalvården. I några fall kan

viss behandling ges av vårdgivare utanför anstalten, men vanligen begränsas detta för intagna på slutna anstalter till enstaka stödsamtal eller deltagande i möten arrangerade av NA (anonyma narkomaner) eller AA (anonyma alkoholister). I vissa fall kan externa kursledare, samtalsledare eller andra resurspersoner från bl.a. frivilliga organisationer komma till anstalten.

Det är Narkotikakommissionens bedömning att ett mer utpräglat behandlingsklimat minskar motsättningarna mellan personal och intagna vilket är en grundförutsättning för ett framgångsrikt motivationsarbete. Intagna som frivilligt valt att vistas på en narkotikafri enhet och som dessutom är beredda att ställa upp på regelbundna narkotikatester ger också förutsättningar för ett mer utåtriktat arbetssätt som bl.a. inkluderar aktiviteter utanför anstalten. Det är därför viktigt att göra en tydlig skillnad mellan vanliga permissioner, som den intagne kan få för egna angelägenheter, och de särskilda permissioner som utgör en del av behandlingsprogrammet.

För att kunna genomföra en ökad prioritering mot ett mer behandlings- och påverkansinriktat arbete är det nödvändigt att Kriminalvårdsstyrelsen tar ett centralt ansvar för stöd till de lokala myndigheternas utvecklingsarbete, kompetensutveckling, uppföljning och utvärdering.

Initialt kan en ytterligare ökad satsning på utvecklingsarbete och kompetensutveckling innebära en kostnadsökning, men på längre sikt kan enligt Narkotikakommissionens uppfattning ett effektivt påverkansarbete medföra väsentliga besparingar, inte bara samhällsekonomiskt utan också inom kriminalvårdsorganisationen som sådan.

Kriminalvårdens beredningsgrupp för narkotikafrågor har en viktig uppgift när det gäller att verka för att drogfrågorna prioriteras och integreras i kriminalvårdens hela arbetsfält. Kommissionen vill vidare påpeka vikten av att kriminalvården såväl centralt som lokalt kan finna former för att få till stånd en ändamålsenlig och effektiv samverkan med socialtjänsten och andra berörda samhällsinstanser.

6.2.1 Normaliseringsprincipen

Narkotikakommissionens bedömning: Vissa kommuner undandrar sig ansvaret för de narkotikamissbrukare som finns i kriminalvården. Detta bör dock inte resultera i att kriminalvården tar över kommunernas ansvar. Normaliseringsprincipen skall därför gälla även fortsättningsvis.

Den svenska kriminalvården bygger på den s.k. normaliseringsprincipen. Den innebär att de dömdas sociala behov skall tillgodoses inom ramen för samhällets allmänna välfärdssystem på samma sätt som gäller för alla andra medborgare.

En person som inte själv kan tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda på annat sätt skall enligt socialtjänstlagen (1980:620) bistås av socialtjänsten i den kommun som har ansvaret för honom eller henne. Detta gäller också, utan undantag, när den behövande är intagen i fängelse.

Den kommun där en behövande vistas har i princip yttersta ansvaret för att ge stöd och hjälp. Detta innebär inte någon inskränkning i det ansvar som i övrigt vilar på andra huvudmän. På grund av regeln om vistelsekommunens ansvar hade tidigare den kommun där anstalten var belägen det formella ansvaret för de intagna. Detta medförde dock många problem.

Den 1 juli 1997 infördes nya regler i 72 a § socialtjänstlagen om vilken kommun som skall svara för bistånd, stöd och sociala tjänster åt den som är under kriminalvård i anstalt. Folkbokföringskommunen utsågs till den ansvariga kommunen. Det faktum att många av kriminalvårdens klienter är folkbokförda i en kommun, som de inte längre har någon naturlig anknytning till, ansågs i lagstiftningsärendet uppvägas av enkelheten i regleringen. Det är dock fortfarande möjligt att lägga över ansvaret på en annan kommun än folkbokföringskommunen. Både en intagen och kommunen kan nämligen initiera att den intagne folkbokförs i en annan kommun och att ärendet därefter överflyttas till den andra kommunen. Vidare gäller för intagna, som inte är folkbokförda i landet, att vistelsekommunen alltjämt har biståndsansvaret.

Narkotikakommissionen har erfarit att det sällan är problem med att slå fast vilken som är den ansvariga kommunen för klienterna i kriminalvården.

När det gäller vem som skall ansvara för missbrukarvården för kriminalvårdens klienter finns det enligt Narkotikakommissionens

mening inte anledning att frångå den rådande s.k. normaliseringsprincipen. Det innebär att huvudansvaret för missbrukarvården även i fortsättningen skall ligga på kommuner och landsting. Narkotikakommissionen har dock funnit sådana brister i praktiken att normaliseringsprincipen i dag inte kan sägas fungera tillfredsställande.

Både klienter inom frivården och intagna i anstalt har ofta behov av omfattande stödåtgärder och vårdinsatser. Det kan gälla anskaffande av bostad eller arbete, somatisk eller psykiatrisk sjukvård eller vård och behandling mot missbruk.

Under förarbetena till den nu gällande kriminalvårdslagstiftningen framhölls att ifrågakvarnande service som regel skall tillhandahållas av de organ utanför kriminalvården som normalt har ansvaret för den service det gäller, såsom t.ex. hälso- och sjukvård, socialvård, arbetsförmedling m.m. Kriminalvården bör bygga upp egna resurser endast för sådana fall där frihetsberövandet utgör hinder mot andra myndigheters medverkan eller där stödinsatserna uteslutande har sin grund i kriminalvårdens rehabiliterande uppgifter.²

I samband med riksdagsbehandlingen av förslaget pekade justieutskottet på problemet med ansvars- och kostnadsfördelningen mellan olika vårdområden, särskilt beträffande hälso- och sjukvård där bristerna ansågs vara många. Utskottet framhöll vidare vikten av att uppmärksamhet ägnades åt att utarbeta speciella former för kontakt och samverkan mellan de berörda vårdgivarna.³

Fängelseutredningen konstaterade år 1993 att normaliseringsprincipen inledningsvis vållat vissa tillämpningssvårigheter men att de intagna i landets kriminalvårdsanstalter i allt väsentligt fick den samhällsservice som omständigheterna tillät.⁴ En annorlunda bild tecknas i dag i den av Riksrevisionsverket nyligen genomförda granskningen av kriminalvården. Där konstateras att normaliseringsprincipen har ett så dåligt genomslag att den utgör ett hinder för en effektiv kriminalvård. Det förefaller enligt Riksrevisionsverket som om många kommuner inte har tillräcklig kännedom om principens innebörd. Dessutom anförs att vissa kommuner och landsting inte tar det ansvar som åvilar dem, vilket leder till att påföljder och behandlingsinsatser inte kan genomföras på avsett vis.

² Prop. 1974:20 s. 85.

³ JuU 1974:2 s. 35.

⁴ *Verkställighet av fängelsestraff* (SOU 1993:76) s. 129.

Utdragna processer och krångel i handläggningen drabbar klienten och därmed ökar också riskerna för återfall i brott.⁵

Riksrevisionsverket anför vidare att det också kan handla om att kommunerna inte anser sig ha tillräckliga resurser och, som verket uttrycker det, genom att ha klienterna i fängelse övervältras kostnaderna på staten. Slutligen konstateras att kriminalvårdens klienter över huvud taget har svårt att få gehör för sina behov och inte sällan är lägprioriterade i kommuner och landsting. Riksrevisionsverket anser att det dåliga genomslaget för den svenska normaliseringsprincipen i kommuner och landsting är ett så allvarligt problem att regeringen bör vidta åtgärder.

Det påpekas också i budgetpropositionen för år 2000 att kommunernas benägenhet att bekosta vård och behandling har minskat kraftigt; det föreligger svårigheter för kriminalvårdsmyndigheterna att få ansvarsförbindelse av socialtjänsten för § 34-placering.⁶ I budgetpropositionen för år 2001 anför regeringen att det minskade antalet § 34-placeringar är en negativ utveckling som måste tas på allvar. Placeringarna, som alltså minskat kraftigt under senare år, minskade ytterligare under år 1999. Problem med finansieringen liksom omprioriteringar och omorganisationer inom såväl kriminalvård som socialtjänst torde, enligt regeringen, ha bidragit till denna utveckling.⁷ Också Riksrevisionsverket har i sin tidigare nämnda granskning funnit att kommunernas ovilja att ta kostnadsansvar för kontraktsvård och § 34-behandling utgör hinder för en effektiv kriminalvård.

Narkotikakommissionen har dessvärre inte funnit anledning att ifrågasätta den bild som tecknats ovan. Tvärtom är detta den verklighet som också kommissionen mött under utredningsarbetets gång. Personal vid många kriminalvårdsanstalter och inom frivården har påpekat att det kan vara svårt att få till stånd fruktbara kontakter med företrädare för socialtjänsten i klienternas hemkommuner, särskilt i de fall klienten tidigare inte varit känd av socialtjänsten. Byte av personal, oklarhet om ansvarsfrågor och ovilja från socialtjänsten att planera eller satsa på klienten medan han eller hon är intagen på anstalt har nämnts som några av de problem man möter. Socialtjänstens pressade ekonomiska situation har ofta lett till att stödåtgärder som från såväl kriminalvården som socialtjänsten bedömts önskvärda inte har kunnat genomföras.

⁵ *Effektivare kriminalvård – En hinderanalys*, Riksrevisionsverket 1999:27, s. 209 f och 216 f.

⁶ Prop. 1999/2000:1 utg.omr. 4 s. 114.

⁷ Prop. 2000/2001:1 utg.omr. 4 s. 32 och 80.

Man kan i dag med fog hävda att normaliseringsprincipen inte har ett tillräckligt genomslag, framför allt på grund av socialtjänstens bristande förmåga. Enligt kommissionens mening utgör detta emellertid inte skäl för att frångå normaliseringsprincipen som sådan. Förutom de principiella skäl som talar mot en särskiljning för personer som är föremål för kriminalvård skulle det krävas att kriminalvården byggde upp en omfattande organisation för att kunna tillgodose samtliga de sociala behov som föreligger. Den dubblering av samhällets olika stöd- och hjälpinsatser som skulle vara nödvändig skulle innebära en inte obetydlig kostnad. Det är också i kommuner och landsting som den bästa kompetensen på området finns. Även i fortsättningen bör därför kriminalvården enligt kommissionens mening i första hand klarlägga klienternas eller de intagnas behov av olika stöd- och vårdinsatser och förmedla kontakt med de myndigheter som har till uppgift att erbjuda sådana.

Den omständigheten att de sociala myndigheterna för närvarande inte synes uppfylla sina åtaganden vad gäller framför allt behandling mot narkotikamissbruk ändrar alltså inte denna inställning. Enligt kommissionens mening måste i stället ytterligare satsningar göras för att kunna bereda narkotikamissbrukare den vård och behandling liksom annat stöd och annan hjälp som de kan vara i behov av. I kapitel 4 behandlas kommissionens överväganden om dessa insatser. Det är vidare nödvändigt att en konstruktiv samverkan kommer till stånd mellan berörda instanser såsom bland andra socialtjänsten, landstinget och kriminalvården, både vad gäller planering och dimensionering av vårdresurser och stöd och bistånd till enskilda individer. Frågor kring samverkan behandlas närmare i kapitel 3.

För personer som är häktade eller intagna i kriminalvårdsanstalt finns det praktiska hinder för myndigheter utanför anstalten att erbjuda stöd och vård. Missbrukare skall i princip inte placeras på öppen anstalt och större restriktivitet tillämpas för missbrukare när det gäller frigång och fritidsvistelse. Närhetsprincipen kan inte tillämpas konsekvent, vilket innebär att många får avtjäna sitt fängelsestraff på en anstalt långt från hemorten. I sådana fall – och också när stödinsatserna uteslutande har sin grund i kriminalvårdens rehabiliterande uppgifter – bör kriminalvården även fortsättningsvis ta det primära ansvaret för uppgifter som annars ankommer på andra huvudmän. I huvudsak gäller detta den program-

verksamhet och de behandlingsinsatser som vidtas inom ramen för kriminalvårdens arbete.

6.2.2 Differentiering

Narkotikakommissionens bedömning: Den höga beläggningen på landets kriminalvårdsanstalter utgör ett hinder för en ändamålsenlig differentiering av de intagna.

Differentieringen av de dömda till olika anstalter sker efter i huvudsak två principer. Dels tas hänsyn till samhällsskyddet, dels till den dömdes behov av särskilt arbete, utbildning eller behandling. I det senare fallet skall den som har behov av viss utbildning eller behandling som anordnas vid viss anstalt, om det är lämpligt, placeras i en anstalt som kan erbjuda detta. För personer som är dömda till fängelse i lägst fyra år gäller särskilda bestämmelser.

Under senare år har beläggningen på anstalterna varit hög, vilket har medfört att det ibland inte varit möjligt att göra den placering som är optimal med hänsyn till de dömdas behov. I stället har man fått göra placering vid den anstalt med den önskade säkerhetsnivån där det för tillfället finns plats.

Ett särskilt problem utgörs av att intagna som inte har narkotikaproblem nu i stor utsträckning placeras på normalavdelningar, där narkotikahandling kan förekomma. De intagna som så önskar borde kunna få placeras på avdelningar med en utökad kontroll av att narkotika inte förekommer av samma typ som motivations- och behandlingsenheterna. Också de som väntar på att bli antagna i en motivations- eller behandlingsenhet skulle kunna placeras i sådana avdelningar. Detta förutsätter i sin tur att fler avskilda enheter inrättas i kriminalvårdsanstalterna. En utveckling mot fler och mindre avdelningar pågår inom kriminalvården och har visat sig vara av stort värde när det gäller att minska narkotikahandlingen på anstalterna liksom att minska våld och hot mellan intagna. Man kan invända att den återstående gruppen av intagna, personer med missbruksproblem som är omotiverade att bearbeta sitt missbruk och icke-missbrukare som inte har valt att komma till en enhet med utökad kontroll, kan bli extremt svår att arbeta med. Detta kan dock i viss mån motverkas av att enheterna blir mindre och att detta ger möjlighet att arbeta målinriktat också med denna grupp.

Narkotikakommissionen menar att det är nödvändigt att det finns tillräcklig flexibilitet i organisationen så att placeringar kan göras utifrån den intagnes behov – samtidigt som behovet av samhällsskydd tillgodoses. Den genomsnittliga beläggningen år 1999 låg på 88 procent vilket för kommissionen framstår som en hög siffra. Utifrån en kostnadseffektiv aspekt är det naturligtvis en fördel med en hög utnyttjandegrad av dyra anstalter, men med en så hög beläggning blir det svårt att differentiera de intagna med utgångspunkt från deras behov av behandling och annat stöd. Det är också en åsikt som framförts till kommissionen från företrädare för kriminalvården.

Om kriminalvården utvecklar användningen av andra insatser så som kontraktsvård, § 34-instrumentet eller behandlingsinriktade program på mer behandlingsinriktade anstalter lösgör man resurser på de slutna anstalterna. Det är också möjligt att öka flexibiliteten på de enskilda anstalterna, så att olika avdelningar har olika inriktning. Den pågående utvecklingen mot mindre och sinsemellan avskilda enheter ökar möjligheterna till en sådan flexibilitet, vilket i sin tur kan medföra att man samtidigt kan ha hög total beläggning och ändå finna mer optimala placeringar.

6.2.3 Behandlingsplanering

Narkotikakommissionens bedömning: Den reguljära verksamheten inom häkten och anstalter skall så långt som möjligt ge utrymme för varje individs behov och förutsättningar.

Metoderna för verkställighets- och behandlingsplanering bör utvecklas.

I kriminalvårdens ordinarie verksamhet ingår bl.a. verkställighetsplanering, innefattande differentiering av intagna och behandlingsplanering, komplettering av skol- och yrkesutbildning, arbetsträning, hälso- och sjukvård samt förberedelser inför frigivningen. En god basverksamhet som är anpassad efter individens behov och förutsättningar är till fördel för alla intagna. I varje led måste dock nog analyseras vilka effekter olika insatser kan ha på de intagnas förhållande till narkotika och i vilka avseenden särskilda insatser mot narkotikan måste vidtas.

Verkställighetsplaneringen är av grundläggande betydelse såväl för de dömda individerna som för de lokala kriminalvårdsmyndig-

heternas möjligheter att genomföra verkställigheten på ett bra sätt. Enligt 5 § i lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt skall verksamheten planläggas och genomföras i nära samverkan mellan kriminalvårdens olika organ. I den mån ett förverkligande av vårdens syfte kräver insatser av andra samhälleliga organ, skall erforderlig samverkan ske med företrädare för sådant organ. I den utsträckning det lämpligen kan ske bör samråd ske även med den intagnes närstående.

Den nyligen genomförda organisationsreformen av kriminalvården ger goda förutsättningar för att påbörja en fördjupad verkställighetsplanering redan under häktetiden. Under tiden i häktet, som för många missbrukare också i praktiken innebär avgiftning, kan det finnas möjlighet att påbörja motivationsarbetet. Särskilt i de fall den intagne är känd av socialtjänsten bör man om möjligt redan i häktet ta kontakt med socialtjänsten för att överväga om eventuellt gemensamma åtgärder.

Behandlingsplaneringen skall genomföras inom tre veckor efter ankomsten till anstalten. Kunskap, erfarenhet och omdöme hos den personal, i första hand kontaktsmannen, som är ansvarig för behandlingsplaneringen är av väsentlig betydelse både för att få till stånd klientens aktiva medverkan i planeringsarbetet och för kvaliteten på behandlingsplanen.

Genom att använda särskilt framtagna instrument för bedömning av risk- och behovsprofiler kan man samtidigt få en ökad precision i bedömningen av klientens situation och underlag för planering och uppföljning av klientens utveckling under verkställighetstiden. Inom kriminalvården pågår för närvarande utveckling av sådana bedömnings- och utvärderingsinstrument. Den långsiktiga målsättningen är att materialet skall utvecklas till ett generellt planerings- och uppföljningsinstrument, som kan användas både inom kriminalvården och av socialtjänsten. Inom de närmaste två åren planerar Kriminalvårdsstyrelsen att materialet skall vara färdigutvecklat och kunna tas i bruk, under förutsättning att tekniska och ekonomiska svårigheter kan lösas.

För att kunna använda analysinstrument av denna typ erfordras inte bara att klienten ger sitt samtycke utan även dennes aktiva medverkan. Erfarenheter från försöksverksamheten har visat att de flesta klienter gärna medverkar och att deltagandet ofta ökar klientens självinsikt och motivation till förändring. En annan erfarenhet är att där samma standardiserade bedömnings- och utvärderingsinstrument har använts också av t.ex. socialtjänsten har detta

ökat möjligheten till en konstruktiv dialog mellan socialtjänsten och kriminalvården kring enskilda klienter och deras behov av stöd.

Utveckling av liknande instrument pågår även på andra håll. Narkotikakommissionen anser att utvecklingsarbetet bör samordnas, vilket kommenteras närmare i kapitel 7.

Som ett led i utvecklingen av en ny vårdarroll har kriminalvården under slutet av 1990-talet successivt infört ett system med kontaktmannaskap där baspersonalen vid anstalterna – vårdarna – tillförs mer kvalitativa arbetsuppgifter samt ges utökat ansvar och befogenheter. Varje intagen på en anstalt skall ha en kontaktman bland vårdarna. Kontaktmannens uppgifter är att bland annat ansvara för introduktionen av de intagna, utformning av behandlingsplan, planering av permissioner och andra utevistelser samt frigivningsförberedelser.

Narkotikakommissionen vill understryka vikten av att systemet med kontaktmän utvecklas och att de som har denna uppgift får utbildning för sitt uppdrag och reella möjligheter att utveckla funktionen som kontaktman. Det är inte minst viktigt med tanke på att kontaktmannen och den intagne fortlöpande behöver föra en dialog om hur behandlingsplanen utvecklas och eventuellt vid behov revidera denna. Kontaktmannen har också ett ansvar för att frivården och om så behövs socialtjänsten på ett så tidigt stadium som möjligt deltar i frigivningsförberedelserna. Frivården kan här spela en viktig roll genom att det frivårds kontor, inom vars område klientens hemkommun finns, om så behövs kan fungera som förmedlare av kontakterna mellan kontaktmannen och socialtjänsten i hemkommunen.

6.2.4 Utveckling av behandlingsverksamheten

Narkotikakommissionens bedömning: Programverksamhet, metodutveckling och kompetensutveckling bör prioriteras.

Verksamheten på motivations- och behandlingsenheter bör utvecklas så att de medger en ökad involvering av omvärlden.

I alla delar av landet finns det avdelningar inom kriminalvårdsanstalterna som är särskilt inriktade på motivation eller behandling av narkotikamissbrukare. Det förekommer i viss utsträckning att den dömda redan vid häktet ansöker om en plats vid en sådan av-

delning. Vanligare är dock att en överflyttning till en särskild avdelning för narkotikamissbrukare sker efter en tid på normalavdelning.

Totalt fanns i juli år 2000 på 21 olika anstalter över hela landet 381 platser särskilt avsedda för narkotikamissbrukare. Såväl antalet anstalter med sådana avdelningar som det sammanlagda antalet platser har sjunkit under de senaste åren. Kriminalvården räknar två gånger årligen, den 1 april respektive den 1 oktober, antalet missbrukare som deltar i någon form av programverksamhet. Antalet som fanns på särskilda avdelningar var som högst i april 1997 då 605 personer var intagna på sådana avdelningar. I oktober 1998 var antalet 455 och i oktober 1999 hade antalet sjunkit till 381. Enligt Kriminalvårdsstyrelsens planer skall antalet dock öka till 444 år 2001 och året därpå till 460.

Platserna finns företrädesvis på anstalter av säkerhetsklass II och III. Det största antalet platser finns på Österåker (72 platser), Roxtuna (50 platser) och Högsbo (49 platser).

Innehållet i programverksamheten på motivations- och behandlingsavdelningarna skiljer sig något åt mellan de olika anstalterna. Bland de gemensamma dragen kan nämnas att klienterna själva skall söka till avdelningarna och visa att de är motiverade till behandling och bearbetning av sin brotts- och missbruksproblematik. Det är också angeläget att även personalen är motiverad och skall ha valt att arbeta på enheten. Genom kontrakt förbinder sig de intagna att delta i en utökad kontroll av att narkotika inte används genom regelbundna och slumpmässiga urinprov. De intagna på avdelningen skall under arbetstid och fritid i princip vara separerade från de övriga intagna på anstalten. Ytterligare en viktig del av verksamheten vid dessa avdelningar är att en aktiv planering skall ske inför frigivningen.

Generellt kan också sägas att man eftersträvar en behandlingsinriktad och avspänd stämning vid de speciella avdelningarna. I de program där man lyckats skapa och upprätthålla ett engagemang för verksamheten bland de intagna kan detta i sin tur minska behovet av mer tekniska kontroller av narkotikaförekomst. Erfarenheten visar att narkotika sällan förekommer på dessa avdelningar. En orsak är troligen att ett urval av motiverade intagna tillsammans med en miljö med inslag av problembearbetning, motivationsarbete och meningsfull sysselsättning medverkar till att också de intagna har ett intresse av att inflödet av narkotika på anstalten minskar. Om detta dessutom kompletteras med ett aktivt kon-

taktmannaskap och en positiv kontakt mellan intagna och personal ökar möjligheterna att hålla en avdelning fri från narkotika. En förutsättning synes dock vara att de intagna på dessa avdelningar är avskilda från normalavdelningarna.

Tidigare hade flera av dessa avdelningar en högre personaltäthet än normalavdelningarna. Det mest kända exemplet är Österåkersanstaltens motivationsavdelningar under åren 1978–1999. På grund av förändrat budgetläge har dock de flesta avdelningar numera endast marginellt större resurser än normalavdelningarna, huvudsakligen avseende bidrag till programverksamheten. Tidigare var det också vanligt att de intagna på de speciella avdelningarna för narkotikamissbrukare hade fler möjligheter till aktiviteter utanför anstalten än andra intagna. Till följd av en kombination av ökade krav på säkerhet, en mer restriktiv behandling av permissioner och minskade ekonomiska resurser är skillnaderna i detta avseende numera små mellan motivationsavdelningarna och normalavdelningar.

Verksamheten vid motivationsavdelningarna är ofta mer individuellt inriktad än vid normalavdelningarna. Målsättningen är ofta att de schemalagda aktiviteterna under dagtid och fritid skall ingå i en helhetsstruktur där syftet är att stödja deltagarnas motivation att leva drogfritt samt att på olika sätt belysa och bearbeta hur klienten skall klara av sitt liv efter frigivningen. Inslag som grupp-samtal, individuella samtal och i vissa fall psykoterapi i grupp eller individuellt förekommer. Olika utbildningsinsatser och andra praktiska förberedelser inför frigivningen är några andra typiska inslag. Medverkande utifrån såsom ledare av samtalsgrupper, psykoterapeuter och socialarbetare förekommer oftare vid motivationsavdelningarna än vid andra avdelningar. Vid bland annat Røxtunaanstalten bygger insatserna på Minnesotamodellens tolvstegsprogram.

Narkotikakommissionen anser att det är angeläget att motivations- och behandlingsenheterna tillförs sådana resurser att de också i praktiken får ett reellt innehåll. I första hand gäller det att upprätthålla en sådan personaltäthet att det är möjligt att utveckla en positiv och personlig atmosfär på enheten. Narkotikakommissionen vill vidare framhålla nödvändigheten av att det i behandlings- och motivationsarbetet ingår relativt omfattande kontakter med omvärlden. Möjligheterna till fritidsaktiviteter och andra utåtriktade kontakter ökar givetvis med en grupp som har visat vilja att bearbeta sin missbruks- och kriminalitetsproblematik.

En lösning som i viss mån kan tillgodose dessa önskemål är att klienterna inledningsvis placeras på en motivationsavdelning med viss programverksamhet, utökade kontroller men med begränsade kontakter med omvärlden. Efter en tid på dessa avdelningar och efter individuell prövning skulle den intagne kunna placeras på en öppnare enhet, antingen på en öppen anstalt eller på en särskild avdelning i en sluten anstalt. Denna enhet skulle vara mer behandlingsinriktad, ha högre personaltäthet och ge möjlighet till social träning och eventuell vård på dagtid utom anstalt. Kraven på drogfrihet skulle även här kunna kontrolleras genom regelbundna och slumpvisa urinprov. Det tredje steget i differentieringen i tid skulle vara överföring till en ren behandlingsenhet eller annan form av rehabilitering i form av en § 34-placering eller genom frigång.

I de avdelningar som är inriktade på motivation och behandling av narkotikamissbrukare ingår i varierande utsträckning strukturerade brotts- och missbruksrelaterade program. Sådana program används också i andra delar av kriminalvården, bland annat i häkten och inom frivården. Det är dock svårt att tillämpa missbruksrelaterade program där de som ingår i programmet inte är separerade från de övriga på grund av den press de kan utsättas för från andra intagna.

Ett brotts- och missbruksrelaterat program utgår från klienternas kriminalitet, deras brott och/eller missbruk. Syftet är att förebygga återfall. Inom kriminalvården har tidigare cirka 200 sådana program använts på häkten, anstalter och i frivården. Utgångspunkten är olika problem som alkohol, narkotika, våld, allmän kriminalitet samt sexuella eller andra relationsfrågor. Inom Kriminalvårdsstyrelsen finns en central ledningsgrupp för utveckling av nationella brotts- och missbruksrelaterade program. Gruppen har gjort en genomgång av de program som använts i kriminalvården, vilken visade att många av programmen inte uppfyllde de kvalitetskriterier som hade ställts upp. I samband med besparingskrav och ökade krav på effektivitet under slutet av 1990-talet begränsades därför antalet programinslag, medan man samtidigt strävade efter att finna program som var utprovade och evaluerade med vetenskapliga metoder. Inom ramen för projektet Nationella brotts- och missbruksrelaterade program pågår introduktion och utvärdering av ett fåtal sådana program. De program man nu inriktar sig på är manualbaserade och relativt hårt strukturerade. I internationell forskning har sådana program visat sig ge bättre mätbara resultat än mer ostrukturerade program.

Det finns inte några kontinuerligt och vetenskapligt genomförda utvärderingar av all programverksamhet inom kriminalvården. Enstaka utvärderingar har emellertid visat på färre återfall efter genomförda program. Den behandling av narkotikamissbrukare som funnits på Österåkersanstalten sedan år 1978 har utvärderats vid flera tillfällen. Utvärderingarna visar att relativt sett många fullföljde programmen på Österåker, att de var drogfria i lika stor eller större utsträckning än klienter på behandlingshem för vuxna missbrukare och att de som var dömda för narkotikakriminalitet anpassade sig bättre efter frigivningen än de som var dömda för annan kriminalitet. Programmen på Österåker var under de perioder de utvärderades betydligt mer personalintensiva och innehöll fler inslag av utåtriktade aktiviteter än motsvarande program på Österåker och andra anstalter i dag. Man kan därför inte utan vidare dra paralleller till dagens förhållanden, men erfarenheterna från Österåker visar dock att det är möjligt att inom ramen för fängelsemiljön åstadkomma positiva resultat.

Rent allmänt visar utvärderingar av olika behandlingsprogram att personer med svåra psykiska problem har svårt att tillgodogöra sig alla former av behandling. Användningen av standardiserade bedömningsinstrument kan bidra till att ge en första bild av om klienten har sådana psykiska problem, vilket kan påskynda en djupare bedömning och bidra till att utforma en individuell vårdplan i samverkan med psykolog eller psykiater.

Kriminalvårdsstyrelsen centrala ledningsgrupp för utveckling av Nationella brotts- och missbruksrelaterade program har formulerat målsättningen så, att verksamheten skall byggas ut och kvalitets-säkras i avsikt att varje klient i kriminalvården skall kunna erbjudas det verkställighetsinnehåll som bäst överensstämmer med dennes behov och som har störst förutsättningar att förhindra återfall i nya brott.

I den programverksamhet som är inriktad på motivation och behandling av missbrukare förekommer att frivilliga organisationer leder kurser eller samtalsgrupper. Narkotikakommissionen vill framhålla att utvecklingen mot mer strukturerade program inte får förhindra att man kan komplettera dessa med sådana programinslag som bygger på medverkan från frivilliga organisationer, socialtjänsten och andra lokala krafter. Styrkan med att ha en sådan förankring i programverksamheten är att de intagna kan få kontakt med engagerade lokala krafter, vilka kan ha stor betydelse för samhällskontakten.

Genom att inrätta öppnare enheter, som de intagna kan kvalificera sig för, skulle också möjligheten öppnas för en utökad samverkan mellan socialtjänsten, kriminalvården och andra vårdgivare. De frivilliga organisationerna har stor betydelse för de intagna och deras anknytning till samhället. Förutom anhöriga och personer inom den offentliga vård- och kontrollapparaten är det ofta endast företrädare för frivilliga organisationer och kyrkor som besöker de intagna. De frivilliga organisationerna kan också öppna en väg till gemenskap och samhällsanknytning utanför murarna efter frigivningen. Frivården har traditionellt goda kontakter med många frivilliga organisationer och det är naturligt att frivården bistår anstalterna i arbetet med att etablera kontakter mellan de intagna och organisationerna.

Det är enligt kommissionens uppfattning fullt möjligt för kriminalvården att utveckla vad som kan kallas alternativa anstalter inom kriminalvårdens ramar. Sådana anstalter skulle utgöra en del av kriminalvården och också omfattas av kriminalvårdens regelsystem men innehålla ett mer renodlat behandlingsprogram. Genom att inrätta särskilda anstalter som speciellt inriktas på motivations- och behandlingsarbete för narkotikamissbrukare kan kriminalvården också öka differentieringsmöjligheterna inom kriminalvårdssystemet. I den mån dessa specialenheter behöver vara slutna kan de vara det under vissa perioder för att under andra perioder kunna vara mer öppna, allt utifrån det behov av slutenhet som den aktuella gruppen av intagna kräver. Dessa enheter skulle till sin struktur och innehåll kunna likna de LVM-institutioner som drivs av Statens institutionsstyrelse.

I Justitiedepartementets promemoria *Från anstalt till frihet* (Ds 2000:37) understryks behovet av att ytterligare intensifiera och strukturera arbetet med att förbereda de intagna för frigivningen. Man föreslår i promemorian en treårig försöksverksamhet med en sådan inriktning. Denna innebär bl.a. att frigivningssituationen utreds och planeras på ett strukturerat sätt och i samarbete med berörda myndigheter, organisationer och enskilda. En samlad lagreglering av denna innebörd föreslås i promemorian. Vidare föreslås det också att det skall vara möjligt att under vissa förutsättningar verkställa sista tiden av straffet genom intensivövervakning med elektronisk kontroll. Målsättningen är att alla intagna som har behov av det skall kunna få någon form av strukturerad, successiv övergång från anstaltsliv till ett liv i frihet.

6.2.5 Samarbete med andra myndigheter

Narkotikakommissionens bedömning: Samarbetet mellan kriminalvården och socialtjänsten måste förbättras.

Frivården bör kunna utgöra en kontaktpunkt mellan kriminalvården och socialtjänsten.

Under årens lopp har det utvecklats många olika samarbetsprojekt och program i vilka kriminalvården samverkat tillsammans med andra huvudmän för att möta enskilda klienters behov. Många av dessa utvecklades under mitten och slutet av 1980-talet som ett led i regeringens satsning Offensiv narkomanvård. Brottsförebyggande rådet (BRÅ) uppskattar att fler än 200 program eller projekt förekommit under åren. De har emellertid inte haft någon enhetlig form eller struktur och det är därför svårt att skapa sig en bild av vad de har betytt för samarbetet mellan myndigheterna.⁸

Som framgår av Narkotikakommissionens promemoria *Offensiv narkomanvård – 10 år efteråt* (PM nr 9) har mycket av det övergripande samarbetet mellan kriminalvården och socialtjänsten försvunnit. Förutom det samarbete som sker kring en enskild intagen pågår dock vissa samarbetsprojekt även i dag.

Frivården har tillsammans med arbetsmarknadsinstituterna och socialtjänsten på sex platser i landet etablerat KrAmi-projekt (Kriminalvårdsklienter i arbetsmarknadsinstitut). Tjänstemän från de olika myndigheterna ingår i ett arbetslag och verksamheten drivs i en särskild lokal.

Göteborgsregionens lokala myndigheter driver gemensamt ett narkomanvårdsteam som arbetar med omfattande uppsökande verksamhet på häktena i Uddevalla, Karlstad och Göteborg. Genom denna insats har också socialtjänst och öppen narkomanvård knutits till häktena.

Många kriminalvårdsanstalter och personal inom frivården har påpekat att det kan vara svårt att få till stånd fruktbara kontakter med företrädare för socialtjänsten i klienternas hemkommuner. Byte av personal, oklarhet om ansvarsfrågor och ovilja från socialtjänsten att planera eller satsa på klienten medan han eller hon är intagen på anstalt har nämnts som några av de problem man möter. I allmänhet har dock frivården en mer frekvent och något mer givande kontakt med socialtjänsten än vad anstalterna har. Ett

⁸ *Frigivning från fängelse*. BRÅ-rapport 1998:6. Stockholm 1998 s. 31.

problem är givetvis att närhetsprincipen inte alltid gäller vid anstaltsplacering.

Den nya lokala kriminalvårdsorganisationen torde ge bättre förutsättningar att etablera kontakter med socialtjänsten inom de kommuner som myndighetens frivårdsåtagande omfattar. Frivården har breda kontaktytor, både mot myndigheter och frivilliga organisationer samt mot enskilda frivilliga medarbetare. Frivården har också en stor kunskap om de dömdas personlighet och levnadsförhållanden, inte minst bidrar de många personutredningarna till detta.

Frivården med sin goda lokalkännedom bör utgöra en viktig kontaktlänk mellan kriminalvården och den dömdes hemkommun. Detta gäller även för dem som är intagna på anstalt. I de fall som kriminalvården inte redan etablerat en kontakt med den intagnes socialsekreterare bör frivården kunna hjälpa till med en sådan kontakt.

Utvecklingen av samverkan mellan myndigheter och kriminalvården behandlas också i kapitel 3.

6.2.6 § 34-placeringar

Narkotikakommissionens förslag: Kriminalvården bör under en två-årig försöksperiod få möjlighet att genomföra angelägna § 34-placeringar som sträcker sig över frigivningsdagen även om det inte har varit möjligt att få en ansvarsförbindelse från den intagnes hemkommun.

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. I lagen framhålles särskilt vård eller behandling mot missbruk av beroendeframkallande medel.

I samband med en sådan placering kan kriminalvården ställa upp de villkor som anses nödvändiga. Det kan t.ex. vara att lämna blod- eller urinprov för att kontrollera att han eller hon inte använder narkotika eller andra otillåtna medel. Om det finns särskilda skäl kan man också meddela en föreskrift som skall gälla en viss tid efter den villkorliga frigivningen om det är tänkt att placeringen skall fortsätta efter frigivningsdagen.

I praktiken används en s.k. § 34-placering ofta under den sista delen av fängelsestraffet som ett sätt att återanpassa den intagne till samhället. Några fasta regler för när en placering kan göras finns dock inte, förutom att en placering inte bör påbörjas så tidigt att den planerade vård- eller behandlingstiden blir kortare än den beräknade återstående verkställighetstiden. Det är dock möjligt att genomföra en placering så att den helt ryms inom tiden fram till den villkorliga frigivningen. Om förutsättningarna hos den intagne finns för att kunna genomföra en § 34-placering kan den därför påbörjas relativt tidigt.

Eftersom kriminalvårdens ansvar enbart sträcker sig fram till dagen för den villkorliga frigivningen skall socialtjänsten också förbinda sig att finansiera placeringskostnaderna i det fall placeringen planeras fortsätta efter frigivningen.

Frågan om betalningsansvaret för § 34 och svårigheterna att få med socialtjänsten i planeringen har länge varit ett problem. Många kommuner har varit tveksamma till att ta på sig ett sådant kostnadsansvar, särskilt i fall där man inte känner klienten sedan tidigare eller i de fall man tidigare flera gånger beviljat vårdinsatser för klienten. Till problembilden hör också en viss osäkerhet om hur länge klienten behöver vård. Vidare har ibland socialtjänsten och kriminalvården skilda uppfattningar om hur hög grad av omhändertagande den intagne behöver ha. Kriminalvården anser att det skall vara ett visst minsta mått av omhändertagande, såsom i ett behandlingshem eller familjehem, medan många kommuner föredrar öppen vård och/eller skyddat boende.

Kommunernas benägenhet att bekosta vård och behandling har minskat kraftigt under senare år, med ett färre antal § 34-placeringar som följd. Här skall emellertid framhållas att förhållandena varierar över landet. Trots allt är det vanligt att socialtjänsten är intresserad av ett samarbete med kriminalvården även om det av praktiska skäl kan vara svårt att få socialtjänsten att delta aktivt i planeringen för den intagne. På flera håll är det inte heller några problem med ansvarsförbindelserna. Andra problem som kan uppstå i samarbetet med socialtjänsten är svårigheter att få besked och hållbara överenskommelser. I synnerhet gäller det vid en tidig planering då det är lång tid kvar till frigivningen.

Frågan om kostnadsfördelningen mellan kriminalvården och kommunerna har utretts ett flertal gånger tidigare. Fängelseutredningen (SOU 1993:76) föreslog att kriminalvården skulle få ta över hela kostnadsansvaret för att på så sätt lösa problemet. Flera

remissinstanser, liksom regeringen, motsatte sig detta förslag då man var rädd att det skulle innebära att kommunerna skulle frånträda sitt ansvar för missbrukarvården.

Förslaget att kriminalvården skall ta över hela kostnadsansvaret för § 34-placeringarna har också framförts till Narkotikakommissionen från flera håll. Enligt kommissionens bedömning torde nackdelarna med en sådan lösning emellertid överväga fördelarna. Fördelen skulle förvisso vara ett enklare system där kriminalvården kan genomföra sin planering och göra placeringar utifrån den intagnes behov utan att behöva avvakta kommunala beslut. Den intagne skulle också kunna få klara och snabba besked under planeringstiden.

Narkotikakommissionen befarar dock att ett sådant avsteg från normaliseringsprincipen skulle göra att de kommuner som i allt för hög grad lägger kostnadsmässiga aspekter på behandling av missbrukare skulle få ytterligare ett incitament för att inte göra egna placeringar utan snarare avvakta till dess att klienten döms till kriminalvård.

Narkotikakommissionen föreslår därför att nuvarande principer skall gälla även fortsättningsvis. Det är enligt kommissionens uppfattning av stor vikt att kommunernas narkomanvård engagerar sig i behandlingsplaneringen också för de klienter som finns inom kriminalvården.

Ett annat problem som gjort att § 34-placeringar har sjunkit något under senare år är att medlen för dessa placeringar lagts in i de enskilda anstalternas budget. Det har gjort att anstalten, eller t.o.m. enskilda avdelningar, har fått finansiera externa placeringar samtidigt som beläggningen har varit fortsatt hög. Detta problem kommer dock att lösas genom att Kriminalvårdsstyrelsen från och med år 2001 kommer att inrätta öronmärka medel för § 34-placeringar som myndigheterna inte kan använda till annat.

Enligt Narkotikakommissionens bedömning är § 34-placeringar ett bra instrument för att få narkotikamissbrukare i vård under verkställighetstiden. För att få så bra placeringar som möjligt är det angeläget att en behandlingsplanering görs i samarbete med socialtjänsten i den intagnes hemkommun för att ta tillvara erfarenheterna där och för att uppnå kontinuitet i vården. Möjligheten att genomföra § 34-placeringar är enligt kommissionens uppfattning central för kriminalvårdens möjligheter att arbeta utifrån ett behandlingsperspektiv. Det är därför oacceptabelt att placeringar inte kan genomföras på grund av svårigheter att samarbeta med vissa

kommuner. Som ett sätt att lösa problemet föreslår kommissionen att kriminalvården ges möjlighet att i de fall man bedömer att en § 34-placering bör komma till stånd, men där det av någon anledning inte är möjligt att få en kostnadsförbindelse från den ansvariga kommunen, ändå skall kunna besluta om en sådan placering även om placeringen beräknas sträcka sig efter frigivningen. Det innebär också att kriminalvården ikläder sig ett kostnadsansvar för dessa placeringar även efter den villkorliga frigivningen.

Narkotikakommissionens förslag skall betraktas som en nödlösning i de fall där det inte är möjligt att nå en överenskommelse med den ansvariga kommunen. Kommissionen vill åter understryka att det är kommunerna som har ansvar för vården av narkotikamissbrukare inom kriminalvården. Det bör därför inte heller bli någon kostnadsökning för kriminalvården.

Narkotikakommissionen menar vidare att kriminalvården har ett stort eget intresse av att få till stånd § 34-placeringar även om man då får ikläda sig ett kostnadsansvar som rätteligen borde åligga hemkommunen. En § 34-placering är normalt billigare än en sluten fängelseplats vilket innebär att kriminalvården till en viss del kan minska kostnaderna genom en placering. Dessutom är det så att även om det har planerats för att placeringen skall fortsätta efter frigivningen lämnar i praktiken många klienter sin § 34-vistelse i samband med, eller strax efter, tidpunkten för den villkorliga frigivningen. Detta gör att det i dag inte är möjligt att beräkna eventuella kostnadsökningar för kriminalvårdens del.

Då det inte är möjligt att beräkna konsekvenserna av den föreslagna förändringen på förhand är det viktigt att följa upp effekterna under en längre tid. Narkotikakommissionen föreslår därför att denna föreslagna möjlighet till § 34-placering pågår under en tvåårig försöksperiod. Alla placeringar som genomförs utan att kommunen medverkat, och skälen till detta, skall redovisas till Kriminalvårdsstyrelsen. En samlad analys kring gjorda erfarenheter när det gäller art, omfattning, utveckling och kostnader kan sedan göras och redovisas till regeringen. Om det skulle visa sig att detta förslag skulle få en stor omfattning med ökade kostnader för kriminalvården som följd anser Narkotikakommissionen att kriminalvården skall kunna kompenseras från det statliga kommunbidrag som bl.a. utgår till kommunernas missbrukarvård.

6.2.7 Kontraktsvård

Narkotikakommissionens förslag: Kriminalvårdsstyrelsen bör ge frivården i uppdrag att utveckla särskilda program för kontraktsvården.

Kontraktsvård, eller skyddstillsyn med föreskrift om behandlingsplan, kan användas som ett alternativ till fängelse för personer som normalt skulle ha dömts till fängelse men vars brottslighet i väsentlig grad kan relateras till missbruk. Kontraktsvård kan användas om straffvärdet beräknas uppgå till högst två år.

Det totala antalet kontraktsvårdsdomar har under de senaste åren ökat något, från 1 143 individer år 1997 till 1 493 år 1999. Någon särredovisning av hur många narkotikamissbrukare som ingår finns inte. Andelen som har dömts för narkotikabrott, som huvudbrott eller som ett av brotten med lägre straffvärde än det grövsta brottet som ingår i domen, har ökat från 17 procent år 1995 till 31 procent år 1999.

En dom till kontraktsvård innebär att domstolen kan döma en person att följa en särskild behandlingsplan. Den misstänkte måste förbinda sig att följa den gjorda planeringen. Samtidigt meddelas i domen hur långt fängelsestraff som skulle ha dömts ut om fängelse i stället hade valts som påföljd. Ofta löper den fastställda vården under längre tid än det alternativa straffet, men föreskrifterna gäller för hela den planerade vårdtiden. Det innebär att om den kontraktsvårdsdömda avviker från behandlingen eller på annat sätt missköter sig någon gång under perioden skall behandlingsplanen omprövas. Det gäller även om tidpunkten för villkorlig frigivning i den alternativa domen passerats. Kontraktsvård innebär därmed i vissa avseenden en mer ingripande åtgärd än fängelse följt av en § 34-placering. I relativt få fall – omkring ett par procent – har kontraktsvården undanröjts helt genom en ny dom på grund av misskötsamhet. Vanligare är att det förekommer mindre allvarlig misskötsamhet som kan åtgärdas med en varning eller genom en ändring av behandlingsplanen.

Även om det inte finns någon aktuell och rikstäckande utvärdering av kontraktsvården, har det i flera olika sammanhang

framförts att erfarenheterna av kontraktsvård är så goda att alternativet skulle kunna tillämpas i väsentligt fler ärenden.⁹

En utredning i ett kontraktsvårdsärende är emellertid en relativt komplicerad process, som många gånger måste genomföras under en relativt kort tid för att kunna vara klar till domstolsförhandlingen. Frivårdsmyndigheten har huvudansvaret för utredningarna om kontraktsvård. Utredningen skall dels innehålla en genomgång av de sociala förhållandena för den misstänkte, dels en genomgång av missbruket eller andra omständigheter som påkallar behovet av vård och behandling samt en vårdplan.

Samråd skall också ske med socialtjänsten i klientens hemkommun när det gäller bedömningen av vårdbehov och möjligheter att tillgodogöra sig den tänkta vården. Dessutom skall socialtjänsten avge en ansvarsförbindelse i de fall vården skall pågå längre än kriminalvårdspåföljden.

Det är inte alltid socialtjänsten och kriminalvården har samma syn på vårdbehov och klientens möjligheter att tillgodogöra sig behandlingen. Det finns heller inte alltid förståelse från kommunens sida att kontraktsvården bör vara tillräckligt ingripande. Domstolarna är i allmänhet inte villiga att acceptera ett öppenvårdsalternativ för narkotikamissbrukare. Vissa kommuner är mycket ovilliga att gå med på en ansvarsförbindelse därför att man inte har budgeterat medel, inte tar beslut mer än någon månad fram i tiden eller på grund av att man bedömer ärendet på ett annat sätt än frivården. Den korta tid som ofta står till buds för kontraktsvårdsutredningen kan också medföra att det är svårt för socialtjänsten att hinna med att behandla frågan och att föra upp den till beslut i socialnämnden.

Inom ramen för det s.k. frivårdsuppdraget¹⁰ konstaterades att kontraktsvården alltmer framstod som ett problemområde. En arbetsgrupp tillsattes för att ta fram underlag för en kartläggning och analys av den ojämna tillämpningen av kontraktsvård i landet. Syftet var att finna förklaringar till den ojämna tillämpningen samt föreslå åtgärder i såväl kvalitets- som kvantitetshöjande syfte. I uppdraget ingick emellertid *inte* frågan om kostnadsansvaret för verkställigheten av påföljden.

⁹ En utförlig beskrivning av erfarenheterna från kontraktsvården i Stockholmsregionen har dock genomförts: Adelsvik, Lennart, *Kontraktsvården i Stockholmsregionen budgetåret 1993/94, En utvärdering*, Kriminalvården, regionkansliet i Stockholm. Stencil april 1995.

¹⁰ Frivårdsuppdraget. Rapport 1995-05-31. Kriminalvårdsstyrelsen.

Uppdraget redovisades i en promemoria – *Kontraktsvård, ett försök till analys av ojämnheter i tillämpningen och förslag till åtgärder*.¹¹ De centrala hindren, förutom de ekonomiska förutsättningarna, fann arbetsgruppen vara domstolarnas inställning eller förtroende för påföljden, i vilken grad man hade en genomtänkt policy i arbetet med kontraktsvård i frivårdsdistrikten samt i vilken grad det fanns en fungerande samverkan mellan frivård och domstol. Andra orsaker som nämndes var frivårdstjänstemännens motivation och inställning till att arbeta med kontraktsvård som påföljd, korta utredningstider, en oklar gränsdragning mellan kontraktsvård och skyddstillsyn med föreskrift och även klienternas negativa inställning.

Av samtliga enkätsvar som lämnats och av det referensmaterial som använts framstod kostnadsansvaret som det tydligaste hindret för utveckling av kontraktsvårdspåföljden. Arbetsgruppen framförde dock inte några förslag till hur kostnadsansvaret skulle lösas.

Domare har för Narkotikakommissionen påtalat nödvändigheten av att lösa frågan om kostnadsansvaret för kontraktsvården. Genom att inte erbjuda adekvat vård hindrar den enskilda kommunen i praktiken domstolen från att döma till kontraktsvård, trots att alla andra kriterier är uppfyllda. Även kriminalvården har framfört denna synpunkt i olika sammanhang och pekat på den ojämna tillämpningen av kontraktsvård över landet. Kriminalvården har dessutom påtalat att kriminalvårdens erfarenheter talar för att kontraktsvård skulle tillämpas i väsentligt fler ärenden om finansieringen inte utgjorde något hinder i arbetet.¹²

Till Narkotikakommissionen har dessutom framförts att även kriminalvårdens egen ekonomi lägger hinder i vägen för kontraktsvårdsplaceringar. Eftersom kontraktsvård inte betraktas som en kärnverksamhet av samma typ som häkten och fängelse är det ett av de få områden där besparingar kan göras om budgetsituationen i en kriminalvårdsmyndighet är pressad.

Enligt Narkotikakommissionens bedömning är kontraktsvården ett utmärkt alternativ till fängelse för många narkotikamissbrukare som redan vid tiden för domstolsförhandling är motiverade att undergå behandling.

Det har till Narkotikakommissionen framförts förslag om att kriminalvården skulle kunna ta på sig hela kostnaden och således

¹¹ Kriminalvården, 1996.

¹² Kriminalvårdsstyrelsens (KVS) remissvar på Straffsystemkommitténs betänkande Ett reformerat straffsystem (SOU 1995:91), 1996-06-03, A 32-9512-0017.

kunna genomföra en kontraktsvårdsplacering utan den ansvariga kommunens medverkan. Narkotikakommissionen anser att en kontraktsvårdsplacering är en så pass ingripande åtgärd och löper under en så relativt lång tid att man bör ställa höga kvalitetskrav på utredningen och planeringen av vården. Socialtjänstens aktiva medverkan är enligt kommissionen nödvändig för att vården skall få det önskade innehållet. Att öppna för möjligheterna att fatta beslut om kontraktsvård utan socialtjänstens medverkan och godkännande skulle enligt kommissionen på sikt kunna medföra större nackdelar än fördelar. Kontraktsvård skall tillämpas där vårdbehovet är uppenbart och då klienten är motiverad till vård och behandling. I många fall torde detta också innebära att klienten redan tidigare är känd av socialtjänsten. Det vore därför felaktigt om socialtjänsten inte var med och tog ansvar för en påföljd som innefattar behandling.

Rent generellt menar Narkotikakommissionen att det är nödvändigt att socialtjänsten tar ett större och mer aktivt ansvar för vård- och behandlingsinsatser för narkotikamissbrukare, vilket behandlas i kapitel 3 och 4.

Öppenvård i inledningsskedet är inget alternativ som domstolarna normalt accepterar. För kontraktsvårdens framtid är det därför angeläget att det även i fortsättningen finns tillgång till kvalificerade behandlingshem och andra alternativ som innebär att klienten har tillsyn dygnet runt.

I USA har man infört speciella narkotikadomstolar som har möjlighet att döma en narkotikamissbrukare som har begått något brott till vård för sitt missbruk. Eftersom det i Sverige finns en allmänt accepterad princip om att den dömande verksamheten så långt möjligt skall ske i de allmänna domstolarna har kommissionen valt att inte föreslå någon form av specialdomstol för narkotikabrott. Vidare uppfyller den nuvarande kontraktsvården i övrigt de krav som kommissionen anser behövs när det gäller möjligheten att döma till vård istället för till fängelse. Därför är det angeläget att utveckla kontraktsvården och så långt möjligt eliminera de problem som i dag är för handen.

Kommissionen menar att de problem som rör svårigheterna att få ansvarsförbindelser från kommunerna inte är ett tillräckligt skäl för att ge kriminalvården hela kostnadsansvaret. Enligt kommissionens uppfattning skulle en sådan lösning riskera att få till följd att socialtjänsten ytterligare skulle dra sig tillbaka från sitt ansvar för narkomanvården. I de fall där det alternativa fängelsestraffet är

relativt långt är det redan i dag möjligt att genomföra hela eller större delen av kontraktsvården inom ramen för kriminalvårdens kostnadsansvar.

Utifrån det andra problemet – kontraktsvårdens trovärdighet – är det viktigt att utredning, vård och uppföljning genomförs på ett så professionellt sätt som möjligt. Det innebär att kommissionen anser att man inte skall göra avkall på kvaliteten i förberedelsearbetet för att kunna hinna med utredningen under den tid som står till förfogande. I de fall klienten redan är känd av socialtjänsten eller frivården och en vårdplanering redan pågår skall denna givetvis användas och då kan en dom om kontraktsvård utgöra ett utmärkt tillfälle att slutföra och genomföra planeringen.

I de fall det inte är möjligt att få till stånd en överenskommelse med kommunen före domen får man enligt kommissionens bedömning snarare acceptera en fängelse dom än att göra avkall på kvaliteten i kontraktsvården. I dessa fall bör möjligheterna att förbereda en § 34-placering utredas så snart som möjligt.

Ytterligare en möjlighet som skulle underlätta gemensam planering om kontraktsvård är enligt kommissionens bedömning att frivården tillsammans med aktuella kommuner kartlägger tillgången på lämpliga vårdenheter som kan användas vid kontraktsvårdsplaceringar och bygger upp några standardmodeller för behandling. Exempelvis kan man på förhand identifiera ett antal behandlingshem där vården skall inledas, hur utslussningen skall gå till och vem som ansvarar för uppföljningen.

Narkotikakommissionen föreslår därför att frivården får i uppgift att inom sina respektive områden identifiera de behandlingsupplägg som ter sig lämpliga för kontraktsvårdsplaceringar. Frivården bör också inom ramen för detta arbete, med berörda enheter och de kommuner som kan tänkas bli aktuella, formulera några alternativa vårdprogram. Om alla berörda parter är ense om att detta är bra upplägg borde det enligt kommissionens bedömning vara möjligt att hinna genomföra den återstående individuella utredningen inom tillgängliga tidsramar.

Det är på så sätt också möjligt att minska de praktiska och administrativa problem som är förknippade med olika kommuners upphandlingsrutiner. Berörda tjänstemän och politiker får en möjlighet att på förhand utveckla en förståelse och acceptans för dessa planer så att socialtjänsten inte behöver göra en sådan övergripande utredning inför varje individuell planering. Det är också möjligt för både frivården och socialtjänsten att utveckla rutiner

för att göra förberedelsearbetet så smidigt som möjligt. Ett exempel på en sådan rutin är att socialnämnden skulle kunna delegera beslutanderätten till en tjänsteman för de ärenden som följer mallen.

6.3 Kontrollåtgärder

Narkotikakommissionens bedömning: Bestämmelserna om de kontrollåtgärder som kan vidtas inom såväl häkten och anstalter som inom frivården är enligt Narkotikakommissionens bedömning i allt väsentligt ändamålsenligt utformade.

Vad gäller kontrollfrågorna ingår det i Narkotikakommissionens uppdrag att göra en bedömning av det befintliga regelverkets konsekvenser och effektivitet för arbetsmetoder, resultat och resursutnyttjande. För kriminalvårdens del är det inte bara bestämmelser rörande kontrollen av den fysiska hanteringen av narkotika som aktualiseras utan även åtgärder för att förhindra att narkotikabrott kan planeras och begås under verkställigheten.

Om man ser till de kontrollåtgärder som kan vidtas inom såväl häkten och anstalter som inom frivården 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 och att narkotika inte förs in i eller förekommer i kriminalvårdens lokaler. När det gäller anstalterna konstaterade redan 1982 års Narkotikakommission att så var fallet och de lagändringar som därefter vidtagits på kontrollområdet har inte heller varit av mer omvälvande natur¹³. Också riksdagen konstaterade för ett par år sedan att befintliga regler på området var ändamålsenligt utformade och att det knappast behövdes någon utredning av regelverket, vilket hade föreslagits i en motion¹⁴. Inte

¹³ År 1985 infördes möjlighet för kriminalvården att förstöra narkotikatillbehör som påträffats i anstalten (prop. 1984/85:46, bet. JuU12, rskr. 103). I samband med att indelningen i riks- och lokalanstalter avskaffades och indelningen i slutna och öppna anstalter infördes slogs fast att den som befaras missbruka eller hantera narkotika i anstalten skall placeras i en sluten sådan (prop. 1994/95:124, bet. JuU20, rskr. 331). Samtidigt utvidgades möjligheterna till annat än ytlig kroppsbesiktning mot intagna till att kunna genomföras även utan särskild misstanke i det enskilda fallet. Vidare vidgades möjligheterna till att granska försändelser, främst genom att de infördes stickprovsvis även vid öppna anstalter.

¹⁴ Bet. 1997/98:JuU1 s. 65.

heller vid Narkotikakommissionens kontakter med företrädare för myndigheter m.fl., däribland kriminalvården, har det framförts önskemål om några omfattande ändringar i regelverket; vid dessa kontakter har det främst framförts synpunkter rörande bristande ekonomiska resurser samt vissa frågor kring organisationsförändringar.

Samtidigt som man alltså kan konstatera att regelverket ger goda möjligheter att genom kontroll förhindra att narkotika förs in i anstalterna, förekommer sådan införsel i en på vissa håll ganska utbredd omfattning. Med hänsyn till den stora andelen narkotikamissbrukare i anstalt är detta, som kommissionen tidigare framfört, förvisso inte något att förvåna sig över. Strävan efter öppenhet även på de slutna anstalterna gör det svårare att förhindra att narkotika förs in; dessvärre utnyttjas de intagnas kontakter med omvärlden i stor utsträckning, främst i samband med permissioner och besök. Samtidigt är denna öppenhet avgörande för att minska de skadliga följderna av frihetsberövandet och för att främja den intagnes anpassning i samhället. Någon ökad slutenhet bör enligt Narkotikakommissionens mening inte heller förespråkas, även om det i sig skulle kunna förhindra en del av narkotikainflödet.

Enligt kommissionens mening måste man i stället pröva andra tänkbara vägar för att förhindra insmugglingen. Målet måste här vara att uppnå en narkotikafri anstaltsmiljö. Det är redan av den anledningen att all hantering av narkotika är straffbar inte acceptabelt att intagna kan fortsätta missbruka när de verkställer fängelsestraff, eftersom kriminalvården har en grundläggande skyldighet att se till att brottslig verksamhet inte fortgår under verkställighetstiden. Sambandet mellan narkotika och kriminalitet i allmänhet liksom med sociala missförhållanden motiverar också att arbetet mot narkotika i anstalterna utgör ett viktigt led i kriminalvårdens uppgift att verka för de intagnas rehabilitering. Narkotika i anstalterna gör klimatet oroligt. Missbruket stör inte bara relationerna mellan de intagna genom hot och på annat sätt utan även relationen mellan de intagna och deras kontaktmän och annan kriminalvårdspersonal. Vidare påverkar narkotikamissbruket den intagnes möjlighet att genomföra programverksamhet, arbete och studier. Att anstalterna hålls fria från narkotika är således fundamentalt för att kriminalvården skall kunna fungera.

Frågan om hur man skall åstadkomma narkotikafria anstalter har också varit föremål för diskussion under de senaste femton åren. Sälunda har den t.ex. tagits upp i princip årligen i riksdagen genom

att det ställts krav på olika åtgärder. År 1998 gav riksdagen också regeringen till känna att då pågående arbete inom Kriminalvårdsstyrelsen för att göra anstalterna narkotikafria borde påskyndas.¹⁵ Regeringen har i sin tur ställt upp ett antal återrapporteringskrav i sina regleringsbrev till Kriminalvårdsstyrelsen för att närmare kunna följa de åtgärder som vidtas.

Mycket arbete har också genom åren lagts ner och läggs fortfarande ner från kriminalvårdens sida, såväl centralt som regionalt och lokalt. Med den stora andel missbrukare man i dag har i häkten och anstalter, och också inom frivården, är det ofrånkomligt att narkotikaproblematiken tar stort utrymme.

Vad gäller den centrala nivån påbörjades i slutet av år 1995 ett projekt med uppgift att kartlägga narkotikaproblemet inom kriminalvården (det s.k. KARTNARK-projektet). Arbetet har resulterat i en särskild årlig redovisning av drogsituationen inom kriminalvården, KROD. I redovisningen sammanfattas de uppgifter kriminalvården har tillgång till vad gäller antalet missbrukande klienter, drogmissbrukets omfattning, förekomsten av droger vid kriminalvårdens anstalter och häkten, omfattningen av kontroll- och behandlingsinsatser m.m.

Vidare pågår det för närvarande ett arbete inom Kriminalvårdsstyrelsen för att förbättra säkerheten på anstalterna. En av de centrala frågorna i det arbetet är att förhindra och upptäcka narkotika. I den s.k. RSS-utredningen – som tillsattes efter att ett antal intagna dödats av medintagna och med uppgift att beskriva risk-, skydds- och säkerhetsarbetet vid ett antal slutna anstalter – konstaterades nämligen att narkotikahandel inom anstalt utgör den i särklass främsta orsaken till hot och våld mellan intagna. Konflikterna rörde sig t.ex. om att en intagen satt sig i skuld för redan konsumerad narkotika eller av revirkonflikter mellan olika grupper för att tillskansas sig herraväldet över försäljningen av narkotika inom anstalten. En effektiviserad narkotikabekämpning identifierades av utredningen som en av de viktigaste generella åtgärderna för att bekämpa hot och våld mellan intagna.¹⁶

¹⁵ se bet. JuU 1983/84:20 s. 3, bet. JuU 1984/85:12 s. 19 f, bet. JuU 1984/85:26 s. 10 ff, bet. JuU 1985/86:30 s. 3 f, bet. JuU 1987/88:31 s. 7, bet. 1988/89:JuU17 s. 8 f, bet. 1989/90:JuU22 s. 10 ff, bet. 1990/91:JuU17 s. 12 ff, bet. 1991/92:JuU22 s. 12, bet. 1992/93:JuU25 s. 14 ff, bet. 1993/94:JuU17 s. 17, bet. 1997/98:JuU19 s. 29 f, bet. 1998/99:JuU1 s. 41 ff, bet. 1999/2000:JuU1 s. 71 och bet. 2000/2001:JuU1 s. 86 f.

¹⁶ RSS-rapporten, *Orsaker till hot och våld mellan intagna, Förslag till åtgärder. Rapporten för översyn av Risk- skydds- och säkerhetsarbete vid kriminalvårdsanstalterna Hall, Kumla och Tidaholm 98-03-09*, Kriminalvården, Dnr B41-9710-0614.

För att främja en helhetssyn och en samordning av åtgärder för att åstadkomma en sådan ökad effektivitet föreslås i utredningen bl.a. att en *central ledningsgrupp* för narkotikabekämpning skall inrättas och *lokala handlingsplaner* utformas. Narkotikakommissionen har berört dessa frågor tidigare i detta kapitel. Såvitt gäller frågan om *besök* föreslås att möjligheterna för de intagna att delta i viss fritidsverksamhet och att ta emot oönskade besök bör begränsas i de fall den intagne uppvisat positivt urinprov och narkotikan misstänks ha kommit in i anstalten med en besökare. Därtill föreslås att de *disciplinära konsekvenserna av urinprovsvägran och positivt urinprov* bör jämsställas. Ett annat förslag som förts fram är införandet av ett system med *kontantlös handel*, vilket nu har införts.¹⁷ I utredningen behandlas vidare frågan om *narkotikahundar* och det föreslås att sådana skall införskaffas i verksamheten i de fall som externa resurser ej finns att tillgå. Vidare anses att det borde utredas huruvida dessa hundar också kan användas vid kontroll av besökare till anstalten. Slutligen kan vad gäller narkotikabekämpningen här också nämnas arbetsgruppens påpekande att såväl personal som de intagna påtalat vikten av att *belöningsystem* utvecklas som premierar de intagna för avhållsamhet från narkotikamissbruk under verkställigheten.

I rapporten lyfts även andra områden fram som rör den fysiska hanteringen av narkotika och möjligheterna till planering av narkotikabrott. För att förhindra planläggning av brott har arbetsgruppen ansett att såväl *telefonering* som möjligheten till *brevväxling* borde inskränkas och att kontrollen borde effektiviseras. Vidare föreslås att *personal stickprovsvis skall kunna kontrolleras* för att förhindra införsel av t.ex. narkotika. Avslutningsvis konstateras att förskrivningen av bensodiazepiner till de intagna är ett område som bör uppmärksammas.

Inom ramen för det uppföljningsarbete av RSS-utredningen som pågår presenterades två rapporter under år 1999. I olika hög grad har arbete påbörjats inom Kriminalvårdsstyrelsen för att genomföra förslagen i RSS-utredningen. I några fall har förslagen i sin helhet ansetts genomförda, t.ex. har ett nytt telefonsystem införts och också, som nämnts ovan, kontantlös handel. Vad gäller andra områden har åtgärder ännu inte vidtagits. Narkotikakommissionen återkommer i det följande till innehållet i uppföljningsrapporterna vad gäller de frågor som kommissionen ansett särskilt angelägna att

¹⁷ 52 § Kriminalvårdsstyrelsens anstaltsföreskrifter (KVVFS 1998:8).

behandla här. I övrigt förutsätter kommissionen att Kriminalvårdsstyrelsen arbetar vidare med övriga förslag i RSS-utredningen.

Slutligen skall här nämnas att Kriminalvårdsstyrelsen nyligen givit ut en handbok om säkerhet och ordningsfrågor. Säkerhetshandboken är avsedd att utgöra ett hjälpmedel för den lokala myndighetschefen att instruera sin personal i hur säkerhetsarbetet skall bedrivas. Syftet är vidare att kriminalvårdschefer skall kunna skapa en struktur för hur personal skall anvisas om arbetets genomförande som bygger på ett gemensamt förhållningssätt och instruktioner som är likvärdigt uppbyggda efter en gemensam mall. Bland de områden som bedömts angelägna att upprätta rutiner kring kan nämnas visitationer av bostadsrum och övriga utrymmen, besök och granskning av brev och andra försändelser.

Narkotikakommissionen kan se att Säkerhetshandboken kan komma att bli ett viktigt instrument för att minska narkotikaförekomsten inom kriminalvården. Förhållandena skiljer sig emellertid stort åt mellan olika anstalter och det är därför inte möjligt att slå fast en generell modell för hur kontrollåtgärderna bäst bör sättas in. Typen av åtgärder liksom intensiteten i kontrollerna måste anpassas till förhållandena i den enskilda anstalten. Att genomföra kontroller kräver tidvis stora personalresurser – och drar även stora kostnader – som kanske kan användas på annat sätt med bättre resultat. Som Narkotikakommissionen tidigare framhållit, kan man nämligen inte se de rena kontrollåtgärderna isolerade för sig. Det finns en rad andra faktorer som påverkar narkotikaförekomsten som t.ex. hur stark motivationen till drogfrihet är eller kan göras, beläggningssituationen och möjligheterna till en ändamålsenlig differentiering av de intagna, vilka behandlingsalternativ som kan erbjudas, personaltätheten och inte minst personalens sammansättning, kompetens och engagemang liksom ett väl fungerande kontaktmannaskap.

Narkotikakommissionen har tidigare givit sin syn på balansen mellan insatser av olika slag som bör råda inom kriminalvården. Det är enligt kommissionens mening i dag främst på behandlingsidan som det bör vidtas åtgärder för att en sådan balans skall kunna upprätthållas och förstärkas och därmed också ge bäst resultat.

Det har till Narkotikakommissionen inte framförts önskemål om några omfattande ändringar i det regelverk som styr kontrollåtgärderna inom kriminalvården. Detta hindrar emellertid inte att det framkommit synpunkter på frågor kring några enstaka enskild-

heter i lagstiftningen rörande i första hand kriminalvårdsanstalterna och som syftar till ytterligare förbättringar eller skärpningar av kontrollen. Dessa frågor behandlas nedan. I övrigt har kommissionen inte funnit anledning att föreslå förändringar i lagstiftningen eller arbetsmetoderna på området.

6.3.1 Inpasseringskontroll

Som tidigare framgått utgör besöken en av de vanligaste införelvägarna. I det följande lämnar Narkotikakommissionen sin syn på vilka åtgärder som bör vidtas för att ytterligare förhindra att narkotika förs in av besökare. Vidare tar Narkotikakommissionen upp frågan om även kriminalvårdspersonal och andra som utför arbete eller uppdrag i häkten och anstalter bör kunna utsättas för kontroll vid ankomsten dit. Slutligen behandlar kommissionen frågan om det är möjligt för kriminalvården att använda sig av narkotikahund vid inpasseringskontrollen.

6.3.1.1 Ökade möjligheter till kontroll av besökare

Narkotikakommissionens förslag: 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.

Det finns omfattande möjligheter att kontrollera huruvida en besökare försöker föra med sig narkotika till en intagen i anstalt. Vidare finns det möjligheter att utföra kontroll under själva besöket genom att besluta att det skall vara bevakat. Slutligen – och vad som kanske är viktigast – finns det möjlighet till kroppsbesiktning av den intagne efter det att denne haft besök.

Trots de omfattande kontrollmöjligheter som alltså föreligger och som också används inom kriminalvården har det i olika utredningar under åren framkommit att en stor del av den narkotika som kommer in i häkten och anstalter överlämnas i samband med besök. Inte sällan förvaras narkotikan uppstoppad i någon kroppshålighet där den inte kan upptäckas vid en ytlig kroppsbesiktning.

Narkotikan överlämnas sedan till den intagne som gömmer den i någon kroppshålighet eller sväljer den.

Besöken vållar sålunda kriminalvården stora problem. Det har emellanåt också framförts synpunkter på att begränsa möjligheterna till besök. Sålunda menade t.ex. 1982 års Narkotikakommission att en del talade för att det var de s.k. kompisbesöken som medförde de största riskerna för insmuggling av narkotika och värdet av sådana besök kunde i andra hänseenden ifrågasättas. När fara föreligger för insmuggling av narkotika kunde det enligt kommissionen därför vara skäl att medge besök av andra än närstående bara när besöket bedömdes vara till nytta för den intagne.¹⁸ Också till Narkotikakommissionen har framförts att nyttan av vissa besök kan ifrågasättas varför frågan om att begränsa besöksmöjligheterna borde ses över.

Som kommissionen tidigare understrukit är en vidsträckt rätt för intagna att ta emot besök av väsentlig betydelse när det gäller att minska de intagnas sociala isolering och främja deras möjligheter att knyta eller vidmakthålla värdefulla kontakter med människor utanför anstalten. Även om nyttan av enskilda besök i vissa fall säkert kan diskuteras anser Narkotikakommissionen inte att möjligheterna till besök bör inskränkas mer än vad som är möjligt i dag. Man måste hålla i minnet att kriminalvården under vissa förutsättningar har möjlighet att avslå en begäran om besök.

Inte heller anser Narkotikakommissionen att möjligheterna till bevakade besök bör utökas. I dag gäller att bevakning bör förekomma endast i undantagsfall, med hänsyn till det obehag som en sådan kontroll kan innebära för samtliga inblandade.

Frågan om att utvidga möjligheterna till bevakade besök har också relativt nyligen behandlats – och avvisats – av regering och riksdag. Fängelseutredningen föreslog nämligen år 1993 att, om det kunde behövas med hänsyn till säkerheten eller ordningen vid en viss anstalt, så skulle Kriminalvårdsstyrelsen få besluta att samtliga intagna på denna anstalt endast skulle få ta emot kontrollerat besök. Bara om det fanns särskilda skäl skulle besök får genomföras utan kontroll. Under remissbehandlingen av betänkandet kritiserades detta förslag, bl.a. för att det lätt skulle kunna få karaktären av kollektiv bestraffning. Regeringen fann inte heller att förslaget borde genomföras och anförde att bevakade besök enbart bör användas när det verkligen behövs av säkerhetsskäl och att en individuell prövning av om ett besök skall

¹⁸ Narkotikakommissionen, PM nr 4 *Åtgärder mot narkotika i fängelserna*, 1983.

vara bevakat eller inte alltså måste göras. Narkotikakommissionen instämmer i detta. Kommissionen återkommer dock till formerna för de bevakade besöken i avsnitt 6.3.2.

Det som sålunda återstår är att överväga huruvida kontrollen av besökarna bör skärpas. När det gäller de ur narkotikasynpunkt mest utsatta anstalterna anser kommissionen att det finns skäl härtill. Eftersom narkotika, trots de kontrollmöjligheter som finns i dag, förs in bör det i vart fall finnas utrymme för att föra en sådan diskussion.

Som villkor för besök kan det krävas att besökaren genomgår kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning. En sådan visitation får ske endast av direkta säkerhetsskäl och under förutsättning att den besökande frivilligt går med på undersökningen.

Det finns enligt kommissionens mening inte möjlighet att utöka kontrollen av besökare till att avse en fullständig kroppsbesiktning. Inte heller finns det anledning att diskutera att kriminalvården med tvång skulle kunna genomföra t.ex. en kroppsvisitation av en besökare; eftersom besökaren i dag inte får sammanträffa med den intagne om han vägrar genomgå visitationen skulle ett sådant tvång inte få någon effekt för narkotikainflödet. Den möjlighet som då kvarstår om man vill utöka kontrollen av besökarna är enligt kommissionens mening knappast formerna härför utan snarare antalet möjliga tillfällen till kontroll.

När det gäller ytlig kroppsbesiktning har det uttryckligen angivits i förarbetena att sådana inte får utvecklas till rutinåtgärder utan i det särskilda fallet måste alltid en bedömning göras av om undersökningen är befogad. Något motsvarande har förvisso inte uttryckts beträffande kroppsvisitation men dagens lagstiftning ger enligt kommissionens mening knappast utrymme för att utsätta besökare för rutinmässiga kontroller. I stället krävs som framgått att kontrollen skall göras av säkerhetsskäl och utgöra villkor för det enskilda besöket.

Kriminalvårdspersonalen har möjlighet att i förväg kontrollera en besökares personliga förhållanden och därigenom göra en bedömning av risken för att denne kommer att försöka föra med sig narkotika till den intagne. I vilken utsträckning detta än görs och oavsett hur rutinerad personalen än är kommer det emellertid alltid att finnas besökare som varken vid en sådan förhandskontroll eller vid besöket väcker några misstankar. Det kan därför vara svårt att hävda att det bör ställas som villkor för besöket att besökaren underkastas kontroll.

När det gäller de anstalter som har stora problem med narkotika – och där man vet att de intagna med alla medel försöker föra in narkotika i anstalten – finns det enligt kommissionens mening därför skäl att överväga om inte samtliga besökare bör kunna kontrolleras. Enligt kommissionens mening skulle det vara tillräckligt – och också praktiskt genomförbart – att låta en sådan kontroll omfatta kroppsvisitation. För det fall misstanke uppstår under kroppsvisitationen att besökaren har narkotika på kroppen bör det som villkor för besöket kunna uppställas att denne underkastar sig en ytlig kroppsbesiktning.

En bestämmelse om att samtliga besökare till en viss anstalt skall kunna kroppsvisiteras bör alltså införas. Det bör ankomma på Kriminalvårdsstyrelsen att föreskriva vid vilka anstalter eller anstaltsavdelningar som en sådan generell kontroll bör förekomma. Möjligheten att kontrollera samtliga besökare skall ses som ett komplement till den nu gällande lagstiftningen och i övrigt avses det inte föreligga någon skillnad vid genomförandet av kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning än vad som gäller i dag.

Sådana generella besökskontroller som nu föreslagits bör begränsas till anstalter där det föreligger stora problem med införel av otillåtna föremål som t.ex. narkotika. Det får vidare förutsättas att kontrollerna inte görs mer omfattande än nödvändigt. Det innebär att det i regel kan anses tillräckligt med stickprovskontroller; generella kontroller bör begränsas till perioder när det förekommer särskild anledning att anta att det förs in narkotika i anstalten.

Också vid vissa häkten kan narkotikasituationen vara besvärlig. Inte minst mot den nyligen införda bestämmelsen om ökade krav på gemensamhet kan det enligt kommissionens mening befaras att narkotikan lättare kan spridas även i häktesmiljön. Det finns därför anledning att införa en möjlighet för Kriminalvårdsstyrelsen att införa en sådan utökad kontrollmöjlighet som beskrivits i det föregående även såvitt avser häkten. Kommissionen förutsätter dock att detta endast kommer att ske i rena undantagsfall.

Gemensamt för såväl häkten som anstalter är att de besökande på ett tydligt sätt bör upplysas om att generell inpasseringskontroll tillämpas. Sådan information bör lämnas senast vid ankomsten till anstalten.

6.3.1.2 Kontroll av kriminalvårdspersonal m.fl.

Narkotikakommissionens förslag: Kriminalvårdspersonal och andra som utför arbete eller uppdrag inom häkte eller anstalt skall kunna kroppsvisiteras vid inpasseringen.

Det finns i dag inte några belägg för att de som arbetar i kriminalvården på något märkbart sätt skulle bidra till införseln av narkotika till intagna i häkten och anstalter. Detta gäller för såväl kriminalvårdspersonal som för andra som utför arbete eller uppdrag inom anstalten, t.ex. advokater, hantverkare, läkare och lärare.

Man kan enligt Narkotikakommissionens mening emellertid inte bortse från att om man, som föreslås i bl.a. detta betänkande, ytterligare försöker strypa införselvägarna så kan det för intagna i ur narkotikasynpunkt särskilt utsatta anstalter vara intressant att försöka förmå personal att ta in narkotika. Det är inte främmande att föreställa sig att vissa grupper intagna genom hot och våld mot personal eller deras anhöriga också skulle kunna lyckas härmed. Några händelser – och även undersökningar – under senare tid kan dessvärre sägas ge belägg för att kriminalvårdspersonal i dag kan befaras vara mer utsatt än tidigare för de intagnas hot och våld.

Inte heller kan man bortse från att såväl kriminalvårdspersonal som andra som arbetar i anstalterna även av egen fri vilja – och säkert också av olika skäl – kan förse intagna med narkotika. Som nämnts ovan finns det emellertid inte något som talar för att så är fallet men det vore, enligt kommissionens mening, tämligen naivt att tro att så inte skulle kunna förekomma.

Anställda inom kriminalvården har samma grundlagsskyddade rätt som alla medborgare mot kroppsvsitation och andra kroppsliga ingrepp. Denna rätt kan inskränkas genom lag, men några sådana bestämmelser finns inte i dag. Också genom kollektivavtal är det möjligt att reglera att arbetstagare skall genomgå t.ex. kroppsvsitation.¹⁹ Inte heller föreligger något sådant avtal. I dag finns det således inte någon möjlighet att kontrollera kriminalvårdspersonal som passerar in i och ut ur häkten och anstalter.

Enligt Narkotikakommissionens mening finns det skäl att överväga om det inte bör införas en möjlighet till kontroll även av kriminalvårdspersonal. Genom en sådan kontroll skulle man framför allt kunna förhindra eller i vart fall minska risken för att personalen utsätts för påtryckningar av olika slag från de intagnas sida;

¹⁹ Se AD 29/1997.

genom att även personalen kontrolleras kan de intagna inte betrakta denna som en säker införselkanal.

Vidare får kriminalvårdens intresse av att på alla sätt försöka strypa införseln av narkotika till anstalterna liksom intresset av att på detta sätt även kunna upptäcka personal som utsätts för hot eller våld eller som av andra skäl deltar i införseln enligt Narkotikakommissionens mening anses väga tyngre än kriminalvårdspersonalens intresse av skydd för den personliga integriteten. Narkotikakommissionen föreslår därför att det skall bli möjligt att kontrollera även kriminalvårdspersonal.

I den s.k. RSS-rapporten har frågan om kontroll av personal fått anstå tills vidare. Att sådana kontroller bör införas stickprovsvis har emellertid föreslagits av Mr Gordon H. Lake, som på uppdrag av Kriminalvårdsstyrelsen gjort en utvärdering av de slutna klass I-anstalterna. Skälet härför är närmast detsamma som nämnts ovan, nämligen att man inte kan bortse från kriminalvårdspersonalen som en möjlig införselkälla när säkerheten på andra håll skärps.²⁰

Enligt Narkotikakommissionens mening bör kontroll av kriminalvårdspersonal begränsas till att avse endast kroppsvisitation för att upptäcka införsel av otillättna föremål, främst narkotika men även t.ex. andra berusningsmedel och vapen. En sådan visitation omfattar, som framgått ovan, även väskor och annat som personalen bär med sig. På samma sätt som vid de generella besökskontrollerna som Narkotikakommissionen föreslagit i det föregående får det förutsättas att kontrollerna av personal inte görs mer omfattande än nödvändigt. Kontroll av personal bör sålunda begränsas till häkten och anstalter där det föreligger stora problem med införsel av otillättna föremål som t.ex. narkotika. Det får vidare förutsättas att kontrollerna inte görs mer omfattande än nödvändigt. Det innebär att det i regel kan anses tillräckligt med stickprovskontroller; generella kontroller bör begränsas till perioder när det förekommer särskild anledning att anta att det förs in narkotika på häktet eller i anstalten.

I sammanhanget skall det understrykas att den kriminalvårdspersonal som utför kontrollen inte kan tvinga någon annan ur personalen att underkasta sig kroppsvisitation. En vägran att genomgå kontroll skall emellertid rapporteras till anstaltsledningen och kan få arbetsrättsliga följder.

²⁰ *Report on the Class 1 Prisons of the Swedish Prison and Probation Administration* by Gordon H. Lakes CB, MC, april 1998.

Vad som nu föreslagits gälla för kriminalvårdspersonal bör enligt Narkotikakommissionen även gälla för andra som utför arbete eller uppdrag inom häktet eller anstalten, t.ex. advokater, hantverkare, läkare och lärare. Det kan förvisso diskuteras om någon yrkesgrupp – kanske då närmast advokater – bör undantas från den nu föreslagna möjligheten till kontroll. Kommissionen har dock inte ansett att något sådant undantag bör göras, inte minst med hänsyn till det tryck som de intagna då kan komma att utöva på denna grupp som de vet inte kontrolleras. En annan aspekt är de misstankar som kan komma att riktas mot en grupp som undantagits från kontroll för det fall man trots omfattande kontroller av andra grupper påträffar narkotika i anstalten eller häktet.

Regleringen av möjligheterna till kroppsvisitation av personal bör tas in som nya bestämmelser i lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt – en ny 61 b § – och i lagen (1976:371) om behandlingen av häktade och anhållna m.fl. – som en ny 22 a §.

6.3.1.3 Möjligheten att använda hund vid inpasseringskontroll

I olika sammanhang har frågan ställts om man kan placera en hund med förare i direkt anslutning till centralvakten. Hunden skulle användas för att spåra narkotika genom att antingen markera när en person som bär med sig narkotika passerar eller genom att lukta på de personer som passerar centralvakten.

Enligt kommissionens bedömning föreligger det inte några rättsliga hinder mot att kriminalvården låter placera en hund med förare i sådana utrymmen där besökare och andra passerar vid ankomsten till anstalten. En förutsättning är dock att hunden befinner sig på visst avstånd från de som passerar och inte tillåts söka på personerna i fråga. Den omständigheten att det finns en hund närvarande i lokalen – på samma sätt som i de s.k. tullfiltren – kan inte anses innebära att den som passerar utsätts för en kroppsvisitation. En annan sak är att man bör iaktta viss försiktighet vid användandet av hund. Den bör t.ex. placeras på ett sådant sätt att den som passerar inte drabbas av onödigt obehag och besökarna bör på lämpligt sätt upplysas om att hund finns i inpasseringen.

Det får enligt kommissionens uppfattning emellertid anses uteslutet att söka med hund på person för att upptäcka narkotika.

Däremot bör hunden kunna användas i samband med kroppsvisitation på så sätt att den får lukta på lösa föremål som kläder som besökaren tagit av sig, väskor, paket och annat som kan omfattas av kroppsvisitationen. Vid den ytliga kroppsbesiktning en besökare kan underkastas är det emellertid uteslutet att hund närvarar.

I detta avsnitt har kommissionen behandlat frågan om att använda hund vid inpasseringskontroll. Kommissionen återkommer i avsnitt 6.3.3 även till andra frågor som rör möjligheten att använda hund inom kriminalvården.

6.3.2 Glasruta i stället för bevakat besök?

Narkotikakommissionens förslag: Kriminalvårdsstyrelsen bör få möjlighet att besluta att det vid viss anstalt eller avdelning av anstalt, liksom i häkte, skall vara möjligt att ersätta bevakade besök av 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.

Narkotikakommissionen har tidigare understrukt vikten av en vidsträckt rätt för intagna att ta emot besök. Kommissionen har också tagit avstånd från tanken på att inskränka besöksmöjligheterna mer än vad som är möjligt i dag, även om det i sig skulle kunna minska inflödet av narkotika till anstalter och häkten.

Inte heller anser kommissionen att man bör använda bevakade besök, dvs. besök under närvaro av en anstaltstjänsteman, på andra grunder än i dag. Sådana besök förekommer enbart när det verkligen behövs av säkerhetsskäl och en individuell prövning av om ett besök skall vara bevakat eller inte måste göras.

Vid anstalter med ett stort antal narkotikadömda eller narkotikamissbrukare finns det inte sällan anledning att pröva om ett besök bör vara bevakat. Att bevaka besök är resurskrävande eftersom en kriminalvårdstjänsteman måste närvara under hela besökstiden; syftet med bevakningen i dessa fall är ju att förhindra att besökaren överlämnar narkotika till den intagne.

Till Narkotikakommissionen har det också framförts att det inom kriminalvården inte alltid finns tillräckligt med resurser för

att kunna avdela personal till bevakning av besök. Något alternativ till bevakning finns inte och för den intagne innebär det att han eller hon inte får ta emot besöket. Mot bakgrund av den vikt Narkotikakommissionen anser att man måste lägga på besöken är detta givetvis inte tillfredsställande. De senaste årens utveckling med ett ökat antal narkotikamissbrukare på landets anstalter samtidigt som kriminalvården fått minskade resurser talar inte heller för att situationen skulle bli bättre. Det finns därför enligt Narkotikakommissionens mening mot denna bakgrund anledning att diskutera alternativa lösningar till att låta en tjänsteman bevaka besöket.

Som framgått ovan är det givetvis inte någon bra lösning att neka besök. Inte heller anser kommissionen att man bör sätta kraven för bevakning lägre. Har man väl bedömt att det föreligger en så stor risk för att en besökare skall försöka smuggla in narkotika att den intagne inte bör få träffa besökaren ensam bör man inte göra avkall på bevakningen. Vad som enligt kommissionens mening i stället återstår att diskutera är om det finns några alternativ till bevakning som förhindrar att den intagne och besökaren kan överlämna föremål till varandra.

Fängelseutredningen föreslog i sitt huvudbetänkande en sådan lösning.²¹ Enligt förslaget skulle besök tas emot under sådana former att den intagne och besökaren varken kunde överlämna föremål eller komma i fysisk kontakt med varandra, t.ex. genom att de skildes åt med hjälp av en glasruta. Fängelseutredningens tanke var emellertid att antalet besök som var föremål för någon form av kontroll skulle öka i påtaglig utsträckning genom att använda glasruta vid sidan av bevakade besök; kontrollerade besök föreslogs dessutom bli huvudregel i anstalter där det förekom narkotika.

Regeringen ansåg att användning av besöksrum som är så utformade att de omöjliggör överlämnande av föremål i och för sig skulle kunna vara ett verksamt medel för att hindra att narkotika och andra otillåtna varor kommer in till anstalten genom besöket. Denna form av kontrollerat besök ansåg regeringen dock framstå som främmande för svenska förhållanden, och ansåg att det fanns risk för att den skulle kunna leda till en avsevärd försämring av anstaltsklimatet. Enligt regeringens mening fanns det därför för närvarande, dvs. år 1994, inte tillräckliga skäl att vid sidan av den

²¹ *Verkställighet av fängelsestraff* (SOU 1993:76) s. 240 f.

nuvarande ordningen införa en sådan möjlighet till kontrollerade besök. Riksdagen hade inte någon annan uppfattning.²²

Dessvärre måste man konstatera att situationen i anstalterna försämrats sedan år 1994. Därför bör man enligt kommissionens mening återigen diskutera införandet av s.k. glasruta som otvivelaktigt skulle kunna utgöra ett effektivt hinder mot införsel av narkotika till anstalter och häkten. Till skillnad från Fängelseutredningen anser Narkotikakommissionen emellertid att man inte bör utöka möjligheterna till besökskontroll; besök bakom glasruta skulle i så fall endast kunna användas i stället för bevakat besök. Genom att öppna för ett sådant alternativ skulle fler besök kunna genomföras än vad som är möjligt i dag och kriminalvårdspersonal lösgöras som i stället skulle kunna ägna sig åt andra klientvårdande uppgifter.

Narkotikakommissionen kan inte se att införandet av glasruta skulle leda till en försämring av anstaltsklimatet. Vad som snarare skulle kunna försämra klimatet är om intagna nekas att ta emot besök därför att det inte finns möjlighet att avsätta personal till bevakning. Vidare bör man i sammanhanget understryka att en intagen givetvis inte skulle kunna tvingas att ta emot ett besök bakom glasruta. Vill inte den intagne att besöket skall genomföras på detta sätt skulle han eller hon, liksom i dag då bevakning inte kan erbjudas, komma att nekas att ta emot besöket.

Kommissionen kan vidare föreställa sig att man såväl från den intagnes som den besökandes sida i vissa fall skulle känna mindre obehag om man kan få tala i lugn och ro, om än med en glasruta mellan. Vid ett bevakat besök lyssnar kriminalvårdstjänstemannen till allt som sägs och inte heller i dessa fall – då det alltså endast är fråga om bevakning för att förhindra överlämnande av föremål – får någon fysisk kontakt ske.

Sammantaget anser Narkotikakommissionen att övervägande skäl talar för att kriminalvården nu bör få möjlighet att utforma besöksrum på ett sådant sätt att den intagne och besökaren förhindras överlämna föremål till varandra genom att de skiljs åt av en glasruta. Besöksrummen måste givetvis utformas så att besöket, trots glasruta, kan ske under sådana förhållanden att de skapar minsta möjliga obehag. Det innebär bl.a. att både den intagne och besökaren skall få sitta i lugn och ro utan närvaro av andra besökare, intagna eller kriminalvårdstjänstemän.

²² Prop. 1994/95:124 s. 35, bet. 1994/95:JuU20 s. 8.

En ny bestämmelse föreslås i 29 § lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt som ger Kriminalvårdsstyrelsen möjlighet att besluta att det vid viss anstalt eller avdelning av anstalt skall vara möjligt att ersätta bevakade besök av besök som sker under sådana förhållanden att den intagne och den besökande inte kan överlämna föremål till varandra. Även vad gäller besök i häkte föreslås en möjlighet för kriminalvården att införa denna form för besök i de fall då bevakning beslutas på den grunden att man vill förhindra överlämnande av föremål.

Avslutningsvis vill Narkotikakommissionen återigen understryka att besök under sådana former som nu föreslagits endast är avsedda att ersätta bevakade besök. Det innebär att en individuell prövning av om ett besök skall vara bevakat eller inte först måste göras och att beslut om bevakning endast fattas när det verkligen behövs av säkerhetsskäl. Först därefter kan den intagne ges alternativet att ta emot besöket bakom glasruta.

6.3.3 Visitation av häktes- och anstaltslokaler med hjälp av hund

Narkotikakommissionens bedömning: Narkotikakommissionen har inte funnit annat än att narkotikahundar kan utgöra ett viktigt hjälpmedel i arbetet med att upptäcka narkotika på häkten och i anstalter. Det finns inte heller några formella eller andra hinder mot att kriminalvården införskaffar eller använder hundar vid visitation av lokalerna. Det får ankomma på Kriminalvårdsstyrelsen att avgöra huruvida det finns behov av ytterligare hundar i verksamheten, var dessa i så fall bör placeras och i vilken utsträckning medel bör eller kan avsättas för detta ändamål.

Några rättsliga hinder för polis- eller tulltjänsteman att som hundförare biträda kriminalvården vid visitationer av häktes- och anstaltslokaler kan enligt Narkotikakommissionens bedömning inte anses föreligga.

6.3.3.1 Framförda synpunkter

En av de synpunkter som framförts till Narkotikakommissionen är att man borde få tillgång till fler narkotikahundar inom kriminalvården. Dessa skulle kunna användas för genomsökning och

visitation av anstaltslokalerna men också för kontroll av besökare och andra vid inpassering till anstalten.

Också i den s.k. RSS-rapporten har denna fråga tagits upp. Där konstateras att erfarenheterna av narkotikahundar för eftersökning är goda. Hittills har mestadels externt rekviderade hundar från tullen och polisen använts eftersom antalet hundar ägda av kriminalvården minskat under senare år. Detta anser arbetsgruppen vara negativt eftersom de externa hundarna inte alltid finns tillgängliga när de bäst behövs.

Från såväl kriminalvårdspersonal som Narkotikakommissionen varit i kontakt med som i RSS-utredningen har det dessutom framförts att det i vissa fall uppkommit tveksamheter beträffande de lagliga förutsättningarna för polis och tull att medverka vid visitationer inom kriminalvården. För polisens medverkan vid visitation av de intagnas bostadsrum har det i vissa fall bedömts förutsättas beslut om husrannsakan, medan några problem inte synes ha förelegat vid användande av tullens hundar och hundförare.

6.3.3.2 Allmänt om visitation av lokaler

Kriminalvården kan kontrollera inte bara de gemensamma utrymmena i en anstalt utan även de intagnas bostadsrum liksom väskor och andra förvaringsanordningar oavsett var i lokalerna de finns så länge de intagnas kroppsliga integritet inte träds för när. Någon uttrycklig bestämmelse finns inte i kriminalvårdslagstiftningen men själva frihetsberövandet har ansetts innebära en sådan rättighetsinskränkning av så övergripande och vittgående slag att visitationer av utrymmen och egendom inom anstalten i jämförelse därmed framstår som helt underordnade åtgärder. De intagna har vidare inte ansetts kunna tillerkännas någon egentlig besittningsrätt eller dispositionsrätt över förvaringslokalen i förhållande till myndigheterna.²³ Detsamma gäller för häkteslokaler.

Fängelseutredningen slog i sitt slutbetänkande fast att kontroller av de intagnas bostadsrum och förvaringsanordningar utgör husrannsakan och såg sig inte övertygad om riktigheten i den uppfattning som framförts ovan. Därför ansåg Fängelseutredningen det lämpligt att införa en uttrycklig rätt för kriminalvården att rutinmässigt – utan särskild misstanke om brott eller annat otillåtet

²³ prop. 1978/79:62 s. 28.

förfarande – underkasta bostadsrum samt väskor och andra förvaringsanordningar kontroll.²⁴ Någon sådan lagstiftning har emellertid inte införts.

Under tiden från början av 1970-talet fram till år 1993 fanns inom kriminalvården s.k. visitationspatruller för eftersökning och kontroll av bl.a. narkotika på anstalterna. Verksamheten omfattade som flest sju enheter på sju olika anstalter och i varje patrull ingick ett hundekipage. Patrullerna svarade för särskilda visitationer och säkerhetsarbete i första hand vid den egna anstalten men utförde också visitationsuppdrag på anstalter och häkten som låg geografiskt nära hemanstalten.

Inrättandet av de särskilda patrullerna bedömdes vara en nödvändighet i början av 1970-talet eftersom personalens kunskaper inom narkotikaområdet var bristfälliga och alternativen få. I takt med ändrade förutsättningar och ett mera decentraliserat synsätt kom patrullverksamheten dock efter hand att framstå som ett hinder i arbetet med att få hela kriminalvårdsorganisationen engagerad i att förebygga, upptäcka och kontrollera narkotikamissbruk på anstalterna. En av Kriminalvårdsstyrelsen tillsatt arbetsgrupp gjorde en genomgripande översyn och analys som presenterades i rapporten *Visitationspatrullernas verksamhet och organisation – en översyn*. Förutom vad som nyss nämnts konstaterade arbetsgruppen att hundekipagens mesta tid ägnades till annat än aktiv sökning; den största enskilda tidsåtgången var restid mellan olika anstalter och annan spiltid. I början av december 1992 beslutade Kriminalvårdsstyrelsen att de särskilda visitationspatrullerna skulle avvecklas.

Efter avvecklingen av visitationspatrullerna har bl.a. säkerhetsansvariga utsetts på såväl regional som lokal nivå och tyngdpunkten i det dagliga säkerhetsarbetet har överfört till den lokala baspersonalen. Regionmyndigheterna bedömde också några år efter avvecklandet av visitationspatrullerna att den nya organisationen medfört ett tydligare ansvar, ett effektivare resursutnyttjande och att narkotikakontrollinsatserna ökat i såväl omfattning som kvalitet.²⁵

Enligt de allmänna råd som Kriminalvårdsstyrelsen utfärdat skall visitation och kontroll av bostadsutrymmen och andra lokaler där intagna vistas företas dagligen i syfte att försvåra förvaring av t.ex. narkotika. Samtlig personal har ansvar för att visitationer blir ut-

²⁴ SOU 1993:76 s. 348.

²⁵ Kriminalvårdsstyrelsens anslagsframställning för budgetåret 1995/96 (bil. 12 s. 73 f).

förda. I första hand åvilar ansvaret den personal som har sin tjänstgöring förlagd till en viss lokal, t.ex. en bostadsavdelning eller en arbetslokal.²⁶ I den säkerhetshandbok Kriminalvårdsstyrelsen nyligen givit ut har rutinerna kring visitationer av bostadsrum och övriga utrymmen också givits stort utrymme.

Här kan nämnas att grundlig visitation under år 1999 utfördes i drygt 61 000 celler och övriga lokaler i anstalt. I häktena uppgick dessa till närmare 31 000. Fynden av narkotika var få i förhållande till omfattningen av visitationer.²⁷

6.3.3.3 Narkotikakommissionens överväganden

Narkotikakommissionen har inte funnit annat än att narkotikahundar otvivelaktigt kan utgöra ett viktigt hjälpmedel i arbetet med att upptäcka narkotika på häkten och anstalter. Det finns inte heller några formella eller andra hinder mot att kriminalvården innehar och använder hund för visitation av lokalerna. Frågan om i vilken utsträckning kriminalvården själv bör äga sådana hundar är dock en kostnadsfråga.

I dag finns det inom kriminalvården endast ett par narkotikahundar. Det finns emellertid ett relativt stort antal utbildade narkotikahundar att tillgå hos såväl polisen som tullen. Mot den bakgrunden har RSS-utredningen gjort bedömningen att kriminalvården endast skall äga egna hundar i de fall som externa resurser inte finns att tillgå. I stället för att som i dag bygga samarbetet myndigheterna emellan på ett tämligen formlöst sätt, föreslås vidare att samarbetet formaliseras genom avtal och kostnadsreglering. RSS-utredningen har därför föreslagit att preliminära avtalsförhandlingar bör föras regionvis med polis- och tullmyndigheter. Slutligen bör, enligt RSS-utredningen, tull och polis samordna sina resurser gentemot kriminalvården och anvisa tillgängliga resurser medan kriminalvården å sin sida bör systematisera användningen av narkotikahundar.

Enligt Narkotikakommissionens mening måste det ankomma på Kriminalvårdsstyrelsen att utifrån en helhetsbedömning avgöra huruvida det finns behov av ytterligare hundar i verksamheten, var dessa i så fall bör placeras och i vilken utsträckning medel kan eller bör avsättas för detta ändamål. Den lösning som föreslagits i RSS-

²⁶ Drog- och HIV/AIDS-frågor, ARK 1990:1 §, 2.9.3 Visitationer på häkte och anstalter.

²⁷ *Kriminalvårdens redovisning om drogsituationen 1999*, Kriminalvårdsstyrelsen 2000.

rapporten, nämligen att kriminalvården endast skall äga egna hundar i de fall som externa resurser inte finns att tillgå, synes enligt kommissionens mening vara en rimlig utgångspunkt liksom att samarbetet med polis och tull rörande anlitaandet av hundar och hundförare bör formaliseras.

Såvitt gäller polisens medverkan med hund och hundförare vid visitation av kriminalvårdsanstalt har detta behandlats av justitieombudsmannen i slutet av 1970-talet.²⁸ Där konstaterade justitieombudsmannen inledningsvis att det enligt den då gällande lagstiftningen fick anses falla inom ramen för det biträde och samarbete som där föreskrevs, nämligen att polisen på begäran skulle biträda andra myndigheter och samarbeta med sådana myndigheter vilkas verksamhet berörde polisverksamheten. En motsvarande bestämmelse finns i dag i polislagen.²⁹

Justitieombudsmannen anförde vidare bl.a. följande.

Man kan här betrakta hundarna som ett hjälpmedel som polisen lånar ut. Det är då naturligt att hundarna anses utnyttjade i kriminalvårdens verksamhet och inom dess ansvarsområde. Att hundarna åtföljs av förare föranleder inte någon annan bedömning. Förarnas medverkan är nämligen nödvändig för att hundarna skall arbeta. Också förarna måste anses delta i kriminalvårdens verksamhet. Om t.ex. misstanke om brott uppstår därför att narkotika anträffas kan föraren däremot övergå till att handla enligt de regler som gäller för polisverksamheten.

Samarbetet fick dock inte, enligt justitieombudsmannen, leda till en sammanblandning av polisens och kriminalvårdens verksamheter; en klar gräns måste upprätthållas mellan polisens ansvarsområde och kriminalvårdens och polisen skall följa de regler som gäller för polisens verksamhet.

Narkotikakommissionen delar helt den uppfattning som kommit till uttryck i det nämnda avgörandet från justitieombudsmannen. Samma slutsats har också dragits i en av uppföljningsrapporterna till RSS-utredningen.³⁰ Enligt kommissionens mening föreligger det sålunda inte några legala hinder för polisen att ställa hund och hundförare till förfogande för kriminalvården i dess visitationsarbete. Det är emellertid här viktigt att den medföljande polismannen endast biträder kriminalvården och endast arbetar under dess ledning. Som justitieombudsmannen understrukt får samarbetet inte leda till en sammanblandning av verksamheterna. I

²⁸ JO 1979/80 s. 182.

²⁹ 3 § polislagen (1984:387).

³⁰ RSS-Genomförande, 1999-09-27, bilaga 4 – Rättsutredning.

det fall misstanke om brott uppkommer övergår polismannen från hundförare till polis och har då självständigt att bedöma situationen utifrån de lagregler som reglerar polisens verksamhet.

Vad gäller tullens möjligheter att ställa hund och hundförare till förfogande kan kommissionen inte se att detta skulle skilja sig från vad som gäller för polisen. Även om det för tullens del inte föreligger någon lagfäst skyldighet att biträda andra myndigheter i deras verksamhet får det – inte minst av samhällsekonomiska skäl – ligga i sakens natur att så måste vara fallet. Inte heller i övrigt kan Narkotikakommissionen se att de lagliga förutsättningarna skulle skilja sig åt då hunden och hundföraren endast biträder kriminalvården i dess arbete. I det fall misstanke om brott uppkommer har dock tulltjänstemannen inte samma befogenheter som polisman. Tulltjänstemannens befogenheter att använda sig av tvångsmedel såsom husrannsakan, beslag och kroppsvisitation är nämligen hänförliga till att det begåtts ett smugglingsbrott. I de fall misstanke om brott uppstår då det är en tulltjänsteman som biträder kriminalvården får sålunda polisanmälan göras.

6.3.4 Granskning av försändelser till intagna i anstalt, m.m.

Narkotikakommissionens bedömning: Kriminalvårdsstyrelsen bör särskilt följa upp rutinerna kring granskningen av brev och andra försändelser för att motverka omotiverade skillnader mellan anstalter av likartat slag. Kriminalvårdsstyrelsen bör även särskilt uppmärksamma anstalterna på gällande bestämmelser om möjligheterna att inskränka intagnas rätt att telefonera.

Narkotikakommissionen har under arbetet kunna skönja en viss osäkerhet kring rutinerna för granskning av brev och andra försändelser, i vilka fall och på vilket sätt en granskning av försändelser till intagna kan genomföras. Det har också framkommit att de intagna på något håll ifrågasatt att rutinerna varierar mellan anstalterna.

Fängelseutredningen konstaterade i sitt betänkande år 1993 att bestämmelserna ansågs oklara och tämligen svåra att tillämpa vilket ledde till att man i vissa fall, för att inte åsidosätta reglerna, underlät att granska försändelser till en intagen. Också i den kartläggning av rättssäkerheten vid kriminalvårdsanstalterna som genomfördes år 1998 befanns hanteringen av brevgranskning

variera från anstalt till anstalt både när det gällde omfattningen och hur granskningen utfördes. Detta är givetvis något naturligt med hänsyn till att situationen skiljer sig mellan de olika anstalterna. Men det synes finnas vissa olikheter mellan anstalter med samma säkerhetsklass och med i övrigt likartade förhållanden. Det som skiljer i rutinerna är bl.a. i vilken utsträckning de intagna får närvara vid brevöppningen. I den ovan nämnda undersökningen fann man att det generellt fanns anledning att se över beslutsordning och handläggningsrutiner när det gäller granskning av brev eller andra försändelser.³¹

Narkotikakommissionen har inte funnit annat än att de bestämmelser som gäller för granskning av brev och andra försändelser får anses vara väl avvägda. De ger, enligt kommissionens mening, goda möjligheter att kontrollera så att försändelser eller brev inte innehåller otillåtna föremål som t.ex. narkotika.

Det är emellertid lätt att gömma narkotika eftersom det rör sig om så små mängder. Fynd av narkotika har t.ex. gjorts under frimärken. Det krävs inte bara god erfarenhet för att sortera ut de försändelser som bör granskas utan även väl fungerande rutiner. Vad gäller det senare vill Narkotikakommissionen inledningsvis peka på att det är angeläget att den intagne i så stor utsträckning som möjligt bereds tillfälle att närvara vid öppning av försändelse. På detta sätt kan man i betydande utsträckning undvika att det från de intagnas sida uppkommer onödiga missförstånd eller misstankar om att ovidkommande faktorer skulle spela in vid brevgranskningen. Endast då de praktiska svårigheter som kan föreligga i vissa anstalter är sådana att det är svårt att låta de intagna vara närvarande bör den möjligheten i bestämmelsen utnyttjas.³²

Vidare får man inte heller bortse från vikten av att det förekommer en likartad behandling vid de olika anstalterna. Som framhölls i den tidigare nämnda rapporten är det förvisso naturligt att brevgranskningen varierar med hänsyn till att narkotikasituationen skiljer sig stort mellan olika anstalter. Det är enligt Narkotikakommissionens mening emellertid viktigt för såväl de intagnas förståelse för åtgärden som för att personalen skall känna sig säkra i sin yrkesroll att det finns en enhetlig syn i fråga om tillämpning av lagstiftning och föreskrifter av olika slag.

³¹ *En kartläggning av rättssäkerheten vid kriminalvårdsanstalterna, redovisning och förslag till åtgärder.* Rapport med redovisning av Kriminalvårdsstyrelsens uppdrag att göra en kartläggning av hur rättssäkerheten iakttas i klientärenden vid kriminalvårdsanstalterna, Kriminalvårdsstyrelsen, 1998 s. 19 f.

³² Se prop. 1974:20 s. 139.

Kriminalvårdsstyrelsen har nyligen utkommit med en handbok om säkerhet och ordningsfrågor, den s.k. Säkerhetshandboken. Avsikten är att den skall användas för att bygga upp lokala instruktioner. I handboken tas upp en rad förhållanden för myndigheten att beakta där det bedöms nödvändigt att upprätta instruktioner. Syftet är vidare att kriminalvårdschefer skall kunna skapa en struktur för hur personal skall anvisas om arbetets genomförande som bygger på ett gemensamt förhållningssätt och instruktioner som är likvärdigt uppbyggda efter en gemensam mall. Säkerhetshandboken utgör ett styrmedel för att upprätta sådana instruktioner. Ett av de områden som tagits upp är just granskning av försändelser.

Narkotikakommissionen förutsätter att Kriminalvårdsstyrelsen kommer att följa upp i vilken utsträckning sådana lokala instruktioner redan finns eller utfärdas med hjälp av Säkerhetshandboken. Enligt kommissionens mening är det därvid viktigt att Kriminalvårdsstyrelsen motverkar omotiverade skillnader i såväl omfattning av som rutiner kring granskning av försändelser och försöker uppnå en enhetlig praxis på området.

En annan fråga som hänger samman med säkerhetsrutinerna vid anstalterna är möjligheterna att inskränka de intagnas rätt att telefonera. Sådana möjligheter finns bl.a. av säkerhetsskäl både i häkte och i anstalt.

Det är känt att intagna använder sig av möjligheterna att telefonera såväl för att beställa narkotika till anstalten av kommande besökare eller på annat sätt som att intagna fortsätter sin brottsliga verksamhet från anstalten. Detta är enligt Narkotikakommissionens mening givetvis oacceptabelt. Enligt kommissionens mening bör Kriminalvårdsstyrelsen därför särskilt uppmärksamma anstalter och häkten på dessa förhållanden och lyfta fram frågan om möjligheten att neka intagna att använda telefon.

6.3.5 Disciplinära följder m.m. av missbruk i anstalt

<p>Narkotikakommissionens förslag: Vägran att lämna blod- eller urinprov bör jämföras med positivt sådant prov vid såväl bestämmande av disciplinföljd som vid kvalificeringstid för permission.</p>

Den som är intagen i anstalt är skyldig att på anmaning lämna blod- eller urinprov för kontroll av att han eller hon inte är påverkad av bl.a. narkotika.

Om det vid en provtagning visar sig att en intagen missbrukat narkotika kan detta få vissa disciplinära följder för den intagne; en senareläggning av den villkorliga frigivningen sker med normalt sett tio dagar. Även en vägran att lämna prov kan få vissa disciplinära följder. Enligt de allmänna råd som utfärdats av Kriminalvårdsstyrelsen bör en sådan vägran första gången leda till en varning. Vid upprepad vägran bör senareläggning ske med fem dagar och därefter med tio dagar.³³

Att den intagne lämnat positivt prov eller vägrat lämna prov kan även få betydelse för planeringen av vistelser utanför anstalt, t.ex. för permissioner. En intagen som under verkställigheten innehaft, brukat eller tagit annan befattning med narkotika får normalt sett beviljas normalpermission tidigast efter sex månader från den dag då brottet ägde rum. Vid vägran att lämna prov får sådan permission normalt sett beviljas efter tidigast fyra månader; vid upprepad vägran efter sex månader.³⁴

Till Narkotikakommissionen har det framförts att det förekommer att intagna vägrar att lämna prov i situationer där man kan misstänka att ett sådant skulle komma att visa ett positivt resultat. De skilda disciplinära åtgärderna liksom kvalifikationstiderna för permissioner m.m. har därför ifrågasatts; en intagen bör inte "vinna" på att vägra framför att lämna prov. Också i den s.k. RSS-utredningen har det beträffande de nuvarande skilda kvalifikationstiderna för permissioner konstaterats att de praktiska konsekvenserna inte sällan medför att intagna väljer en vägran när de bedömer att risken är överhängande att ett lämnat urinprov kommer att ge positivt analysresultat. I RSS-rapporten föreslås därför att kvalifikationstiderna för permissioner bör likställas.

Anledningen till de olika kvalifikationstiderna är att en vägran – givetvis – inte kan tillmätas värde som full bevisning om missbruk. Är det fråga om en enstaka vägran och det saknas annan misstanke om att den intagne nyttjat narkotika har det ansetts som en alltför drastisk påföljd att förvägra den intagne korttidspermission under lika lång kvalifikationstid som skulle ha tillämpats vid styrkt miss-

³³ *Kriminalvårdsstyrelsens allmänna råd om senareläggning av villkorlig frigivning* (ARK 1999:1).

³⁴ 32 § lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt samt 11 § Kriminalvårdsstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om permissioner (KVVFS 2000:7).

bruk eller annan hantering av narkotika. Därför har vägran medfört en kvalifikationstid på fyra månader medan ett positivt urinprov lett till en tid av sex månader. En ändring i Kriminalvårdsstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om permissioner har emellertid nyligen genomförts som innebär att upprepad vägran bör leda till lika lång kvalifikationstid som vid styrkt missbruk, dvs. sex månader.

Narkotikakommissionen delar uppfattningen att det är otillfredsställande att intagna som vet med sig att de riskerar eller kommer att lämna ett positivt urinprov kan få en mildare disciplinpåföljd eller – åtminstone om det sker vid något enstaka tillfälle – en kortare kvalifikationstid för permission genom att vägra lämna prov. Även om en vägran som nämnts ovan inte kan tillmätas full bevisning om missbruk finns det enligt Narkotikakommissionens mening anledning att se lika allvarligt på att den intagne inte är beredd att uppfylla den skyldighet att lämna prov som föreligger för honom eller henne. Narkotikakommissionen föreslår därför att tiden för senareläggning av villkorlig frigivning bör vara densamma oavsett om den intagne vägrat lämna prov eller att provet visar sig vara positivt. Vad gäller kvalifikationstiderna för permissioner är dessa numera desamma för upprepad vägran som för styrkt misstanke om narkotikamissbruk. Narkotikakommissionen anser dock att kvalifikationstiderna för permissioner liksom vid bedömningen av andra vistelser utanför anstalten bör vara helt likställda, dvs. att även en enstaka vägran att lämna urinprov i detta hänseende bör vara att jämställa med ett positivt prov.

6.3.6 Förskrivning av bensodiazepiner

<p>Narkotikakommissionens bedömning: Kriminalvårdsstyrelsen bör även fortsättningsvis kontinuerligt följa upp och analysera förskrivningsnivåerna av bensodiazepiner vid anstalterna.</p>
--

I den tidigare nämnda RSS-rapporten konstaterades en hög förskrivning av bensodiazepiner vid enheter inom kriminalvården företrädesvis i Väst- och Sydsverige. Olikheterna i förskrivningsfrekvens ansågs sannolikt grunda sig i enskilda läkares olika syn på användningen av sådana preparat. I ett tioårigt perspektiv har emellertid förskrivningen av bensodiazepiner generellt minskat. Bl.a. har kriminalvårdens läkemedelskommitté förordat en restriktiv hållning till preparaten, vilket kan antas ha bidragit härtill.

Alltjämt finns dock, enligt vad som konstaterades av RSS-utredningen, enskilda höga förskrivningsnivåer på vissa enheter.

Även till Narkotikakommissionen har det framförts att de på vissa håll höga förskrivningsnivåerna av bensodiazepiner utgör vissa problem. Förutom de ovan nämnda, har det också framförts att preparaten av olika slag inte bara håller narkotikamissbrukaren kvar i ett missbruk, utan även kan användas för försäljning inom anstalten.

I Göteborgsregionen har det t.ex. kunnat konstateras att problemen med höga förskrivningsnivåer är påtagliga. Sedan RSS-rapporten presenterades under våren 1998 har därför olika åtgärder vidtagits av regionledningen där. Bland annat har en omfattande kartläggning av förskrivningen av bl.a. bensodiazepiner genomförts vid regionens enheter. Vidare har ett seminarium genomförts rörande förskrivning av bensodiazepiner och de speciella problem som kan vara förknippade med förskrivning till kriminalvårdens klienter. Inom Göteborgsregionen har man också fäst särskilt avseende vid frågan om förskrivning av bensodiazepiner vid rekrytering och kontraktering av läkare till regionens enheter.

Narkotikakommissionen har på olika sätt uppmärksammat frågan om missbruk av narkotiska läkemedel. I diskussionspromemoria nr 4 - Party, utanförskap och stress - har kommissionen kunnat se ett ökat tablettmissbruk bland unga, låt vara att tabletterna till största delen förmodligen härrör från legala förskrivningar. I diskussionspromemoria nr 6 om kontrollen av läkarförskrivna narkotiska läkemedel kan dock konstateras att, enligt de uppgifter som går att få fram, sådana läkemedel förekommer i relativt stora mängder också på den illegala marknaden.

Många av de personer som tas in i anstalt har ett stort behov av läkemedel, däribland bensodiazepiner. Självfallet måste dessa få förskrivningar på sådana preparat. Samtidigt är det enligt Narkotikakommissionens mening viktigt att denna typ av läkemedel inte blir en ersättning för andra åtgärder, som vård och behandling, för de intagna som missbrukar t.ex. bensodiazepiner sedan tidigare eller som ersätter annan narkotika med nämnda preparat. Framför allt måste den omständigheten uppmärksammas särskild att bensodiazepiner, på samma sätt som annan narkotika, utgör en omsättningstillgång och möjlighet till narkotikahandel inom anstalten med allt det för med sig.

Som det konstateras i RSS-utredningen är det den medicinskt ansvarige läkaren som gör bedömningen av förskrivning av olika mediciner; denne kan inte åläggas att handla utifrån en generell hållen policy om förskrivning. Strävandena att generellt minska förskrivningen av bensodiazepiner måste i stället, som konstateras i utredningen, ske genom kunskapsöverföring och information om preparaten och hur de används inom kriminalvården samt genom att man inom kriminalvården rekryterar och kontrakterar läkare som är medvetna om problemen.

Det är enligt Narkotikakommissionens mening viktigt att förskrivningsnivåerna noga följs eftersom bensodiazepinerna kan föra med sig särskilda problem i anstalterna. Sedan ett antal år tillbaka följer också Kriminalvårdsstyrelsen upp förskrivningen och analyserar konsekvenserna därav. Vidare sörjer styrelsen kontinuerligt för informationsspridning. Mot bakgrund av vad som konstaterats ovan angående missbruket av olika narkotiska läkemedel anser Narkotikakommissionen det vara angeläget att Kriminalvårdsstyrelsen även fortsättningsvis följer förskrivningarna och aktivt verkar för en ytterligare minskad förskrivning där det kan anses vara befogat.

6.3.7 Vissa övriga frågor

Under utredningsarbetets gång har det från olika håll framförts synpunkter även på andra frågor om kriminalvården än de som tagits upp ovan. Några av dessa frågor är under föremål för överväganden i annan ordning, varför Narkotikakommissionen inte går närmare in på dem här. Det gäller Kriminalvårdsstyrelsens önskemål om att få samla in, bearbeta och registrera uppgifter om de intagna som kan ha betydelse för bedömningen av om de intagna kan befaras fortsätta med bl.a. narkotikabrott. En annan fråga är om den som dömts för grovt narkotikabrott bör få inneha pass under verkställighetstiden.

7 Utveckling och forskning

Beslut i narkotikapolitiska frågor baseras på många olika överväganden. Det är uppenbart att sådana 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. Många andra faktorer spelar också roll för skilda narkotikapolitiska beslut. Detta är inte unikt för frågor som har anknytning till narkotikapolitiken utan gäller på de flesta samhällsområden. Det är ju också en av orsakerna till att vi har valt att ha ett starkt lekmannainslag och en politisk styrning av t.ex. socialtjänsten, sjukvården och också inom polisen. 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.

Även om vi aldrig kan förvänta oss att få fullständig kunskap är det ändå givet att en ökad kunskap om skilda aspekter på narkotika och på åtgärder mot narkotikamissbruk samt om 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 narkotika samt vilka effekter missbruket får, 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 kunna följa effekterna av de narkotikapolitiska insatserna.

Kunskap om *metoder* för såväl förebyggande insatser som för vård och behandling är viktigt 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.

Både när det gäller förebyggande insatser och vård och behandling är det oftast nödvändigt att flera olika samhällsorgan samverkar, både på samhällsnivå och när det gäller enskilda individer. Inte minst viktigt är samverkan och samarbete med rättsväsendet liksom med frivilliga organisationer och anhöriga. Kunskap om hur en konstruktiv och hållbar sådan *samverkan* kommer till stånd är nödvändig för att insatserna skall bli effektiva och uthålliga.

Avgörande är att de samhällsorgan som är berörda har sådan struktur och sådant arbetssätt att man kan ta till sig kunskapen och använda den på ett konstruktivt sätt. I detta ligger också att man kan dokumentera och förmedla sina erfarenheter på ett sådant sätt att de kan komma till nytta både i den egna verksamheten och i forsknings- och utvecklingsarbete mer generellt.

Det finns i dag stora brister inom flera av de ovan nämnda områdena. Narkotikakommissionen anser att det är nödvändigt att insatserna mot narkotikamissbruk i en ökad utsträckning grundar sig på kunskap och dokumenterad erfarenhet och lämnar i detta kapitel sina förslag till de mest angelägna åtgärderna inom detta område.

Kommissionen vill dock slå fast att man inte kan avstå från att vidta åtgärder därför att kunskapsläget är oklart. Kommissionen menar att vi redan i dag har tillräckligt mycket kunskap för att även på kort sikt avsevärt kunna förbättra de insatser som görs, vilket också är utgångspunkten för de överväganden och förslag som lämnas i detta betänkande.

Förslagen i detta kapitel syftar emellertid 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 här 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 inom det sociala fältet som är baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Narkotikakommissionen har koncentrerat sin behandling av kompetensfrågorna på förhållanden inom det förebyggande området och inom vård- och behandlingssystemet, eftersom vi menar att det är där de största bristerna finns.

Narkotikakommissionen behandlar också kortfattat forsknings- och utvecklingsinsatser av mer grundläggande natur. Sådana in-

satser kan ge konkreta resultat först på lite längre sikt, men är av utomordentlig betydelse för den långsiktiga utvecklingen. Kommissionen föreslår att vissa forskningsområden skall prioriteras och att aktiva insatser görs för att forskningsresultat skall kunna spridas och tillämpas.

Slutligen skall nämnas att man generellt inom de medicinska, samhällsvetenskapliga och juridiska forskningsfälten också studerar mer grundläggande och övergripande frågor som har samband med narkotikapolitiken och de narkotikapolitiska insatserna. Det kan gälla grundforskning av medicinsk eller psykologisk natur, om biologiska och sociala drivkrafter att pröva berusningsmedel, forskning om olika preparats verkan på människokroppen och psyket, samhällsvetenskapliga studier om effekterna av den förda narkotikapolitiken, olika kriminologiska studier etc. Sådan forskning behandlas inte vidare i detta betänkande, men kommissionen vill framhålla dess värde genom att den mer fria akademiska forskningen kan ge uppslag och ny kunskap.

De frågor som behandlas i detta kapitel har till en del behandlats också i kommissionens delbetänkande *Narkotikastatistik* (SOU 1999:90). Vidare har frågor om kunskapsutveckling och forskning behandlats i flera av Narkotikakommissionens diskussionspromemorior: PM nr 3 *Narkotikarelaterad död*, PM nr 5 *Kompetens inom narkomanvården*, PM nr 7 *Narkotikaprevention*, PM nr 9 *Offensiv narkomanvård 10 år efter* och PM nr 12 *En strategi för lokalt narkotikaförebyggande arbete*.

Detta kapitel koncentreras på kommissionens förslag som rör kompetens- och kunskapsutveckling. För utförligare bakgrundsbeskrivningar hänvisas till tidigare utgivet material.

7.1 Förbättrad dokumentation och uppföljning

Narkotikakommissionens bedömning: Dokumentation, uppföljning och utvärdering bör förbättras inom såväl det förebyggande arbetet som i vård- och behandlingsarbetet. Det gäller både insatser för enskilda individer och det mer övergripande arbetet.

Folkhälsoinstitutet bör ta initiativ till att utarbeta modeller och system för att dokumentera lokalt förebyggande arbete, både avseende reguljär verksamhet och projekt. Socialstyrelsen bör överväga att utforma allmänna råd med riktlinjer för dokumentation av socialtjänstens insatser för missbrukare.

Socialstyrelsen bör vidare ta initiativ till att samordna det utvecklingsarbete av standardiserade klientanalys- och utvärderingsinstrument som nu bedrivs på flera olika håll.

En förutsättning för att kunna följa och värdera de förebyggande åtgärderna och vård- och behandlingsinsatserna är att insatserna dokumenteras på ett tillräckligt bra sätt. För att man skall kunna sammanställa lokala erfarenheter till nationella sammanställningar och för att kunna genomföra utvärderingar måste dokumentationen fylla vissa krav.

I den mån utvärderingar genomförs i dag gäller dessa ofta nya projekt; mer sällan utvärderas den ordinarie verksamheten. Om fler aktiviteter utvärderades på ett vetenskapligt hållbart sätt skulle detta underlätta möjligheterna att sprida verk samma metoder. All verksamhet lämpar sig dock inte för vetenskaplig forskning men systematisk dokumentation möjliggör uppföljningar och enklare utvärderingar i direkt anslutning till verksamheten även i de fall där en strikt forskningsmetodik inte kan tillämpas. En god dokumentation är också viktig för rapporteringen till det politiska systemet och till allmänheten.

7.1.1 Dokumentation och utvärdering av de förebyggande insatserna

Målsättningen bör vara att all verksamhet med inriktning på förebyggande arbete systematiskt dokumenteras och i den mån det är möjligt också blir föremål för utvärderingar. Narkotikakommissionen vill här framhålla vikten av att även åtgärder inom områden som inte direkt rör prevention men vars konsekvenser påverkar

framför allt barn och ungdomars villkor blir föremål för utvärdering och forskning.

En viktig del vid utformandet av de lokala narkotikapolitiska strategierna bör vara att överväga på vilket sätt dokumentation och utvärdering kan ske. Folkhälsoinstitutet bör ta initiativ till att modeller utvecklas. Den primära målsättningen är att de lokala aktörerna skall få en klarare bild av sitt eget arbete, men ett mål bör också vara att möjliggöra rapportering och sammanställning av erfarenheterna till det regionala och nationella planet. När det gäller projektverksamhet som får statligt stöd bör Folkhälsoinstitutet medverka till att en samverkan sker mellan de bidragsgivande myndigheterna. Målsättningen bör vara att finna metoder för att kunna tillgodogöra sig erfarenheter från projektverksamhet på ett sådant sätt att de också kan komma andra projekt och verksamheter tillgodo.

När det gäller mer djupgående utvärderingar är det oftast nödvändigt att sådana planeras som en integrerad del av verksamheten. Även frågan om hur erfarenheterna skall kunna föras tillbaka till och kunna påverka den verksamhet som evalueras bör ses som en omistlig del av processen. Det är oftast nödvändigt att sådana evalueringar planeras och genomförs med hjälp av vetenskaplig expertis. Folkhälsoinstitutet bör här medverka dels till att kontakt kan upprättas mellan högskolor/universitet och lokala och regionala myndigheter, dels till diskussioner om vilka projekt som skall bli föremål för evalueringar och om det finns behov av samordning när det gäller metoder.

7.1.2 Dokumentation och utvärdering av vård och behandling

Erfarenheten visar att det är möjligt att uppnå positiva resultat med missbrukarbehandling. I praktiken finns dock ofta sådana brister i planering, genomförande och uppföljning av olika behandlingsinsatser att det är svårt att dokumentera vare sig framgång eller misslyckande.

Bland annat har Socialstyrelsens regionala tillsyn av socialtjänsten visat att dokumentationen av socialtjänstens insatser för missbrukare ofta är bristfällig. Socialstyrelsen bör därför, enligt Narkotikakommissionens mening, uppmärksamma denna fråga när det gäller den fortsatta tillsynen och överväga om det finns behov av allmänna råd till socialtjänsten.

Narkotikakommissionen har i sitt delbetänkande om narkotikastatistik lagt förslag till förbättrade statistiksystem för missbrukarvården.¹ Ett sådant utvecklingsarbete pågår för närvarande också i samverkan mellan bland andra Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet, Statens institutionsstyrelse och Kriminalvårdsstyrelsen. Narkotikakommissionen vill påpeka att nationella system för data- och statistikinsamling bör utformas så att uppgiftslämnarna (i detta fall huvudsakligen socialtjänsten) själva kan dra nytta av de uppgifter man sammanställer för det nationella behovet. Om möjligt bör den interna dokumentationen utformas så att såväl den nationella statistikinsamlingen som socialtjänstens egen uppföljning underlättas.

Olika instrument för behovsanalys och uppföljning av insatser för klienter har visat sig vara goda verktyg i klientarbetet. En erfarenhet är också att sådana verktyg aktivt kan bidra till att förbättra samverkan kring enskilda klienter om samma instrument används av samtliga instanser. Sådana instrument utvecklas för närvarande parallellt av bland annat Statens institutionsstyrelse (Doksystemet), Kriminalvården och Centrum för utvärdering av socialt arbete, CUS (instrument baserade på ASI, Addiction Severity Index). De olika systemen har likheter med varandra, men skiljer sig också något åt. Enligt Narkotikakommissionen är det väsentligt att det fortsatta utvecklingsarbetet i möjligaste mån samordnas, så att fördelarna med sådana verktyg kan tas tillvara på bästa sätt.

Det finns många problem och svårigheter när det gäller vetenskapliga utvärderingar av socialt arbete. I de följande avsnitten i detta kapitel behandlas metodutvecklingen och forskningsinsatser mer generellt. Djupgående utvärderingar av missbrukarbehandling och andra sociala insatser måste ses i perspektivet av vilken annan forskning som pågår på området. Socialstyrelsen bör ta initiativ till att i samverkan med kommuner, landsting och forskningsinstitutioner diskutera möjligheter till och inriktningen av sådana studier.

7.2 Metodutvecklande insatser

Både förebyggande insatser och vård- och behandlingsinsatser 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 för-

¹ *Narkotikastatistik* (SOU 1999:90).

hållande 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. Varje insats måste bedömas och utvecklas med hänsyn till komplexiteten i det sociala arbetets natur. De frågor som behandlas i detta avsnitt om metodutveckling är snarare en kartläggning av områden som bör prioriteras än önskemål om "kokbokslösningar" för specifika situationer.

7.2.1 Förebyggande arbete och tidiga insatser

Narkotikakommissionen förslag: Metodutveckling inom den närmaste femårsperioden bör fokuseras på följande områden.

Utvärdering av preventiva insatserns effekt med fokus på lokalt förebyggande arbete.

Metoder att identifiera och nå olika målgrupper.

Metoder inom sjukvården och socialtjänsten att identifiera och systematiskt hjälpa sporadiska narkotikamissbrukare.

Av grundläggande betydelse för en kommuns möjligheter att genomföra samlade och kraftfulla förebyggande insatser är en effektiv samverkan inom den kommunala organisationen och att det finns fungerande nätverk som innefattar den frivilliga sektorn, skolor och andra utbildningsinstanser samt näringslivet (se kapitel 3.3).

När det gäller metoder för att starta, driva och utvärdera drog-förebyggande program vill Narkotikakommissionen särskilt påpeka behovet att utveckla instrument för utvärdering så att dessa blir mer systematiska och analyserande. Man behöver också utveckla metoder för att analysera konsekvenser av nedskärningar och andra förändringar inom den offentliga sektorn och av barn och ungdomars miljöer så att man om möjligt kan förebygga att förändringarna får negativa effekter på utveckling av missbruk. Både för planering och utvärdering av samlade program är det viktigt att man kan genomföra lokala problem- och resursinventeringar och att metoder för sådana kartläggningar kan utvecklas. (se kapitel 3.3.2).

Vidare bör metoder att identifiera och nå olika målgrupper utvecklas. Framför allt bör metoder utvecklas att nå barn till miss-

brukare och de unga som av olika skäl löper ökad risk att utveckla ett missbruk. Det saknas vidare metoder att nå äldre ungdomar som befinner sig i studier eller arbete, metoder att praktiskt arbeta med pojkar samt för att involverar ungdomar och föräldrar i det förebyggande arbetet. Att utveckla metoder som främjar elevinflytande och föräldramedverkan i skolan är särskilt viktigt då detta bedöms ha en positiv inverkan på elevernas studieresultat. Att ha framgång i skolarbetet är en mycket viktig skyddsfaktor när det gäller att förebygga missbruk av olika slag.

Berusningdrickandet och användandet av läkemedel och narkotika ökar bland ungdomar. Många använder droger av olika slag mer eller mindre regelbundet utan att tappa den sociala förankringen. Det finns även personer med ett mer avancerat missbruk av alkohol och/eller droger som kan upprätthålla en social fasad.

Flera försöksverksamheter har visat att enkla metoder i sjukvården leder till en minskad alkoholkonsumtion. I den nya nationella handlingsplanen för att förebygga alkoholskador (prop 2000/01:20) föreslås att Socialstyrelsen skall få i uppdrag att i samråd med Folkhälsoinstitutet och Arbetslivsinstitutet initiera utbildning inom detta område för läkare, sjuksköterskor och annan personal inom företagshälso- och primärvården. Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet föreslås också få i uppdrag att ta fram en fortbildning för personal inom mödravårdsvården inriktad på att höja kunskapen om sambandet mellan alkoholkonsumtion och skador under graviditeten.

Narkotikakommissionen vill betona vikten av att även narkotikamissbruk uppmärksammas i dessa sammanhang. Det är kommissionens intryck att det generellt inom vården ställs få frågor om narkotika. En förklaring kan vara att narkotika är förknippat med starka tabun; att direkt fråga om en individ missbrukar narkotika kan lätt uppfattas som kränkande. Erfarenhet från bl.a. studenthälsovården och vissa mödravårdscentraler visar emellertid att även narkotikamissbruk kan uppmärksammas och positiva relationer med klienterna upprättas genom viss intervjuetodik. Det är därför viktigt att denna kunskap sprids. Alla som arbetar inom primärvård, men även inom företagshälsovård, studenthälsa, socialtjänst och psykiatrisk öppenvård, behöver kunskap om hur droger påverkar individen och hur olika drogberoenden yttrar sig.

Särskilt bör kunskap i tidig upptäckt och hur man genomför motivationshöjande samtal utvecklas inom mödravården. Narkotikakommissionen anser att det bör utvecklas rutiner för hur man

ställer frågor till blivande mödrar om deras alkohol- och narkotikavanor samt att det vid varje mödravårdscentral bör finnas någon personal med särskild kompetens om missbruk och graviditet.

Vid en del vårdcentraler finns särskilda resursteam eller resurspersoner med kompetens i olika slags beroendeproblematik knutna till vårdcentralen. Detta har gett goda resultat och är en metod som kommissionen anser kan ges ökad spridning.

7.2.2 Vård och behandling inom socialtjänsten

Narkotikakommissionens förslag: Socialtjänstens missbrukarvård bör 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. Det är väsentligt att alla medborgare som så behöver kan erbjudas stöd.

Det har tidigare framhållits att det finns ett stort utbud av behandlingsmetoder för missbrukare, men att ingen enskild metod kan passa alla. Behandlingsforskningen och den praktiska erfarenheten talar för att man i allmänhet behöver kombinera flera olika insatser, ofta under lång tid, för att behandlingen skall ha förutsättningar att leda till att missbrukaren skall upphöra med sitt missbruk och förbättra sin livssituation. Allt fler av missbrukarna har psykiska problem och många har också en dålig hälsa.

Det är viktigt att insatserna noga planeras utifrån en bedömning av individens behov och förmåga och att denna planering i största möjliga utsträckning görs i samverkan med den enskilde och dennes anhöriga. I sammanhanget bör också behovet av medicinsk och psykologisk eller psykiatrisk hjälp bedömas. System och modeller för sådan bedömning bör utvecklas. Redan när vårdinsatserna planeras kan det vara nödvändigt med en samverkan med sjukvården, t.ex. speciella beroendekliniker.

I behandlings- och rehabiliteringsarbetet måste man utveckla modeller för att samtidigt kunna göra flera olika typer av insatser och noga följa upp dem. Även om missbrukarvården har sin bas inom socialtjänsten är det i många fall nödvändigt med ett inledande medicinskt stöd och i vissa fall ett fortlöpande medicinskt och psykiatriskt stöd vid sidan om de sociala stödinsatserna.

Många enheter för missbrukarvård har med goda resultat utvecklat samarbetet och samverkan med anhöriga och närsamhället.

Narkotikakommissionen anser att detta arbete bör intensifieras, inte bara för att de kan ha goda effekter på behandlingsresultatet för missbrukaren utan också för att förbättra stödet till de anhöriga.

Missbruk bland etniska minoriteter och med rötter i andra kulturer kan i vissa fall kräva andra metoder med en högre grad av involvering av ett utvidgat familjenätverk. Det är angeläget att missbrukarvården utformas på ett sådant sätt att den är tillgänglig för alla som behöver den, oavsett kulturell bakgrund. För att konsekvent tillämpa en bedömning av den hjälpbehövandes behov och möjligheter och anpassa insatserna därefter krävs att socialtjänsten har kännedom om kulturella drag som kan påverka behandlingsinsatserna.

7.2.3 LVM- och LVU-vård

Narkotikakommissionens bedömning: Inom LVM- och LVU-vården är det nödvändigt att man utvecklar kompetensen för att bistå vårdbehövande med komplicerade problembilder. Samverkan mellan tvångsvården och socialtjänsten måste stärkas.

Narkotikakommissionen har inte funnit anledning att överväga förändringar av LVM- och LVU-vården. Tvångsvården kan ses som en del av socialtjänsten, vilken i detta fall är uppdragsgivare till Statens institutionsstyrelse och dess institutioner. Vi förutsätter att utvecklingen av professionella nätverk också omfattar de institutioner som ingår i tvångsvården. Socialtjänsten måste bibehålla en aktiv kontakt med klienterna under den tid de är placerade i tvångsvården och tillsammans med institutionen planera för uppföljande insatser.

I och med att tvångsvården nu får missbrukare med allt tyngre problematik är det särskilt angeläget att man inom dessa institutioner utvecklar möjligheter att ge klienterna både medicinska och psykiatriska behandlingsinsatser. Narkotikakommissionen menar vidare att det är angeläget att det utvecklingsarbete som pågår inom Statens institutionsstyrelse fortsätter. Institutionsstyrelsen bör därför även i framtiden ges möjlighet till eget utvecklingsarbete, både vad gäller vårdinnehåll, dokumentation och forskning.

7.2.4 Vårdinsatser inom kriminalvården

Narkotikakommissionens bedömning: Kriminalvårdens samverkan med socialtjänsten behöver stärkas. Dessutom behöver kriminalvården ha möjligheter att utveckla egna resurser och metoder inom ramen för kriminalvårdens uppgifter.

I kapitel 6 har kriminalvårdens behandlingsinsatser beskrivits utförligt. Liksom när det gäller LVM- och LVU-vården anser Narkotikakommissionen att kriminalvårdens behov av och resurser till missbrukarvård skall beaktas i upprättandet av de lokala och regionala narkotikapolitiska strategierna. Socialtjänsten och sjukvården skall bistå kriminalvården i största möjliga utsträckning. Narkotikakommissionen har också framfört förslaget att socialtjänsten och frivården tillsammans skall upprätta "modellplaner" för kontraktsvårdsplaceringar, så att sådana placeringar inte behöver förhindras av oenighet om utformningen eller tvister om upphandling av vårdtjänster.

Narkotikakommissionen anser vidare att kriminalvården även i fortsättningen bör ha egna resurser för utvecklings- och visst forskningsarbete när det gäller den missbrukarvård som bedrivs inom kriminalvårdens ram.

7.2.5 Hälso- och sjukvårdens missbrukarvård

Narkotikakommissionens bedömning: Den medicinskt inriktade missbrukarvården har en viktig uppgift att fylla, men skall alltid sättas in i ett socialt eller socialpsykologiskt sammanhang. Särskilt inom det psykiatriska området krävs kraftfulla insatser för att missbrukarna skall kunna få ett lämpligt stöd.

Hälso- och sjukvårdens missbrukarvård innefattar akutvård, avgiftning och psykiatrisk vård. Behandling med stöd av metadon bedrivs enligt särskilda föreskrifter. Sjukvårdens insatser har, åtminstone i storstäderna, nästan samma omfattning som socialtjänstens. De medicinska insatserna utgör en omistlig del av missbrukarvården. Nya farmakologiska framsteg och nya rön om sambandet mellan missbruksbeteende och biologiska och neurologiska faktorer kan bidra till att den medicinskt orienterade vården får en än starkare ställning under de kommande åren.

Narkotikakommissionen vill påpeka att det är angeläget att missbrukarvården alltid ses ur ett socialt och socialpsykologiskt perspektiv, även om de medicinska insatserna tidvis kan vara dominerande. Farmakologisk behandling skall alltid stötts med socialpsykologiska insatser och en skriftlig vårdplanering skall göras med socialtjänsten i god tid. Kommissionen vill därför understryka vikten av att fungerande professionella nätverk bildas, där samverkan och konstruktivt samarbete är vägledande. För att detta skall bli möjligt kan det vara nödvändigt med gemensamma utbildningsinsatser och andra metoder för att gemensamt diskutera och komma fram till målsättningar man kan vara överens om.

Som tidigare framhållits behövs kraftfulla insatser och samarbete för att tunga missbrukare med svåra psykiatriska problem inte skall falla mellan stolarna. Det är nödvändigt att varje kommun upprättar fungerande avtal med sitt respektive landsting om vårdansvars- och kostnadsfrågor.

Olika former av psykoterapeutisk behandling i kombination med andra åtgärder används i ökad utsträckning inom missbrukarvården och det försigår också en metodutveckling inom området. Det råder ibland oklarheter om kostnadsansvaret för sådana insatser skall tas av sjukvården eller av socialtjänsten. Även sådana frågor bör behandlas i upprättandet av de lokala strategierna.

7.3 Kompetensutveckling

Narkotikakommissionens bedömning: Såväl det förebyggande arbetet som vård- och behandlingsinsatserna måste i ökad grad baseras på kunskap och kompetens i det professionella systemen. Frivilliga insatser utgör ett omistligt komplement. En hög kompetensnivå inom samhällets organ bör underlätta samverkan med de frivilliga organisationerna.

Enligt Narkotikakommissionens mening är det nödvändigt att det förebyggande arbetet liksom insatserna för stöd, vård och rehabilitering av narkotikamissbrukare i högre grad än för närvarande grundas på kunskap och beprövad erfarenhet. En hög kompetensnivå i de sektorer som är engagerade i förebyggande insatser och i det professionella vård- och behandlingssystemet är av avgörande

betydelse när det gäller att genomföra narkotikapolitiken i praktisk handling.

Narkotikakommissionen vill framhålla att sådana insatser som genomförs av frivilliga organisationer, i alternativa vårdformer och genom informellt stöd, utgör viktiga och omistliga delar av insatserna mot narkotikamissbruket.

Önskemålet om en mer kunskapsbaserad missbrukarvård står inte i motsatsställning till en fortsatt utveckling även inom den frivilliga sektorn. Frivilliga insatser är av en annan karaktär än den professionella vården och kan ge sådant stöd som inte är möjligt att åstadkomma inom vårdsystemet. En betydande del av utvecklingen av narkomanvården har också åstadkommit inom den frivilliga sektorn. En hög kunskapsnivå inom den professionella vården ger samtidigt bättre förutsättningar för att på bästa sätt utveckla samarbete och samverkan med frivilliga krafter. Samma förhållanden gäller inom det preventiva arbetet, där de frivilliga insatserna är nödvändiga för att narkotikapolitiken skall bibehålla en folklig förankring och delaktighet.

En förutsättning för förbättrad utbildning och en höjd kompetensnivå bland dem som arbetar med narkotikafrågor är att relevant kunskap finns tillgänglig, att det finns metoder att sprida och möjlighet att tillämpa kunskapen. En ökad kompetens kan åstadkommas genom flera samverkande insatser.

Dels kan den generella kunskapsbasen förbättras genom att särskilt angelägna forskningsområden prioriteras och genom att forskningsresultat regelmässigt sammanställs och analyseras.

Dels kan kompetensen bland dem som arbetar med förebyggande frågor och i vård- och behandlingssystemet förstärkas genom olika insatser såsom förbättrad grundutbildning, handledning, fortbildning, evaluering och uppföljning. Av särskild vikt är att kunskaper från forskning och metodutveckling kan föras ut på fältet.

Narkotikakommissionen konstaterar att värdefulla insatser görs av skilda aktörer, men att det i dag inte är någon myndighet eller annan instans som tar ett samlat ansvar för att stimulera utvecklingen. Narkotikakommissionen menar att Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen mer aktivt skall ta ett sådant ansvar inom sina respektive ansvarsområden och att regeringen skall ta ett övergripande ansvar för att stimulera och samordna insatserna enligt det förslag som presenterades i kapitel 3.

7.3.1 Kompetensutveckling inom förebyggande arbete

Narkotikakommissionen förslag: Folkhälsoinstitutet bör ges i uppdrag att utreda förutsättningarna för och utarbeta 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.

De narkotikapreventiva insatserna skall utföras utifrån en helhets-syn och med breda kontaktytor gentemot många olika samhälls-sektorer. Insatserna bör integreras med andra samhällsinsatser.

Detta innebär att de förebyggande insatserna ofta ingår som delar i det mer allmänna samhällsarbetet. För att kunna hävda det preventiva perspektivet i dessa sammanhang behöver man utveckla en teoretisk bas, en gemensam begreppsapparat och ett system för spridning av erfarenheter och metoder.

För att arbetet skall effektiviseras, lokalsamhällets resursernas tas tillvara och fler aktörer involveras i det förebyggande arbetet krävs en generell kompetenshöjning. Syftet är att öka såväl den individuella kunskapsnivån i praktiskt arbete som kunskapen om olika preventiva metoder och om planering, genomförande och utvärdering av insatser. I nuläget krävs därför en förbättring av och ökad tillgång till utbildningsmöjligheter på flera olika nivåer. På sikt är det önskvärt att det förebyggande arbetet blir en egen profession.

Förebyggande arbete bedrivs i de flesta av landets kommuner och inom hälso- och sjukvården. Allt större vikt läggs vid sådana insatser. Representanter för kommuner och frivilligorganisationer har understrukit att behovet av fortbildning är stort. Preventivt arbete är ett eget kunskapsområde men i dag saknas en normerande utbildning i preventivt arbete.

Narkotikakommissionen anser att en kvalificerad grundläggande utbildning i drogförebyggande arbete bör inrättas. Utbildningen skall i första hand erbjudas yrkesverksam personal som ett komplement till grundutbildningen. Förslaget till utbildning bör utformas av Folkhälsoinstitutet i nära samarbete med de aktörer som besitter praktisk och teoretisk kompetens i preventivt arbete. Institutet bör även i samverkan med utbildningsanordnarna se över hur inslag om prevention och missbruksrelaterade frågor kan för-

stärkas i grundutbildningen för lärare och andra yrkeskategorier som arbetar med barn och ungdomar.

7.3.2 Kompetensutveckling inom vård och behandlingssektorn

Narkotikakommissionens bedömning: Flera olika åtgärder bör vidtas för att kompetensen inom missbrukarvården skall kunna höjas. Kommissionen föreslår att en specialistutbildning i missbrukarvård inrättas och att frågor om missbrukarvården ges en ökad tyngd i skilda grundutbildningar.

Det är klart dokumenterat att en stor del av socialtjänstens insatser för missbrukare inte baserar sig på vetenskap och beprövad erfarenhet utan snarare på en mängd avgöranden där bland annat ekonomiska faktorer, tillfälliga ideologiska strömningar och det aktuella vårdutbudet spelar in. Dessa frågor har behandlats bl.a. av kommittén Valfärdsbokslut och belyses utförligt i en uppsats utgiven av kommittén.² Socialstyrelsen har fått ett regeringsuppdrag att utveckla ett program för nationellt stöd till kunskapsutveckling inom socialtjänsten. Som ett komplement till detta program har Socialstyrelsen också påbörjat ett arbete med att utveckla nationella riktlinjer och kvalitetsindikatorer för missbrukarvården. Detta arbete beräknas vara klart att spridas till samtliga vårdgivare i slutet av år 2002.

Narkotikakommissionen anser att detta arbete är mycket angeläget och vill för sin del understryka att flera olika åtgärder behövs för att öka kompetensen inom missbrukarvården. Kommissionens genomgång av dessa frågor har presenterats utförligt i PM nr 5 om kompetens inom missbrukarvården. Redovisningen i det följande koncentreras på kommissionens konkreta förslag.

Den individuella kompetensen bland behandlare kan ökas genom förbättrad grundutbildning och fortbildning. Kompetensen i en behandlingsenhet kan förbättras genom handledning, gemensam fortbildning och förändringar av organisation och ledning. En förutsättning för att en reell kompetensutveckling skall kunna ske och att nya erfarenheter tas tillvara på ett kritiskt

² Oscarsson L. *Den socialtjänstbaserade missbrukarvården under 1900-talet – förutsättningar, utveckling och behov*. I: SOU 2000:38. *Välfärd och omsorg*. Antalogi/Kommittén Valfärdsbokslut.

sätt är att det också pågår utvecklingsarbete och forskning, vars erfarenheter och resultat kan spridas till dem som är verksamma på fältet.

Kommissionen vill också påpeka att erfaren och utbildad personal är värdefulla tillgångar. Genom en medveten personal- och rekryteringspolitik bör man sträva efter att behålla personal med goda kunskaper och rekrytera personal med god grundutbildning. Utveckling av arbetsmetoderna är en av de viktigaste personalpolitiska insatserna eftersom människor som upplever att de utför ett gott arbete känner arbetstillfredsställelse och gärna stannar kvar på sin arbetsplats.

Önskvärt vore att flertalet av de anställda inom narkomanvården med klientkontakt har en god grundkompetens i ett människovårdande yrke. Psykologer, läkare och legitimerade psykoterapeuter bör antingen ingå i behandlingsenheten eller knytas till enheten som fasta konsulter.

De genomgångar som gjorts av innehållet i grundutbildningarna visar att inslaget av missbruksrelaterade ämnen är mycket begränsat i utbildningarna till socionom, socialpedagog eller sjuksköterska. Endast en del av de missbruksrelaterade momenten inom dessa utbildningar har i sin tur inslag med ett behandlarperspektiv. Det är Narkotikakommissionens uppfattning att det är nödvändigt med fler obligatoriska inslag av missbruksrelaterade frågor i grundutbildningen så att den åtminstone ger baskunskaper i missbruksfrågor. Det är dock samtidigt angeläget att de olika utbildningarna bibehåller sin karaktär av yrkesutbildningar som skall ge bred kompetens inom ett människovårdande yrke varför kommissionen inte anser att det är möjligt att lösa narkomanvårdens kompetensproblem enbart med en utvidgad grundutbildning. Narkotikakommissionen förutsätter att Socialstyrelsen ser över denna fråga inom ramen för sin kartläggning av missbruksrelaterade ämnen inom olika grundutbildningar.

Ett nödvändigt komplement till obligatoriska inslag är att erbjuda speciella kurser eller andra möjligheter till fördjupning i frågor som rör vård av missbrukare. Även om inslaget av missbruksrelaterade frågor ökas, kan grundutbildningen inte ensam ge kompetens för att möta olika situationer i missbrukarvården, varför vidareutbildning och fortbildning är nödvändiga inslag för dem som skall arbeta med vård och behandling av missbrukare.

Narkotikakommissionen konstaterar vidare att det finns en bred flora av utbildningar inom missbrukarvården. Vid en samlad be-

dömning kan man dock konstatera att dessa utbildningar har en relativt kortvarig längd och att utbildningen inte karakteriseras av djup och kontinuitet. Samtidigt utgör dessa utbildningar, inte minst uppdragsutbildningarna, viktiga inslag när det gäller att höja den allmänna kompetensen i vården. Det saknas dock i dag en mer fördjupad specialistutbildning som på sikt kan driva fram en missbrukarvård som baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Narkotikakommissionen föreslår att en särskild specialistutbildning för behandlare inom missbrukarvården inrättas. Huvudsyftet skall vara att utbilda behandlare med kvalificerade uppgifter och/eller som handledare eller arbetsledare inom behandlingsarbete av missbrukare. Utbildningen skall ha sin bas i ett praktiskt behandlingsarbete, men skall också ha en nära koppling till forskningen på området och kunna vara forskningsförberedande.

Högskoleverket har i en rapport föreslagit att man skall inrätta en ny inriktning inom magisterexamen.³ Enligt förslaget skulle en magisterexamen uppnås efter fullgjorda kursfordringar om sammanlagt minst 40 poäng med viss inriktning enligt respektive högskolas närmare bestämmande. Därtill ställs krav på avlagd kandidatexamen om minst 120 poäng eller motsvarande svensk eller utländsk examen.

Detta skulle bl.a. innebära att de huvudsakliga yrkesgrupperna inom missbrukarvården så som socionomer, socialpedagoger och sjuksköterskor etc. skulle vara behöriga att delta i en sådan utbildning. Utbildningen kan också vara ett komplement för psykologer, läkare och legitimerade psykoterapeuter som önskar fördjupa en specialinriktning mot missbrukarvård.

Det är enligt Narkotikakommissionens uppfattning önskvärt att man också ställer upp ytterligare behörighetskrav så som en viss tids praktisk yrkesverksamhet för att antas till utbildningen.

Eventuellt kan en viss specialisering ske under senare delen av studierna beroende på praktikperiodens inriktning och den studerandes val. Specialiseringen skall kunna avse funktioner såsom t.ex. arbetsledning, handledning eller forskningsförberedande och inriktning mot t.ex. diagnostik/vårdplanering (för personer som avser att arbeta inom en socialbyrå eller i primärvården), öppenvård, institutionsvård, dubbeldiagnoser etc.

Enligt kommissionens mening bör en specialistutbildning genomföras i samband med egen praktik. Utbildningen bör därför läggas upp på ett sådant sätt att eleverna kan vara praktiskt yrkes-

³ *Ny inriktning inom magisterexamen.* Högskoleverkets rapportserie 1999:16 R.

verksamma under studietiden. Det är en förutsättning för att de teoretiska kunskaperna på ett naturligt sätt skall kunna samordnas med en egen praktisk verksamhet till ett integrerat professionellt förhållningssätt. Det bör också vara möjligt att genomföra utbildningen på "delfart" eller distans för att möjliggöra för praktiskt verksamma att delta. En sådan utbildning kan också ha den fördelen att utbildningen kan integreras i den studerandes egna vårdarbete. Det är naturligtvis också önskvärt om denna kombination dessutom kompletteras med handledning i behandlingsarbetet.

Eftersom detta är en helt ny utbildning i det svenska utbildningssystemet kan man utgå från att kompetenta lärare i dag i stor utsträckning finns utanför universitetsvärlden varför det vore önskvärt att man som stöd till intresserade högskolor kunde utveckla ett mer detaljerat underlag och eventuellt också hjälpa till med utarbetandet av kursplaner för en sådan utbildning. De två centrala myndigheter som har ansvar på detta område är Högskoleverket när det gäller utbildningsfrågor och Socialstyrelsen när det gäller vårdfrågor. Narkotikakommissionen föreslår därför att Socialstyrelsen skall ges i uppgift att utarbeta närmare målbeskrivningar för en sådan högre utbildning i missbruksbehandlingsarbete.

7.4 Ett rådgivande råd för missbrukarvård m.m.

Narkotikakommissionens förslag: Ett rådgivande råd för missbrukarvård bör inrättas och drivas av Socialstyrelsen. Narkotikakommissionen stödjer socialtjänstberedningens förslag att återinföra rätten att överklaga beslut om bistånd enligt 14 § Socialtjänstlagen (1980:620).

År 1998 begränsades möjligheterna att överklaga socialtjänstens beslut om bistånd. Begränsningen innebar bland annat att det inte längre blev möjligt att överklaga beslut som rörde vilken typ av bistånd, t.ex. vård som en missbrukare skulle få. Syftet var att ge kommunerna en ökad frihet när det gäller val av insatser. Socialtjänstberedningen har i sitt slutbetänkande⁴ föreslagit att denna begränsning skall tas bort och att det således åter skall bli möjligt att överklaga beslut om bistånd i form av vård. Narkotikakommis-

⁴ SOU 1999:97. *Socialtjänst i utveckling*. Slutbetänkande av Socialtjänstutredningen.

sionen ansluter sig till Socialtjänstberedningens ställningstagande. Vi menar att det är angeläget att även missbrukare kan få provat om de skall ha rätt till bistånd i form av missbrukarvård.

Vid ett eventuellt överklagande görs en bedömning av länsrätten. Länsrätten skall vid bedömningen göra en sammanvägning av de olika aktuella omständigheterna som föreligger, däribland klientens behov av bistånd och kommunens möjligheter att tillgodose detta. I bedömningen skall också ingå om ärendet har handlagts korrekt av socialtjänsten. Ett problem i sammanhanget är att socialtjänsten och missbrukarvården ännu inte utvecklat någon motsvarighet till medicinens "vetenskap och beprövad erfarenhet", varför det inte finns några objektiva kriterier att bedöma om ett vårdalternativ är att föredra framför någon annan form av bistånd.

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 i relation till 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 kan utvecklas på basis av konkreta fall samt bli vägledande för länsrätterna vid överklagningsärenden.

7.5 Forskning

Huvuddelen av de egentliga forskningsinsatserna som rör förebyggande insatser, vård och behandling eller mer övergripande narkotikapolitiska frågor sker vid universiteten. Vissa forsknings- och utvecklingsinsatser bedrivs av bland andra Statens institutionsstyrelse, Institutet för kunskapsutveckling inom missbrukarvården (IKM), Centrum för utvärdering inom socialtjänsten (CUS) vid Socialstyrelsen och av kriminalvården samt av Brottsförebyggande rådet, BRÅ. Inom vissa landsting finns forsknings- och utvecklingsenheter, ibland bedrivna i samverkan med en eller flera kommuner. En del av dessa FoU-enheter är knutna till samhällsmedicinska enheter. Några kommuner, däribland Stockholm, har egna FoU-enheter med omfattande verksamhet.

Narkotikakommissionen lämnar i det följande några förslag till frågor som kommissionen anser bör prioriteras.

7.5.1 Forskning om förebyggande frågor

Narkotikakommissionens förslag: Forskningen inom den närmaste femårsperioden bör fokuseras på följande områden.

Missbruksutvecklingen bland flickor och unga vuxna samt det sporadiska missbrukets omfattning och utveckling i olika målgrupper.

Läkemedelsmissbrukets utveckling bland ungdomar samt det ökande blandmissbruket av alkohol och andra droger.

Risk- och skyddsfaktorer bakom missbruk och beroendutveckling, sambanden mellan missbruk och socioekonomisk bakgrund, etnicitet, ålder och kön samt sambanden mellan missbruk och psykisk ohälsa.

Attityder och värderingar i ungas förhållande till alkohol, droger och berusning.

Metoder för hur ungas erfarenheter och uppfattningar kan konkretiseras i det förebyggande arbetet.

Förekomsten av droger och missbruk i arbetslivet.

Samband mellan drogvanor och utslagning.

Droganvändandet bland ungdomar ökar i takt med stigande ålder för att nå en topp vid 20 till 25 års ålder. Det saknas emellertid kunskap om äldre ungdomars drogvanor och de unga vuxna utgör

inte en prioriterad målgrupp i det förebyggande arbetet. Narkotikakommissionen har i ett annat sammanhang föreslagit att årliga narkotikavaneundersökningar skall genomföras i åldersgruppen 15 till 24 år.⁵

Sådana återkommande kvantitativa undersökningar ger epidemiologiska basdata och en god uppfattning om generella tendenser beträffande missbruksutvecklingen. Detta är viktigt också i ett förebyggande perspektiv. I synnerhet är det nödvändigt för att öka kunskapen om unga kvinnors drogvanor. I dag finns på nationell nivå bara data om flickor i årskurs 9 medan det för pojkar också finns mönstringsundersökningar att tillgå. Samtidigt kommer det många signaler om att drogmissbruket bland unga kvinnor ökar.

För att nå en fördjupad kunskap om missbruksutvecklingen bland äldre ungdomar och kunna rikta insatser mot denna grupp räcker det emellertid inte med kvantitativa undersökningar. Dessa måste kompletteras med fler kvalitativa studier som kan besvara frågor om vilka ungdomar det är som använder droger, med vilka motiv, i vilken omfattning och i vilka sammanhang det sker. Sådana studier kan också bidra till en djupare kunskap om hur ungdomars drogvanor, attityder och beteenden utvecklas, sprids och påverkas av olika faktorer.

Även om data fortfarande saknas om unga kvinnors och om äldre ungdomars drogvanor så finns det i dag gott om kvantitativa studier av ungdomars drogvanor. Det finns också en relativt omfattande forskning om det som betecknas som tungt missbruk (injicering och dagligt användande). Vad som däremot i hög grad saknas är forskning som direkt fokuserar det sporadiska missbruket. Exempelvis saknas kunskap om det sporadiska missbrukets konsekvenser. Hur ser t.ex. sambandet mellan ett måttligt missbruk av droger och skolprestationer ut och vilket samband finns mellan sporadiska drogvanor och tungt missbruk?

Narkotikakommissionen har i flera sammanhang konstaterat att alkoholskadeförebyggande insatser inte kan separeras från annat drogförebyggande arbete. Därför är det viktigt att kunskapen ökar om hur sambandet mellan bruk av alkohol och andra droger ser ut. Den nuvarande trenden att kombinera alkohol med andra droger måste ges stor uppmärksamhet. I detta sammanhang bör orsaker till det ökande berusningsdrickandet och i vad mån alkohol och narkotika används i självmedicinerande syfte belysas.

⁵ SOU 1999:90. *Narkotikastatistik*. Delbetänkande av Narkotikakommissionen.

Vidare bör kunskapen om sambanden mellan riskfaktorer och missbruk utvecklas liksom kunskapen om vilka ungdomar det är som löper störst risk att utveckla ett missbruk. Denna kunskap behövs bl.a. för att kunna utveckla bättre metoder att på ett tidigt stadium nå dessa barn och unga. Andra frågor som behöver besvaras är hur sambanden ser ut mellan socioekonomisk bakgrund, etnicitet, utanförskap och drogrelaterade problem och om det finns något samband mellan en rapporterad ökad psykisk ohälsa bland ungdomar och det ökande drogmissbruket.

7.5.1.1 Missbruksutvecklingen hos unga kvinnor

I all forskning om narkotikamissbrukets orsaker och konsekvenser bör ett tydligt genderperspektiv uppmanas. Kunskapen om skillnader beträffande pojkars och flickors drogvänor och missbruksutveckling måste öka och ge avtryck i det förebyggande arbetet.

Det är t.ex. viktigt att öka kunskapen om hur flickors och pojkars vägar in i missbruk ser ut och eventuellt skiljer sig åt. Undersökningar visar att sambandet mellan asocialt beteende och missbruk är större för flickor än för pojkar.⁶ Flickor som börjar med droger har ofta en annan bakgrund än pojkar och konsekvenserna av missbruket blir också annorlunda. Det kan också finnas skillnader mellan hur pojkar och flickor uppfattar information.

Unga flickors problem är mer dolda än pojkarnas. Det finns en stor komplexitet bakom flickors karriär in i missbruk som dagens system av hjälpinsatser ofta inte förmår att hantera. Forskning tyder på att flickors avvikande beteende accepteras i lägre grad än pojkars och att deras gränsöverskridande också får andra konsekvenser. De förklaringsmodeller som appliceras på flickors avvikelse är inre och individrelaterade, medan man beträffande pojkar ser mycket mer till omständigheter som ligger utanför individen. En tänkbar konsekvens av detta är att flickor i högre grad försöker hemlighålla ett missbruk.

Organisationen Kvinnoforum betonar att man måste se till den unga flickans hela situation för att framgångsrikt motverka missbruk. Det handlar om att söka kunskaper om hur den unga flickan tänker, vilka attityder och värderingar hon har, hur hon lever, i

⁶ Pedersen W. *Fra pils til ecstasy. Debut och stadier i rusmiddelbruk*. Hemil-senteret. Universitetet i Bergen, 1998.

vilka situationer missbruk blir aktuellt etc. för att kunna identifiera möjliga s.k. vändpunktssituationer.

Kvinnoforums grundläggande synsätt när det gäller att arbeta med flickor som befinner sig i riskzon för missbruk är att där pojkar styrs av "att det är kul" styrs flickor i högre grad av sådana saker som dålig självkänsla, stress och upplevda prestationskrav samt känslan att inte rätta till eller inte duga.

Detta stämmer väl överens med den intervjuundersökning som Narkotikakommissionen har genomfört bland ett hundratal ungdomar som också visar att flickor i flera avseenden uppfattar tillvaron annorlunda än pojkar. Flickor beskriver t.ex. betydligt oftare än pojkar sin vardag med ord som stress, prestationskrav, oro och problem.

Kommissionen uppfattar det som en varningssignal att utskrivningen av sömnmedel kraftigt har ökat under 1990-talet framför allt till unga flickor. Det kan vara ett uttryck för att unga kvinnor i dagens värld utsätts för svårigheter och krav som är svåra att leva upp till och därför också kanske ofta misslyckas med att bygga upp en rimlig självbild.⁷ Det framstår därför som viktigt att fördjupa kunskapen om flickors vardagsvillkor – i skolan, på fritiden och i arbetslivet.

7.5.1.2 Narkotikamissbruk i arbetslivet

Ett annat område som är viktigt att uppmärksamma är förekomsten av droger i arbetslivet. Arbetslivet utgör en mycket viktig arena för det drogförebyggande arbetet. Det främsta skälet till detta är att många viktiga målgrupper för det drogförebyggande arbetet återfinns i arbetslivet. Här finns såväl ungdomar och föräldrar som olika riskgrupper och individer med riskbeteende. Det är också så att merparten av dem som missbrukar droger har någon form av anställning.

För att nå ut med förebyggande insatser måste kunskapen om hur drogmissbruket i arbetslivet ser ut förbättras. Det finns flera indikationer på att drogmissbruket i arbetslivet har förändrats. Enligt rapporter från organisationen Alna, som arbetar för att minska alkohol och andra drogproblem i arbetslivet, är det vanligaste rapporterade blandmissbruket bland yngre arbetstagare en

⁷ Intervju med Lars Hellgren verksamhetschef vid Barn och Ungdomspsykiatri i Stockholm. Svenska Dagbladet 5/10 1999.

kombination av alkohol, hasch och amfetamin. Detta skulle enligt Alna kunna tolkas som att gårdagens ungdomar har blivit dagens arbetstagare och tagit sina drogvanor med sig in i arbetslivet. Därför behöver de drogpreventiva insatserna i arbetslivet förbättras och särskilt gäller det de ungdomstäta arbetsplatserna.

Det finns enligt uppgift från Alna ett starkt tabu mot att tala om narkotika i arbetslivet. Det är enligt Narkotikakommissionens mening emellertid viktigt att även där uppmärksamma riskerna för ett ökat missbruk av framför allt amfetamin och andra centralstimulerande medel.

Arbetslivet har förändrats och fått en allt tydligare inriktning mot prestation och resultat. Särskilt inom vissa konkurrensutsatta branscher är kraven på de anställda mycket höga. Om arbetsbelastningen är alltför hög och det inte ges någon möjlighet till avkoppling och återhämtning – i kombination med att tillgången på droger i samhället är stor – kan det finnas risk för att missbruket av framför allt centralstimulerande medel i arbetslivet ökar. I synnerhet torde detta gälla på arbetsplatser där det finns många unga människor som kanske saknar inre stabilitet och som har erfarenheter av droger från andra sammanhang. I USA har ett ökande narkotikamissbruk bland anställda inom bl.a. IT-sektorn uppmärksamats och det finns enligt kommissionens bedömning anledning att noga följa denna utveckling också i Sverige.

7.5.1.3 Samband mellan förändringar i samhällsservice och missbruksutveckling

Nedskärningar och besparingar inom den offentliga sektorn på både nationell och lokal nivå har i hög grad drabbat unga. Det gäller t.ex. minskade resurser till barnomsorg, skola och fritidsmiljöer. Det är viktigt att undersöka om dessa nedskärningar har fått konsekvenser i form av ett ökat missbruk bland ungdomar. Sådana undersökningar bör genomföras på såväl nationell som lokal nivå.

Med den stora tillgången på billiga droger som finns i Sverige i dag kan varje försämring inom skolans område, fritidssektorn och av arbetstillfällen för ungdomar komma att avspeglas i missbruksfrekvensen. Kunskapen och medvetenheten om sambanden mellan samhällsutvecklingen i stort och systemförändringar inom den

offentliga sektorn å den ena sidan och missbruksutvecklingen å den andra är dock mycket bristfällig.

Det är därför viktigt att ur ett förebyggande perspektiv analysera vilka konsekvenserna blir av nedskärningar på verksamheter i offentlig regi som är riktade till barn och ungdomar. Det gäller t.ex. minskningen av antalet fritidsgårdar, färre ungdomsarbetare och nedskärningar inom skolans område. Även mer övergripande samhälls- och strukturförändringar som påverkar barn och ungdomars tillvaro bör studeras ur ett missbruksperspektiv.

7.5.2 Forskning om ungas läkemedelskonsumtion

Narkotikakommissionens förslag: Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att i samarbete med Läkemedelsverket 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.

Narkotikakommissionen konstaterar att det finns flera oroande tecken på en snabbt ökande konsumtion bland ungdomar av framför allt sömnmedel och värktabletter. Det synes gälla både det legala bruket och det illegala missbruket. Läkares förskrivning har ökat och flera rapporter tyder på att blandmissbruk av läkemedel och narkotika liksom av läkemedel och alkohol är tämligen vanligt och även förekommer bland de yngre ungdomarna. Narkotikakommissionen anser att det är mycket viktigt att noga följa denna utveckling.

Även ungas konsumtion av antidepressiva medel har ökat under senare år. Det kan finnas flera bakomliggande förklaringar till detta. Det kan tidigare ha skett en underförskrivning av sådana preparat till ungdomar, men det finns också rapporter om att det har blivit svårare att få annan behandling och att väntetiderna till dem är långa.

Utan att ta ställning till om den ökade förskrivningen av läkemedel till unga är motiverad eller ej ur medicinsk synpunkt anser kommissionen att orsakerna till och konsekvenserna av densamma noga måste analyseras. Frågor som bör kunna besvaras är om det är fråga om en överförskrivning och hur informationen till läkare i så fall kan förbättras och om läkemedel har fått ersätta andra stödinsatser till ungdomar.

7.5.3 Forskning om vård och behandling

Narkotikakommissionens förslag: 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.

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. Sådan forskning stöter dels på stora metodproblem, dels har man haft svårigheter att få den finansierad.

Generellt sett har Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR) inte prioriterat utvärdering av verksamhet vid sitt anslagsbeviljande. Kommunernas FoU-enheter har otillräckliga ekonomiska resurser och saknar även i allmänhet tillräcklig vetenskaplig kompetens. Tillskapandet av CUS och IKM är delvis ett svar på dessa brister, men båda centrumbildningarna saknar resurser för att påverka utvecklingen i tillräcklig omfattning. Under våren 1999 tillskapades Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD) vid Stockholms universitets samhällsvetenskapliga fakultet. Vissa forskningsresurser har överflyttats från andra institutioner inom fakulteten. Särskilda anslag för verksamheten utgår från SFR och SiS. Målsättningen är att centret skall utgöra en samordnande kraft för forskningsområdet.

I intervjuer med vissa nyckelpersoner som Narkotikakommissionen gjort⁸ nämns vissa områden som otillräckligt utforskade. Bland annat framhålls forskningsinsatser inom följande områden som angelägna.

Jämförande studier av nationell tillämpning av vård- och kontrollpolitik i olika länder.

Innehåll och kvalitet i både öppenvård och institutionsvård, vårdresultat, exempelvis i vilken utsträckning tunga missbrukare får adekvat vård.

Förändringar inom öppenvården. Arbetsmetoder, insatser, erbjudanden, prioriteringar i en utbyggd öppenvård. Analyser

⁸ Se bilaga 2 i PM nr 5.

av kostnader för öppenvården i förhållande till institutionsvård.

Relationen mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård. Arbetar de med olika grupper och i vilken utsträckning kompletterar de varandra?

Allmänna utvecklingstendenser beträffande ungdomar och studier av effekter av samhällets insatser för unga missbrukare. Vetenskapliga undersökningar av klienternas upplevelse av exempelvis tvångsvård, hur klienterna uppfattar sina behov och hur känsligt vårdsystemet är för dessa uppfattningar.

Kartläggningar av omfattningen av sådant missbruk som inte enbart är experimentellt men inte heller kan betecknas som tungt missbruk.

Kunskap om hemlösa missbrukare och deras levnadsförhållanden.

De intervjuade forskarna nämner således att behov av mer kunskap finns i stort sett inom alla de områden som berör vård, omvårdnad, behandling och uppföljning. Ett problem när det gäller forskning om narkotikaproblem är att de lätt kommer i skymundan av den mer traditionsrika och mer vetenskapligt förankrade alkoholforskningen.

Ett annat problem vid forskningen om narkotikarelaterade problem är bristen på samordning och kraftsamling. Forskningsmedlen fördelas via flera olika organ så som SFR, Folkhälsoinstitutet och Statens Institutionsstyrelse. Det är också ett begränsat antal svenska projekt som beviljats stöd från EU:s forskningsanslag. Någon samlad styrning av forskningsresurserna sker inte utan de enskilda forskningsprojekten styrs huvudsakligen utifrån enskilda forskares intressen.

Narkotikakommissionen vill understryka att behovet om ökad kunskap om missbrukarvård är stort och att forskningen bör intensifieras. Kommissionen lägger dock inga förslag om konkreta forskningsuppgifter. Vi vill hänvisa till de frågor som tagits upp under övriga avsnitt i detta kapitel, däribland utveckling av dokumentations- och utvärderingssystem, utveckling av tekniker och instrument för att bedöma klienternas behov och möjligheter, utveckling av hållbara system för samverkan, utveckling av vårdinsatserna, särskilt när det gäller tidiga insatser och för de tyngsta missbrukarna liksom utvecklingen av farmakologisk behandling av missbruk m.m.

Målsättningen för forskningen när det gäller vård och behandling är att få till stånd ett mer kunskaps- och erfarenhetsorienterat sätt att bemöta narkotikamissbrukare. I detta arbete behövs insatser både från den högre akademiska forskningen och från forsknings- och utvecklingsavdelningar inom kommuner och landsting. Av särskild betydelse är att det finns ett samspel och ett ömsesidigt utbyte av information mellan verksamhet på fältet och systematisk forskning och utvecklingsarbete. Kommunikationen bör vara dubbelriktad så att erfarenheter från fältet tillförs forskningsmiljöerna och så att forskningens resultat kan tillgodogöras på fältet.

Socialstyrelsen bör i samverkan med forskningsmiljöerna ta initiativ till en serie konferenser om kunskapsläget och kunskapsbehov. Ett diskussionsämne för konferenserna kan vara vilka uppgifter som bäst kan fyllas av det arbete som kan genomföras i kommunernas och landstingens FoU-enheter och vilka uppgifter som bäst behandlas inom den akademiska forskningsvärlden.

Grundläggande är den generella kompetensutvecklingen inom socialtjänsten, eftersom denna utgör basen för missbrukarvården och är den instans som har det yttersta ansvaret. Det är naturligt att Socialstyrelsens arbete med att utveckla förutsättningarna för en kunskapsbaserad socialtjänst skall utgöra en bas för överläggningarna på konferenserna. Inom missbrukarvårdens område bör de frågor som Narkotikakommissionen har behandlat i detta kapitel särskilt belysas i utvecklingsarbetet.

7.5.4 Kriminologisk och annan samhällsvetenskaplig forskning

Narkotikakommissionen har inte tagit ställning till den kriminologiska och den mer övergripande samhällsvetenskapliga forskningen med anknytning till narkotikamissbruk och narkotikapolitik. Rent allmänt vill dock kommissionen betona betydelsen av att samhällets narkotikapolitik och dess kontrollpolitik genomlyses ur ett vetenskapligt perspektiv och att det förs en fri och öppen debatt om grundvalarna för politiken, men också att man strävar efter att bedöma dess effekter, både med avseende på vilken betydelse den har för narkotikamissbruket och vilken påverkan den har på samhället i övrigt.

7.6 Kunskaps och informationsspridning (samverkan forskning/praktik)

Av särskild betydelse är den ömsesidiga återkopplingen mellan forskning och praktik. Hur sprids forskningsresultat till praktiker och hur får forskarna del av praktikernas erfarenheter? Inom det sociala fältet saknas i stor utsträckning de traditioner som finns inom t.ex. de medicinska professionerna att fortlöpande hålla sig à jour med forsknings- och metodutvecklingen. Till en del kan detta bero på att det inte finns så många som har en fot i båda lägren, som både har erfarenhet av forskarvärlden och lång egen praktisk erfarenhet. Kommissionens förslag om specialistutbildning i missbrukarvård kan bredda underlaget till forskarutbildningen genom att praktiskt verksamma behandlare får forskarkompetens. Dessa skulle också kunna fungera som "kulturförmedlare" mellan forskarvärlden och praktiker. Ett annat skäl kan naturligtvis vara att den forskning som genomförs inte anses vara speciellt relevant för det praktiska arbetet med vård och behandling.

Även om man tar hänsyn till de brister som i dag finns när det gäller kunskap om förebyggande insatser, behandling och behandlingsresultat vet vi tillräckligt för att även på kort sikt förstärka insatserna mot narkotikamissbruket och också för att undvika några fallgropar.

Under Offensiv narkomanvård gjordes en kraftsamling för att snabbt öka såväl utbudet av antalet vårdenheter som av kompetensen i vården. Socialstyrelsen och kommunförbunden tog ett gemensamt ansvar för att driva på utvecklingen, bland annat genom att arrangera såväl centrala som regionala kurser, konferenser och seminarier. Under senare år har färre nationella konferenser och seminarier arrangerats. Omfattningen av regionalt samlande insatser varierar mellan länen.

Folkhälsoinstitutet har uppdraget att verka för metodutveckling inom det förebyggande området och Socialstyrelsen är den myndighet som har i uppdrag att verka för metodutveckling inom missbrukarvården. Inom ramen för de uppdragen ingår också att bidra till att kunskaper och erfarenheter sprids och vidareutvecklas. Enligt Narkotikakommissionens bedömning bör i detta sammanhang också forsknings- och utvecklingserfarenheter spridas till fältet. Det lokala och regionala utvecklingsarbetet bör utformas på ett sådant sätt att även föreningar och andra frivilliga organisationer kan få stöd i sin metodutveckling.

Ytterst vilar naturligtvis ansvaret på kommunerna och andra huvudmän att de prioriterar och uppmuntrar utvecklingen mot en kontinuerlig metod- och kompetensutveckling inom missbrukarvården samt att de genom ett medvetet rekryteringsarbete efterfrågar kompetenta medarbetare.

Kunskapen om de grundläggande förutsättningarna för en framgångsrik missbrukarvård bör spridas till och diskuteras bland handläggare och beslutsfattare inom socialtjänsten och sjukvården. Särskilt angeläget är att sådan kunskap kan spridas till socialsekreterare och ledamöter i socialnämnder som har att utreda och fatta beslut om eventuellt vidare insatser för missbrukare samt till personal inom primärvården som möter missbrukare. Syftet är i första hand att förbättra det primära bemötandet av missbrukare och understryka vid vilka tillfällen det finns behov av samordnade och specialiserade insatser. Ett lämpligt tillfälle för att sprida sådan information och diskutera dess konsekvenser kan vara i samband med att man i kommuner och landsting behandlar de lokala narkotikapolitiska strategierna (se kapitel 3).

8 Internationellt samarbete

Narkotikakommissionens förslag: Sverige bör intensifiera arbetet med att, tillsammans med andra länder, utveckla strategier för att minska narkotikaproblemen.

Prioriterade områden för svenska insatser bör vara att förstärka den internationella kontrollen av den illegala narkotikan, fokusera på narkotikafrågan i svenskt bistånd, effektivisera internationella narkotikaorgan samt verka för att respekten för FN:s narkotika-konventioner upprätthålls.

Inom EU bör Sverige i första hand prioritera frågor som rör illegal europeisk produktion av narkotika, förebyggande insatser samt narkotikaproblemen i kandidatländerna.

Regeringen bör ansvara för att den svenska narkotikapolitiken presenteras på ett korrekt och sakligt sätt.

Samordningen beträffande svenskt agerande bör förstärkas genom regelbundet samråd med myndigheter och andra som företräder svenska intressen i internationella sammanhang.

Regeringskansliet skall ansvara för att svenska experter och frivilligorganisationers medverkan i internationella projekt och internationellt utbyte ökar, liksom att verka för att svenska tjänstemän får tillgång till tjänster i internationella organisationer.

Folkhälsoinstitutet bör få i uppdrag att vara svensk kontaktpunkt gentemot EU:s forskningsbeviljande organ och svenska forskare.

Den svenska narkotikasituationen är i hög grad beroende av synen på och arbetet mot narkotika i andra länder, och vice versa. I takt med en ökad globalisering även på narkotikaområdet framstår det som mer eller mindre omöjligt att åstadkomma mer än en begränsad förändring av narkotikaproblemen i Sverige om inte samtidigt den globala narkotikasituationen förbättras. Det är därför viktigt också ur ett nationellt perspektiv att Sverige även fortsättningsvis

har ett starkt engagemang i den internationella kampen mot narkotikaproblemen.

Det svenska medlemskapet i EU har medfört ökade möjligheter att samarbeta med länderna i vår närhet mot narkotikan. Detta samarbete kommer att växa i betydelse i takt med att de östeuropeiska kandidatländerna tas upp i EU-kretsen. Det är samtidigt viktigt att komma ihåg att Sveriges möjlighet att få genomslag i den internationella diskussionen ytterst beror på vår förmåga att på ett trovärdigt sätt visa på resultat av den förda nationella politiken.

Statskontoret har gjort en utvärdering av det svenska deltagandet i några internationella mellanstatliga organisationer.¹ Enligt denna rapport saknas det till viss del politiska prioriteringar på övergripande nivå, vilket gör det svårt att koncentrera insatserna till de strategiska frågor som är viktiga att driva ur ett nationellt perspektiv. Statskontoret menar att den övergripande styrningen av det svenska deltagandet i internationella mellanstatliga organisationer är svag och kan utvecklas.

För att stärka den politiska styrningen av det svenska deltagandet föreslår Statskontoret att statssekreterarna ges ett gemensamt ansvar för att utarbeta långsiktiga, övergripande mål och riktlinjer för det svenska deltagandet. De bör också ges ett ansvar för prioriteringar av det svenska deltagandet mellan olika mellanstatliga organ samt för bedömningar av behovet av samordning och ändrad ansvarsfördelning för de internationella frågorna inom Regeringskansliet. För beredning av statssekreterarnas arbete menar Statskontoret att ett tjänstemannaorgan bör skapas inom Utrikesdepartementet.

Statskontoret anser också att det finns ett behov av att utveckla den interdepartementala samordningen. Dessutom menar man att myndigheternas kompetens kan utnyttjas bättre i beredningsprocessen inom Regeringskansliet. Sverige företräds i stor utsträckning i de mellanstatliga organen av representanter för svenska myndigheter vilket ställer höga krav på instruktionsgivning och styrning, inte minst mot bakgrund av svenska myndigheters fristående ställning inom förvaltningen.

Slutligen har Statskontoret pekat på att formerna för återrapportering av det svenska deltagandet bör ses över och rutinerna utvecklas för att få till stånd en samlad redovisning och uppföljning av det svenska engagemanget i internationella mellanstatliga organ.

Statskontoret har föreslagit följande förbättringar:

¹ *Sverige i världen*, Statskontoret 2000:6.

- att utveckla en samlad rekryteringspolitik för att öka antalet anställda i internationella mellanstatliga organ, både på chefsnivåer och på lägre nivåer,
- att utveckla svenska representanters kompetens i bl.a. förhandlingsteknik och språk (att arbeta i en internationell miljö),
- att snabba upp och utveckla administrativa rutiner för instruktionsgivning, dokumentation och återföring,
- att identifiera och utveckla för organisationen viktiga strategiska mål,
- att sträva efter en ökad kontinuitet i deltagandet,
- att öka insatserna för att främja svensk projektexport.

När Narkotikakommissionen har granskat Sveriges agerande i det internationella narkotikasamarbetet har kommissionen gjort liknande reflektioner som Statskontoret. Även på narkotikaområdet saknas i stor utsträckning en strategi för vad Sverige vill uppnå i respektive organ. Vidare har kommissionen funnit brister när det gäller rekrytering av svenska experter till internationella projektuppdrag liksom ett strategiskt arbete för att få in svenska tjänstemän i internationella organisationer.

En förutsättning för ett framgångsrikt agerande i det internationella arbetet är att svenska företrädare förmår att agera enhetligt. En viktig aspekt av det svenska agerandet i internationella sammanhang är därför att det finns tydliga mål och riktlinjer.

I dag finns inga sådana klart uttryckta mål för Sveriges internationella agerande. I regeringens narkotikapolitiska redogörelse till riksdagen (skr. 1997/98:172) sägs att det internationella samarbetet skall förstärkas, men några mer konkreta mål finns inte beskrivna. Regeringen anger dock att en översyn av det internationella arbetet i syfte att utveckla strategier och stärka samordningen kommer att genomföras inom regeringens samordningsorgan för narkotikapolitiska frågor, SAMNARK.

Det övergripande målet för svenskt agerande är dock att tillsammans med andra länder förbättra den globala situationen beträffande produktion och handel med illegal narkotika samt att begränsa efterfrågan. I arbetet med att uppfylla detta mål har, som framgått tidigare, kontrollen av den illegala handeln kommit längst genom ett utvecklat samarbete mellan olika länders tull- och polismyndigheter. Att ytterligare utveckla detta internationella tull- och

polissamarbete bör enligt kommissionen vara ett fortsatt prioriterat område.

Enligt kommissionens bedömning är det i dag inte rimligt att Sverige med kraft skall kunna engagera sig i alla delar av det internationella samarbetet utan måste koncentrera sina insatser till vissa områden för att få genomslag. Det har inte varit möjligt att inom Narkotikakommissionens ramar utarbeta konkreta strategier för det svenska engagemanget i alla olika internationella forum varför vi här endast anger några områden som för kommissionen framstår som extra angelägna.

Allt svenskt agerande utgår i dag från den restriktiva narkotikapolitik som kommer till uttryck i FN:s narkotikakonventioner och som också är basen för den svenska narkotikapolitiken. Sverige har genom sin konsekventa hållning blivit en symbol för denna restriktiva politik och stor tyngd läggs vid svenska synpunkter. Detta är i och för sig positivt, men det innebär också att mycket energi läggs ned på att ifrågasätta den svenska hållningen liksom möjligheten att genomföra den i praktiken. Det finns därför ett stort internationellt intresse för hur den svenska narkotikapolitiken kommer att utvecklas. Sveriges möjligheter att agera kraftfullt på den internationella arenan beror därför ytterst på om vi kan behålla vår trovärdighet när det gäller överensstämmelse mellan retorik och praktik på nationell nivå.

Hos grupper som av övertygelse arbetar för en mer liberal narkotikapolitik finns naturligt nog ett intresse för att försöka hitta svenska tillkortakommanden. Det finns också många missförstånd om den svenska hållningen varför det är angeläget att omvärlden får möjlighet att bilda sig en realistisk bild av vad den svenska narkotikapolitiken innebär i praktiken.

En sådan källa till missförstånd är vår hållning till skadereducerande insatser (s.k. harm reduction). Den svenska ståndpunkten är att enskilda missbrukare kan erbjudas omvårdnad, sjukvård, smittskydd, boendestöd och övriga 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. Det är däremot centralt att sådana insatser ingår i en helhet där narkomanvården har resurser att samtidigt erbjuda insatser som bygger på drogfrihet. Mer omvårdande insatser bör finnas som ett viktigt inslag i en human och restriktiv narkomanvård men inte som en billig ersättare för andra mer resurskrävande insatser.

Denna hållning har ofta, både internationellt och nationellt, tolkats som ett totalt avståndstagande till alla insatser som enbart syftar till att minska skaderisker. Detta har i sin tur inneburit att svenska företrädare i möjligaste mån försökt avstyra diskussioner kring detta ämne. Intresset för skadereducerande insatser är emellertid så massivt i många andra länder att det är orealistiskt att tänka sig att Sverige ensamt skulle kunna få bort denna fråga från den internationella dagordningen. Narkotikakommissionen anser därför att Sverige bör delta i seminarier och liknande för att tillsammans med andra länder utvärdera förutsättningarna för sådana verksamheter. I dessa sammanhang skulle det också bli möjligt att tydligare markera de svenska omfattande erfarenheterna av vård, behandling och omvårdnad för missbrukare, där skadereducerande insatser ingår som en viktig del. Det torde också vara ett sätt att motverka att legaliseringsförespråkarna får ensamrätten till denna fråga.

Ett ökat internationellt utbyte mellan frivilligorganisationer och yrkesverksamma i olika länder kan öka förståelsen för och kunskapen om den svenska narkotikapolitiken, samtidigt som svenskar får möjlighet till en internationell utblick och förståelse för förhållandena i andra länder. Genom ett sådant utbyte ges fler svenska experter och tjänstemän en ökad kompetens när det gäller att arbeta med narkotikafrågor i ett internationellt sammanhang, vilket i sin tur ökar deras möjligheter att kunna delta i olika internationella uppdrag.

8.1 Prioriterade områden

Enligt Narkotikakommissionens bedömning är det i första hand samarbete med syfte att effektivisera kontrollen av den illegala narkotikahandeln som bör prioriteras. Dels därför att det samarbetet har kommit långt, dels därför att det baseras på ett konkret operativt polis- och tullsamarbete där vinsterna är tydliga för alla inblandade parter.

Även inom EU är polisens och tullens samarbete det område som har utvecklats mest sedan Sveriges anslutning. På detta område pågår en rad olika aktiviteter, förutom det rent operativa samarbetet mellan medlemsstaternas polis- och tullmyndigheter.

Under senare år har Europa, både inom och utom EU, alltmer utvecklats till en stor och dominerande producent av syntetisk nar-

kotika. Denna utveckling är mycket oroande och det är viktigt att den hejdas. Sverige har redan tagit flera initiativ när det gäller att bekämpa illegal produktion och handel med syntetiska droger och detta område bör enligt Narkotikakommissionen ha fortsatt hög prioritet.

I vissa av kandidatländerna pågår en omfattande illegal narkotikaproduktion av syntetiska droger och en illegal försäljning av narkotikaklassade läkemedel. Denna fråga är därför viktig också i perspektivet av EU:s kommande utvidgning och bör uppmärksammas inom ramen för medlemskapsförhandlingarna.

Det finns också ett behov av att utveckla stöd och samarbete när det gäller de Central- och Östeuropeiska ländernas insatser för att både begränsa den illegala handeln och att begränsa narkotikamissbruket. Även om många insatser görs inom ramen för Pompidougruppen och EU:s Phare-program² finns behov av ett närmare samarbete mellan Sverige och dessa länder.

En annan fråga av central betydelse är att få till stånd ett europeiskt samarbete kring det drogförebyggande arbetet. Samtidigt är det på detta område som ett mer utvecklat samarbete ter sig som mest komplicerat då de olika länderna har olika förhållningssätt och syn, framför allt när det gäller målen för det preventiva arbetet. Här är det enligt kommissionens mening angeläget att man från svensk sida driver linjen att all icke-medicinsk konsumtion av narkotika måste minimeras. Det är också angeläget att EU:s hälsopolitik förblir ett nationellt ansvar.

Vi kan också konstatera att det pågår en massiv marknadsföring av både droger och drogpositiva idéer och att dessa sprids allt snabbare över världen. Det är i dag mer eller mindre omöjligt att se det förebyggande arbetet enbart ur ett nationellt perspektiv. Här behövs ett väl utvecklat internationellt samarbete för att begränsa inflytandet av denna propaganda.

För att begränsa produktionen i de traditionella narkotikaproducerande länderna är det viktigt att få med narkotikaaspekten i allt bistånd till de utvecklingsländer som Sverige prioriterar. Narkotikakommissionen har inte gjort någon egen analys av i vilken mån det svenska biståndet riktas till de mest relevanta projekten men denna fråga bör aktualiseras i det kommande förstärkta narkotikasamrådet mellan regeringskansliet och berörda myndigheter. För att göra detta krävs också att de internationella organ som Sverige

² EU:s program för finansiellt och tekniskt samarbete med länderna i Central- och Östeuropa.

verkar genom får möjlighet att arbeta på ett så effektivt sätt som möjligt varför Sverige också bör prioritera frågor som rör styrning och arbetsformer i dessa organ.

Vikten av väl fungerande internationella narkotikaorgan gäller givetvis också EU:s organisationer så som *Europol* och ECNN.³ När det gäller ECNN är det enligt kommissionens bedömning angeläget att intensifiera insatserna för att få centrets data så jämförbara och tillförlitliga som centrets direktiv anger.

8.2 Ledning och samordning

Regeringskansliet ansvarar för ledning och samordning av svenska insatser i internationella sammanhang. Det är nödvändigt att svenska insatser, även på narkotikaområdet, är förankrade i allmänna utrikespolitiska ställningstaganden vilka regeringen är ansvarig för. Regeringskansliet måste dock, enligt kommissionens bedömning, intensifiera sina insatser på detta område och mer aktivt driva svenska prioriterade frågor.

Kommissionen har funnit att grundstrukturen är ändamålsenlig men att ärendemängden i kombination med det begränsade antalet ansvariga personer i Regeringskansliet har gjort att det narkotika-relaterade arbetet är mycket personberoende och känsligt för störningar. Personberoendet förstärks av att samordningen ofta sker på informell basis och i hög grad bygger på personkontakter.

Ofta är förutsättningarna för framgång i förhandlingsarbetet beroende av möjligheterna att knyta informella kontakter. På så sätt utövas inflytande i det informella förberedelsearbete som pågår innan frågan tas upp för formell handläggning. Det gör också att samarbetet med andra länder och möjligheten att bilda allianser är en viktig förutsättning för att få genomslag för svenska ståndpunkter. Det internationella arbetet äger rum i samspel, där det ständigt ställs krav på snabba bedömningar av andra länders förslag. Det krävs därför en tydlig hållning till och fokusering på de prioriterade övergripande målen i den svenska narkotikapolitiken så att ställningstaganden i enskilda sakfrågor kan sättas in i ett sammanhang.

Att driva svenska förslag ställer högre krav på insatser än det gör att reagera på andra länders förslag. Förutom arbetet med att utveckla förslagen krävs normalt också att de förankras i mer inoffi-

³ Europeiskt centrum för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk.

ciella sammanhang för att skapa stöd innan förslagen presenteras officiellt. Det innebär att det krävs att alla representanter som kan komma i kontakt med mer informella förfrågningar från andra länders delegater måste vara väl införstådda med förslagen så att de kan understödja den svenska linjen.

Därför måste också svenska ståndpunkter vara förankrade i hela förvaltningen. En förutsättning för detta är bl.a. en fungerande samordning och ansvarsfördelning inom Regeringskansliet.

Den svenska förvaltningsmodellen med små departement och stora myndigheter gör att myndigheterna ofta engageras i det internationella arbetet. Gränserna för vad som är regerings- respektive myndighetsansvar har blivit allt mer oklara. Ansvar för att tillfredsställande kontakter upparbetas med berörda myndigheter åvilar Regeringskansliet.

I dag sker den huvudsakliga samordningen av insatserna via SAMNARK. I SAMNARK ingår normalt bara företrädare för de ansvariga departementen medan det i olika beredningsgrupper, framför allt när det gäller EU-samarbetet, ingår representanter för både Regeringskansliet och för berörda myndigheter.

Narkotikakommissionen anser att Regeringskansliet skall utveckla en mer löpande samordning med ansvariga myndigheter. Detta kan ske inom eller utom SAMNARK men kommissionen anser att det är angeläget med mer regelmässigt genomförda möten med de myndigheter som är involverade i narkotikarbetet för att få till stånd en diskussion kring övergripande mål och strategier.

8.3 Personalrekrytering

Regeringskansliet måste intensifiera sitt arbete med att möjliggöra för fler svenska tjänstemän att arbeta inom internationella organisationer såsom FN, Europarådet och EU:s olika institutioner. Kontakter med sekretariat i olika internationella organisationer underlättas ofta av att svenskar arbetar i organisationen. Förutom att dessa kan förklara svenska ståndpunkter blir ingången till organisationen klart underlättad vilket i sin tur leder till ett mer kontinuerligt samarbete.

Det är därför angeläget att Sverige mer aktivt utnyttjar sina möjligheter att få in svenskar på olika positioner. Det är naturligtvis mest viktigt att högre tjänster kan besättas med svenskar men det är också angeläget att svenska tjänstemän kan rekryteras även till

mer juniora tjänster. Det ger dessutom en erfarenhet av att arbeta internationellt vilket på sikt kommer att bredda urvalet till högre tjänster.

För att bereda marken för detta krävs att ambassader, delegationer och Regeringskansliet mer reguljärt följer arbetet i den aktuella organisationen för att på så sätt få kontakter och förståelse för organisationens arbete och arbetssätt. Genom att löpande följa organisationernas arbete blir det också möjligt att på ett tidigt stadium få kännedom om rekryteringsbehov, i god tid innan ansökningstiden gått ut. Vanligtvis krävs också ett politiskt eller diplomatiskt stöd för svenska kandidater för att dessa skall kunna bli aktuella.

På hemmaplan måste svenska experter förberedas och ges möjlighet att ibland med kort varsel ta på sig denna typ av uppdrag. Ju fler som genomför expert- eller tjänsteuppdrag och som återkommer till Sverige desto fler personer kan generera denna kunskap till andra svenskar. Därför är det angeläget att Sverige tar till vara den kunskap och erfarenhet som dessa personer förvärvat.

Redan i dag utförs ett omfattande arbete av bl.a. olika frivilligorganisationer när det gäller samarbete med andra länder, antingen i egen regi eller inom ramen för olika utvecklingsprojekt. Det är dock angeläget att detta nätverksskapande arbete får bättre förutsättningar att utvecklas.

Kommissionen anser sammanfattningsvis att Regeringskansliet skall ta fram en plan för rekrytering och utbildning av svenska experter och tjänstemän som skall kunna verka i ett internationellt narkotikaarbete.

Ytterligare ett område som behöver utvecklas är utnyttjandet av internationella forskningsanslag. Det svenska intresset för att ansöka om EU-medel för forskning på narkotikaområdet har hittills varit litet. Till en del handlar det naturligtvis om hur den svenska forskningen är uppbyggd. Andra orsaker är att EU:s forskningsmedel är svåröverskådliga och att svenska forskare är vana att söka medel hos svenska forskningsinstitut.

Folkhälsoinstitutet har genomfört en studie kring vilka medel som finns tillgängliga för ansökningar, rutiner för uppdragsupphandling samt hur svenska aktörer skall kunna bli mer aktiva på dessa områden. Slutsatserna pekar på att det låga svenska intresset till stora delar beror på okunnighet om fonder, ansökningsrutiner och administration. Det är enligt kommissionens bedömning viktigt att Folkhälsoinstitutet fortsätter detta arbete så att institutet

kan bli en viktig kontaktpunkt och kunskapskälla när det gäller forskning och uppdrag inom EU.

Narkotikakommissionen anser därför att Folkhälsoinstitutet bör få i uppdrag av regeringen att vara en sådan svensk kontaktpunkt gentemot EU när det gäller narkotikaforskning.

9 Ekonomiska konsekvenser

Narkotikakommissionen har i sin översyn av den svenska narkotikapolitiken funnit många brister beträffande de resurser som stat, landsting och kommuner avsätter för insatser mot narkotika-problemen. Enligt kommissionens bedömning krävs en prioritering av narkotikabekämpningen och ökade ekonomiska insatser på en rad olika områden om det skall vara möjligt att upprätthålla dagens politiska ambitionsnivå.

Det har dock inte varit möjligt för kommissionen att göra några beräkningar av storleken på behovet av sådana insatser. Enligt kommissionens bedömning måste nya medel tillskjutas till de myndigheter som arbetar inom narkotikaområdet. Till en viss del kan också omprioriteringar och effektiviseringar leda till kostnadsbesparingar. I ett mer långsiktigt perspektiv kan det förväntas bli en besparing för samhället om de totala kostnader som ett omfattande narkotikamissbruk genererar kan minska.

Narkotikakommissionen baserar sina överväganden på att det är den huvudman som ansvarar för respektive fråga som också måste ta ansvaret för finansieringen. Kommissionen har därför inte föreslagit några statliga driftbidrag till kommuner eller landsting.

Enligt kommissionens uppskattning av samhällets kostnader för de tunga missbrukarna (se kapitel 4.5.8 och bilaga 3) kan ett effektivare arbete med att minska nyrekryteringen till missbruk och bättre vårdinsatser till missbrukarna medföra stora kostnadsbesparingar.

Vidare innebär kommissionens överväganden och förslag att betydande samordningsvinster kan göras under förutsättning att dessa förslag genomförs konsekvent. Detta gäller speciellt för de övergripande strategier som enligt kommissionen bör utvecklas i samverkan mellan ansvariga huvudmän på lokal, regional och nationell nivå. Genom kommissionens förslag om en tydligare och mer konsekvent uppföljning av samhällets insatser ges också en

möjlighet till löpande översyn av om de samlade insatserna för att nå de långsiktiga målen är kostnadseffektiva. Någon sådan samlad bedömning existerar inte i dag, vare sig beträffande narkotikans kostnader eller kostnaderna för samhällets narkotikabekämpning.

Regeringen har tillsammans med Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen och länsstyrelserna ett ansvar för att aktivt bistå vid utvecklande av kommunala och regionala strategier samt ta initiativ till att utveckla och sprida kunskap om metoder för detta. Narkotikakommissionen har föreslagit att en kommande satsning på narkotikainsatserna bör inledas med en konferensserie över landet.

Till genomförandet av den av regeringen nyligen antagna nationella handlingsplanen för att förebygga alkoholskador (prop 2000/01:20) har 450 miljoner anslagits. Eftersom det finns en naturlig koppling mellan denna plan och kommissionens förslag bör också delar av kommissionens förslag kunna rymmas inom detta anslag. Narkotikakommissionen bedömer dock att vikten av förstärkta insatser på narkotikaområdet motiverar att medel också avsätts för en motsvarande satsning på att initiera kommissionens förslag.

Enligt kommissionens bedömning bör Socialstyrelsen kunna utöka sitt stöd till utvecklingen på missbruksområdet. Under åren 1986 till 1997 disponerade Socialstyrelsen 23,5 miljoner kronor per år för att utveckla narkomanvården (Offensiv narkomanvård). Sedan år 1997 ingår dessa medel i verkets ramanslag. Under åren 1997 till och med 1999 har, enligt Socialstyrelsens uppgift, totalt 20 miljoner utnyttjats för insatser inom missbrukarområdet.

Skolverket och Folkhälsoinstitutet får enligt kommissionens förslag 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. Detta uppdrag torde rymmas inom myndigheternas nuvarande ansvar och uppdrag.

Kommissionen har pekat på behovet av fler lokala drogvaneundersökningar som underlag för kommunernas behovs- och problemanalys. Sådana är redan i dag en naturlig insats i många kommuner och torde utgöra endast en marginell kostnad.

Narkotikakommissionen har pekat på behovet av kompetensutveckling inom en rad områden. Det gäller bl.a. socialtjänstens personal som arbetar med ungdomar, förebyggande insatser och vård. Det gäller också landstingspersonal, skolpersonal, kriminalvårdspersonal samt polisens och tullens anställda. Redan i dag är

kompetensutvecklande insatser ett huvudmannaskapsansvar. Detta är också en viktig uppgift för både Folkhälsainstitutet och Socialstyrelsen som med hjälp av befintliga utvecklingsmedel kan stödja en nationell utveckling.

Kommissionen har pekat på behovet av en kompetent rådgivningsverksamhet som är tillgänglig för alla ungdomar. Återigen är detta en uppgift som dels faller inom ramen för kommunernas, alternativt landstingens, ansvar, dels utgör ett naturligt inslag i många kommuner. När det gäller metodutveckling bör Socialstyrelsens utvecklingsmedel kunna användas.

Folkhälsainstitutet bör utreda förutsättningarna för en rikstäckande jourtelefon. Även detta uppdrag bör rimligen inte vara större än att det kan rymmas i myndighetens ordinarie budget.

De förslag om ett förbättrat rapporteringsförfarande beträffande kontrollen av narkotikaklassade läkemedel som kommissionen föreslagit inryms i Läkemedelsverkets uppdrag som tillsynsmyndighet på området. Förslaget innebär endast att rutiner för insamling av uppgifter bör införas och kan inte förutses leda till några merkostnader för berörda myndigheter.

De förslag som tar sikte på effektivisering av Socialstyrelsens tillsyn över läkares förskrivning av narkotiska läkemedel kan inte heller de bedömas leda till några ökade kostnader. De tekniska förutsättningarna för att leverera och ta emot uppgifter ur receptregistret från Apoteket AB till Socialstyrelsen föreligger redan till följd av den registrering och redovisning av uppgifter som gäller bl.a. medicinsk uppföljning och framställning av statistik. De övriga förslagen kan inte förutsättas leda vare sig till något större merarbete eller ökade kostnader.

Tvärtom bör de förslag som kommissionen lämnat i denna del leda till ett mer effektivt kontrollförfarande vilket i sin tur bör få en avhållande effekt på i vart fall de läkare som skriver ut stora mängder narkotiska läkemedel i rent vinstsyfte. Slutligen kan förslagen förutsättas leda till att såväl apotekspersonal som personal vid Socialstyrelsens tillsynsenhet besparas både tid och arbete. I dag är arbetsinsatsen vid kontroll betydande, framför allt för apotekspersonalen.

Beträffande de förslag som rör polisens insatser bör en översyn av polisens organisation rymmas inom Rikspolisstyrelsens lednings- och kostnadsansvar. Kommissionens förslag att kräkemedel skall kunna användas i vissa speciella fall torde innebära en kost-

nadsbesparing jämfört med alternativet att använda den s.k. tulltoaletten.

Narkotikakommissionen föreslår att Kriminalvårdsstyrelsen skall få möjlighet att fullfölja en § 34-placering och därmed ikläda sig ett kostnadsansvar även efter den villkorliga frigivningen. Detta gäller i de fall som kriminalvården anser att en placering är angelägen även om det inte har varit möjligt att få till stånd en ansvarsförbindelse från den intagnes hemkommun.

Narkotikakommissionens förslag utgår från att normaliseringsprincipen skall gälla även fortsättningsvis, liksom gällande praxis för kostnadsfördelningen mellan kriminalvård och socialtjänst. Möjligheten att genomföra § 34-placeringar är dock enligt kommissionens uppfattning så central för kriminalvårdens möjligheter att arbeta behandlingsinriktat att det motiverar detta avsteg från principen. Det är enligt kommissionens uppfattning oacceptabelt att vissa placeringar inte kan genomföras av den anledningen att det är svårt att få till stånd ett samarbete med vissa kommuner. Kommissionens förslag skall dock ses som en nödlösning och inte som en reell förändring varför det inte heller borde bli några större kostnadsökningar för kriminalvården.

Förutom de behandlingsmässiga aspekterna som ligger bakom detta förslag anser kommissionen att kriminalvården också har ett ekonomiskt intresse av att genomföra alternativa placeringar.

Då en sluten fängelseplats kostar mer än en plats på ett behandlingshem eller familjehem kan detta till en del kompensera för de ökade kostnader som dessa placeringar innebär.

Även om man vid planeringen utgår från att en placering skall fortsätta efter frigivningen lämnar i praktiken många klienter sin § 34-vistelse i samband med, eller strax efter, tidpunkten för den villkorliga frigivningen. Någon statistik över antalet placerade som fullföljer behandlingen efter frigivningen finns inte varför det också är omöjligt att beräkna eventuella kostnadsökningar för kriminalvårdens del.

Då det inte är möjligt att beräkna konsekvenserna av kommissionens förslag på förhand är det viktigt att följa upp effekterna under en längre tid. Narkotikakommissionen föreslår därför att den föreslagna möjligheten till § 34-placering pågår under en två-årig försöksperiod. Alla placeringar som genomförs utan att kommunen medverkat, och skälen till detta, skall redovisas till Kriminalvårdsstyrelsen. En samlad analys kring gjorda erfarenheter när det gäller art, omfattning, utveckling och kostnader kan sedan gö-

ras och redovisas till regeringen. Om det skulle visa sig att detta förslag skulle få en stor omfattning med ökade kostnader för kriminalvården som följd anser Narkotikakommissionen att detta bör beaktas inom ramen för det generella kommunbidraget.

När det gäller förslaget att vissa bevakade besök skall kunna ersättas med besök som genomförs i särskilda rum där besökaren och den intagne skiljs åt genom en glasruta bör detta enligt kommissionens bedömning kunna finansieras inom befintliga ramar. Förvisso innebär det en kostnad för kriminalvården att bygga om ett rum på detta sätt men förslaget innebär samtidigt att kriminalvården kan frigöra personal. Förslaget utgör inte heller något krav på kriminalvården utan skall endast genomföras i de fall där kriminalvården ser ett eget behov.

Förslagen beträffande rätten att genomföra kroppsvisitationer av intagna, personal och besökare, liksom förslaget att en vägran att lämna blod- eller urinprov skall jämföras med ett positivt prov bör inte medföra någon kostnadsökning.

Narkotikakommissionen har en rad förslag som rör kompetensutveckling. Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet och länsstyrelserna föreslås få en aktiv roll för att utveckla metoder, regionala och nationella professionella nätverk samt stötta framtagandet av nya utbildningar för dem som arbetar med förebyggande insatser och missbruksbehandlare. Dessa kostnader bör rymmas inom myndigheternas befintliga anslag och utvecklingsmedel. Beträffande utbildningarna som sådana bör de finansieras på samma sätt som sedvanliga utbildningar.

Kommissionens förslag till prioriterade forskningsområden finansieras via ordinarie forskningsanslag. Här vill kommissionen peka på möjligheten att utnyttja de forskningsmedel som finns inom EU.

I Folkhälsoinstitutets nya roll ingår utvärdering, uppföljning och kunskapsutveckling inom det förebyggande området. Inom detta ansvar rymms naturligt att utarbeta modeller och system för att dokumentera lokalt förebyggande arbete, både avseende reguljär verksamhet och projekt. I detta uppdrag bör även ingå uppdraget att utreda förutsättningarna för att formulera förslag till en grundläggande vidareutbildning i preventivt arbete samt förutsättningarna för att förstärkta inslag i grundutbildningen för lärare och andra yrkeskategorier som arbetar med barn och ungdomar. Förslaget att Socialstyrelsen bör inrätta ett rådgivande råd för missbrukarvården bör kräva relativt små resurser och bör kunna

rymmas inom verkets anslag för vetenskapliga råd och, åtminstone inledningsvis, med hjälp av tilldelade utvecklingsmedel.

Socialstyrelsens och Läkemedelsverkets uppdrag att analysera och följa utvecklingen av ungas läkemedelskonsumtion och föreslå åtgärder för att bryta trenden med en ökande konsumtion av sömnmedel och värktabletter, rymms inom verkens existerande anslag.

Socialstyrelsens initiativ till konferenser om forskningsläge, forskningsbehov och arbetsfördelningen mellan FoU-enheter inom kommuner och landsting och universitet och högskolor bör finansieras via utvecklingsmedel. Detta är redan i dag en prioriterad uppgift för Socialstyrelsen.

De förslag som rör ett förstärkt internationellt samarbete innebär sammanlagt ett merarbete jämfört med vad som görs i dag men det finns också möjligheter till samordningsvinster och de samlade kostnaderna kan, enligt kommissionens bedömning, rymmas inom befintlig budget. Ett större deltagande av svenska experter och forskare i internationella sammanhang innebär också att man får bättre kunskap om och insyn i fördelningen av internationella medel till forskning och utveckling. Detta bör kunna leda till att fler svenska forsknings- och utvecklingsprojekt kan få internationell finansiering, framför allt från EU. Förslaget att Folkhälsoinstitutets skall utgöra en kontaktpunkt mellan EU och svenska forskarmiljöer kan också bidra till ökad internationell finansiering av projekt.

10 Författningskommentarer

10.1 Förslaget till lag om ändring i narkotikastrafflagen (1968:64)

5 a §

Paragrafen, som är ny, innehåller bestämmelser om kroppsbesiktning.

Utöver vad som stadgas i 28 kap. rättegångsbalken skall den som är misstänkt för narkotikabrott, som inte är att anse som ringa, kunna få ges läkemedel eller liknande vid en kroppsbesiktning om inte medicinska skäl föranleder annat.

Avsikten är att det vid skäligen 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.

Beslut om kroppsbesiktning enligt bestämmelsen skall enligt andra stycket alltid fattas av åklagare. Något utrymme för att anse det vara fara i dröjsmål, och beslut kunna fattas av polisman i enlighet med 28 kap. 13 § första stycket rättegångsbalken, kan inte sägas föreligga vid denna typ av beslut.

Av samma bestämmelse i rättegångsbalken framgår att kroppsbesiktning endast får utföras av läkare. För tydlighetens skull har även detta angivits i den nya paragrafen i narkotikastrafflagen. En viktig begränsning i möjligheten att använda läkemedel eller liknande är den medicinska bedömning som läkaren gör i det enskilda fallet.

Det bästa är givetvis om läkemedlet kan ges med den misstänktes samtycke och därmed med minsta mått av tvång. Någon frivillighet i egentlig mening kan man emellertid inte tala om, eftersom alternativet för den som är skäligen misstänkt för brottet kan vara att få läkemedel tvångsvis eller bli placerad på tulltoaletten. Det bör mot denna bakgrund inte vara möjligt att ge

läkemedel till en misstänkt som samtycker till det, utan beslut om kroppsbesiktning enligt den nya bestämmelsen måste alltid fattas.

10.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt

29 §

I paragrafen finns bestämmelser om rätt till besök för den som är intagen i kriminalvårdsanstalt.

Enligt *ett nytt fjärde stycke* ges Kriminalvårdsstyrelsen möjlighet att 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.

Besök under sådana former som beskrivs i paragrafen är endast avsedda att *ersätta* bevakade besök. Det innebär att en individuell prövning av om ett besök skall vara bevakat eller inte först måste göras och att beslut om bevakning endast fattas när det behövs av säkerhetsskäl. Först därefter kan den intagne ges alternativet att ta emot besöket under de i den nya bestämmelsen beskrivna formerna.

I övrigt hänvisas till avsnitt 6.3.2.

I paragrafen har vidare ett tillägg gjorts *i tredje stycket*. Enligt detta ges möjlighet för Kriminalvårdsstyrelsen att, om det behövs med hänsyn till säkerheten eller ordningen vid en viss anstalt eller anstaltsavdelning, besluta att samtliga besökande till anstalten eller avdelningen skall kunna kroppsvisiteras.

Sådana generella besökskontroller som avses i bestämmelsen bör begränsas till anstalter eller avdelningar där det föreligger stora problem med införsel av otillåtna föremål som t.ex. narkotika. Kontrollerna får inte göras mer omfattande än nödvändigt. Det innebär att det i regel kan anses tillräckligt med stickprovskontroller; generella kontroller bör begränsas till perioder när det förekommer särskild anledning att anta att det förs in i narkotika i anstalten.

Frågan om en generell inpasseringskontroll för besökare har behandlats i avsnitt 6.3.1.1.

61 b §

Genom paragrafen, som är ny, införs en möjlighet till kroppsvisitation av kriminalvårdspersonal och andra som utför arbete eller uppdrag inom anstalten eller anstaltsavdelning. Kriminalvårdsstyrelsen får, om det behövs med hänsyn till säkerheten eller ordningen vid en viss anstalt eller anstaltsavdelning, besluta att sådana visitationer får genomföras.

Kontroll av personal och andra skall begränsas till sådana anstalter och avdelningar där det förekommer stora problem med införsel av t.ex. narkotika. Kontrollerna får inte göras mer omfattande än nödvändigt, vilket innebär att det i regel kan anses tillräckligt med stickprovskontroller. Mer omfattande, generella kontroller bör begränsas till perioder när det förekommer särskild anledning att anta att det förs in narkotika på anstalten.

I övrigt hänvisas till avsnitt 6.3.1.2.

10.3 Förslaget till lag om ändring i lagen (1976:531) om behandlingen av häktade och anhållna m.fl.

11 §

I paragrafen finns bestämmelser om rätt till besök för den som är häktad.

Enligt tillägg till paragrafens *andra stycke* ges Kriminalvårdsstyrelsen möjlighet att 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.

Besök under sådana former som beskrivs i paragrafen är endast avsedda att *ersätta* besök som annars skall vara bevakade. Det innebär att en individuell prövning av om ett besök skall vara bevakat eller inte först måste göras och att beslut om bevakning endast fattas när det behövs av säkerhetsskäl. Först därefter kan den häktade ges alternativet att ta emot besöket under de i den nya bestämmelsen beskrivna formerna.

I övrigt hänvisas till avsnitt 6.3.2.

I paragrafen har vidare införts *ett nytt sista stycke*. Enligt detta ges möjlighet för Kriminalvårdsstyrelsen att, om det behövs med hänsyn till säkerheten eller ordningen vid ett visst häkte eller en viss häktesavdelning, besluta att samtliga besökande till anstalten eller avdelningen skall kunna kroppsvisiteras.

Sådana generella besökskontroller som avses i bestämmelsen bör begränsas till häkten eller avdelningar där det föreligger stora problem med införsel av otillättna föremål som t.ex. narkotika. Kontrollerna får inte göras mer omfattande än nödvändigt. Det innebär att det i regel kan anses tillräckligt med stickprovskontroller; generella kontroller bör begränsas till perioder när det förekommer särskild anledning att anta att det förs in i narkotika i häktet.

Frågan om en generell inpasseringskontroll för besökare har behandlats i avsnitt 6.3.1.1.

22 a §

Genom paragrafen, som är ny, införs en möjlighet till kroppsvisitation av kriminalvårdspersonal och andra som utför arbete eller uppdrag inom häkte eller häktesavdelning. Kriminalvårdsstyrelsen får, om det behövs med hänsyn till säkerheten eller ordningen vid ett visst häkte eller en viss häktesavdelning, besluta att sådana visitationer får genomföras.

Kontroll av personal och andra skall begränsas till sådana häkten och avdelningar där det förekommer stora problem med införsel av t.ex. narkotika. Kontrollerna får inte göras mer omfattande än nödvändigt, vilket innebär att det i regel kan anses tillräckligt med stickprovskontroller. Mer omfattande, generella kontroller bör begränsas till perioder när det förekommer särskild anledning att anta att det förs in narkotika på häktet.

I övrigt hänvisas till avsnitt 6.3.1.2.

10.4 Förslaget till lag om ändring i lagen (1996:1156) om receptregister

3 §

En ny punkt 8 införs av innebörden att receptregistret även får användas för redovisning till Socialstyrelsen av uppgifter om enskild förskrivares förskrivning av narkotiska läkemedel. Uppgifterna får användas i Socialstyrelsens tillsynsverksamhet.

Genom tilläggen i andra och tredje styckena görs det klart att redovisningen inte får avse uppgifter om andra enskilda personer än förskrivaren.

4 och 6 §§

Genom ändringen i 4 § tydliggörs vikten av att förskrivarkod anges vid förskrivning av narkotiska läkemedel och genom ändringen i 6 § blir det möjligt att använda denna kod som sökbegrepp vid Socialstyrelsens tillsyn.

I övrigt hänvisas till avsnitt 5.1.2.

11 Ikraftträdande och övergångsfrågor

Narkotikakommissionens bedömning: De framlagda lagförslagen bör kunna träda i kraft den 1 juli 2002. Några särskilda övergångsbestämmelser behövs inte.

Tidpunkten för ikraftträdandet är främst avhängig den tid som kan beräknas åtgå för remissförfarandet samt för beredningsarbetet inom Regeringskansliet och för riksdagsbehandlingen. Narkotikakommissionen bedömer mot bakgrund härav att de föreslagna lagändringarna bör kunna träda i kraft den 1 juli 2001.

Några särskilda övergångsbestämmelser behövs enligt Narkotikakommissionens bedömning inte.

Kommittédirektiv

En narkotikakommission för översyn och förstärkning av narkotikapolitiken

Dir. 1998:18

Beslut vid regeringssammanträde den 7 maj 1998.

Sammanfattning av uppdraget

En narkotikakommission tillkallas. Kommissionen skall göra en utvärdering av samhällets narkotikapolitiska insatser sedan mitten av 1980-talet och med utgångspunkt från denna lägga förslag till sådana effektiviseringar av narkotikapolitiken som kommissionen finner möjliga.

Översynen skall omfatta lagstiftningen inom området samt insatser för att förebygga missbruk och rehabilitera narkotikamissbrukare och insatser för att begränsa tillgången på narkotika.

Bakgrund

Narkotikapolitikens utveckling i Sverige

Antalet narkotikamissbrukare i Sverige uppskattades i mitten av 1950-talet till några hundra. Ett par år in på 1960-talet kunde de räknas i tusental. Sverige stod – liksom många andra länder vid den tidpunkten – inför ett nytt fenomen, som snart skulle komma att framstå som ett av samhällets allvarligaste problem: missbruk av narkotika. Det fanns vid den tiden inte någon samlad narkotikapolitik eller någon samlad strategi för att stävja missbruket. Åtgärderna bestod därför främst av insatser från tull, polis och åklagare.

Opinionen växte dock för att ställa narkotikamissbrukarnas behov av omhändertagande och vård i förgrunden.

År 1965 inleddes ett försök med legalförskrivning av narkotika, främst amfetamin. Missbrukarna skulle på så sätt nås med erbjudanden om vård och deras sociala och medicinska status skulle förbättras, bl.a. genom att de inte skulle behöva begå brott för att finansiera missbruket. Erfarenheterna av projektet var nedslående och det avbröts år 1967. Ett skäl var läckage av legalt förskrivna narkotika till den illegala marknaden. Senare studier har inte heller kunnat visa någon minskad brottslighet hos deltagarna i projektet.

Från år 1968 skedde en förstärkning av narkotikapolitiken. Straffen för narkotikabrott skärptes, behandlingshem inrättades och en rad informationsinsatser genomfördes. Under 1970-talet kom uppfattningarna om narkotikapolitikens inriktning allt mer att polariseras. Motsättningarna gällde främst vilken del av politiken som skulle vara prioriterad. En stark opinion sökte gehör för en syn på narkotikamissbruket som ett symptom på sociala missförhållanden, vilket borde mötas med efterfrågedämpande åtgärder, vård och behandling och allmänna samhällsförbättringar snarare än skärpta straff och tvångsingripanden från samhällets sida.

Ett sådant synsätt präglade samhällets åtgärder mot narkotika under större delen av 1970-talet, för att i slutet av 1970-talet vända över i en mer restriktiv riktning. År 1977 tillsatte regeringen en ledningsgrupp för narkotikafrågor med uppgift att föreslå ytterligare åtgärder mot narkotikamissbruket. Med utgångspunkt i ett tiopunktsprogram som presenterats av ledningsgruppen förstärktes resurserna till polisen och tullen samtidigt som anslagen till narkomanvård och till information ökade. Riksdagen slog fast att målet för den svenska narkotikapolitiken skulle vara ett narkotikafritt samhälle. Insatserna mot gatulangning ökade och år 1982 infördes möjligheter till tvångsvård av vuxna narkotikamissbrukare.

Därmed var grunden till den nuvarande svenska narkotikapolitiken lagd. Dess grundläggande idé kan beskrivas som ett nära samspel mellan åtgärder för att göra narkotikan mindre tillgänglig och insatser för att dämpa efterfrågan på sådana preparat.

Narkotikapolitikens utveckling och inriktning under 1980-talet

För att få underlag för en samordnad och intensifierad kamp mot narkotikamissbruket tillkallade regeringen år 1982 en narkotikakommission. Kommissionen, som avslutade sitt arbete år 1984, avlämnade elva promemorior vari upptogs bl.a. förslag till försöksverksamhet avseende tull- och polissamarbete, skolans, tullens, polisens och kriminalvårdens insatser mot narkotika, internationellt arbete och opinionsbildning mot narkotika. Grunden för det senaste decenniets narkotikapolitiska överväganden och insatser kan i stora delar hänföras till det arbete som narkotikakommissionen presterade. Parallellt med narkotikakommissionen arbetade en grupp inom Socialdepartementet med att utveckla narkomanvården. Gruppen kallade sitt uppdrag Offensiv narkomanvård, vilket i någon mån kan spegla den syn som då rådde.

År 1985 diagnostiserades de första hiv-positiva injektionsmissbrukarna. Många av dem hade då burit på smittan under flera år. Året därefter skedde en kraftig ökning. Under hotet av en hiv- och aidsepidemi bland narkotikamissbrukarna beslutade riksdag och regering om en fortsatt restriktiv narkotikapolitik samt att ambitionsnivån för narkotikabekämpningen skulle höjas. Målet för narkotikapolitiken skulle vara att nå samtliga intravenösa missbrukare med avgiftning, provtagning, vård och behandling. Satsningen innebar en förstärkning av resurser till polis och tull, en kraftigt utbyggd narkomanvård, metodutveckling samt särskilda insatser för att stimulera till samverkan mellan socialtjänst och kriminalvård.

Lagstiftningen som gäller narkotikafrågorna har skärpts på en rad punkter. Som exempel kan nämnas kriminaliseringen av den egna konsumtionen av narkotika år 1988 och den därpå följande straffskärpningen år 1993 då fängelse infördes i straffskalan för ringa narkotikabrott. År 1989 vidgades möjligheterna att vårda en missbrukare utan dennes samtycke genom att ny lagstiftning trädde i kraft.

Missbruksutvecklingen

Utvecklingen av samhällets åtgärder har varit en spegling av narkotikamissbrukets förändring. Omkring år 1965 började det intravenösa missbruket att bli ett betydande problem. Samtidigt ökade cannabissmissbruket snabbt bland ungdomar. Undersökning av narkotikaerfarenheten bland elever i årskurs 9 visade under 1970-talets inledande år att omkring 14 procent någon gång hade prövat narkotika. Andelen sjönk därefter till som lägst mellan 3 och 4 procent i slutet av 1980-talet, varefter den återigen har ökat. År 1996 var andelen mellan 7 och 8 procent. Undersökningar av mönstrande värnpliktiga beskriver en relativt likartad utveckling.

Regelbundna undersökningar av narkotikaerfarenheten bland vuxna har genomförts sedan år 1988. De visar att omkring 8 procent av befolkningen någon gång provat narkotika. Omfattningen av det tunga missbruket är mer svårfångad. År 1979 uppskattades antalet tunga missbrukare till mellan 10 000 och 14 000 personer. År 1992 var motsvarande siffra mellan 14 000 och 20 000. Också andra indikatorer –såsom antal lagföringar som gällt narkotikastrafflagen (1968:64) och lagen (1960:418) om straff för varusmuggling samt antalet personer misstänkta för brott mot narkotikastrafflagen – pekar i riktning mot att antalet tunga missbrukare kan ha ökat något under 1990-talet.

Samhällsförändringar

De allmänna samhällsförändringarna de senaste femton åren har också påverkat narkotikamissbrukets utveckling. Här kan nämnas ungdomsarbetslöshetens utveckling under 1990-talet och tecken på en ökad segregering i samhället. Internationaliseringen har medfört en ökad rörlighet över gränserna samtidigt som drogerna, missbruksmönstren och inställningen till narkotika har förändrats. Cannabis är fortfarande det vanligaste narkotiska missbruksmedlet i Sverige, samtidigt som konsumtionen av syntetiska droger har ökat inom bl.a. EU:s medlemsstater under 1990-talet. De vanligaste syntetiska drogerna, som är amfetaminstrukturer, framställs genom kemiska processer. Genom att byta ut någon eller några av kemikalierna vid tillverkningen kan nya varianter fås fram. Dessa droger brukar kallas "designer drugs". En del av drogerna är förhållandevis enkla att framställa, utan krav på avancerad

utrustning. Ingredienser kan finnas att köpa i många europeiska länder samtidigt som recept kan sökas på Internet.

Det finns tydliga tecken på att ungdomar i dag är mer öppna för att pröva droger än för bara några år sedan. Den debatt om liberalisering av narkotikapolitiken som pågår på flera håll i Europa, med bl.a. krav på avkriminalisering av cannabis, har dock ingen motsvarighet i Sverige. Inom EU, i Östersjöregionen och inom FN sker för närvarande ambitiösa satsningar för att ytterligare samla enskilda länders insatser mot narkotikan och mot den organiserade brottsligheten. Sverige har en mångårig tradition av internationellt engagemang i narkotikafrågan. En viktig utgångspunkt för Sveriges internationella arbete har varit en strävan att få gehör för en politik som väl balanserar insatser för att begränsa tillgängligheten med insatser för att dämpa efterfrågan.

De motsättningar som präglade den narkotikapolitiska debatten i Sverige under 1970-talet har idag i stor utsträckning ersatts av en samsyn. Det råder folklig och politisk samling kring målet för den svenska narkotikapolitiken – att skapa ett samhälle fritt från narkotika. Utgångspunkten, att målet bäst kan nås genom en restriktiv narkotikapolitik med ett balanserat förhållningssätt med åtgärder mot både tillgång och efterfrågan, ligger fast. Signaler om en ökning av det experimentella bruket av narkotika bland unga människor och en ny öppenhet mot narkotikan i vissa ungdomsgrupper kan dock innebära att landet står inför en ny situation. Därför måste de närmare formerna och metoderna för hur målet skall uppnås kontinuerligt ses över och utvecklas.

Uppdraget

Mot bakgrund av det anförda finns det behov av en sammanhållen översyn och utvärdering av de narkotikapolitiska insatser som har genomförts sedan narkotikakommissionen avslutade sitt arbete år 1984. En sådan översyn bör göras inom ramen för en kommission. Kommissionens huvuduppgift skall vara att lägga fram förslag för att på lång sikt skapa bättre förutsättningar för samordnade och intensifierade insatser mot narkotikamissbruket. Uppdraget skall omfatta såväl insatser för att förebygga narkotikamissbruk och rehabilitera narkotikamissbrukare som rättsväsendets och tullens arbete med narkotikabekämpningen.

Kommissionen skall i sitt arbete 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. Kommissionen skall särskilt uppmärksamma vikten av samarbete och samspel mellan olika sektorer, nivåer och aktörer i samhället.

Med denna utgångspunkt skall kommissionen särskilt ha till uppgift att

1. 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,
2. utvärdera och föreslå åtgärder för att förstärka och effektivisera det drogförebyggande arbetet,
3. 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,
4. 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,
5. analysera behovet av förändringar av rättsväsendet arbetsmetoder samt av straffrättslig och straffprocessuell lagstiftning samt lägga fram förslag till sådana förändringar,
6. 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
7. utforma strategier för särskilt riktade informationsinsatser och för opinionsbildning samt lämna förslag till samhällets stöd till detta.

Kommissionen skall kartlägga och, så långt det är möjligt, utvärdera de insatser och det samarbete som redan förekommer inom rättsväsendet och inom organ som ansvarar för rehabiliteringsfrågor. Kommissionen skall i sitt arbete göra en bedömning av 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.

En förutsättning för att det skall gå att mäta resultatet av samhällets insatser i förhållande till målet om ett narkotikafritt samhälle är att det finns en gemensam bild av mängden narkotika som konsumeras i samhället. I utredningen *En gräns – en myndighet* (SOU 1998:18) utvecklas en modell för hur detta skall kunna mätas. Kommissionen skall följa och komma med förslag vad gäller metodutvecklingen inom området samt i det sammanhanget analysera faktorer och omständigheter av betydelse för produktionen av syntetisk narkotika i Sverige.

Kommissionen skall göra en översyn av det förebyggande arbetets omfattning, inriktning, organisation, utvärdering och finansieringsformer samt lämna förslag till hur arbetet skall kunna effektiviseras och förbättras. Kommissionen skall i sina överväganden bl.a. ta i beaktande det stöd som Folkhälsoinstitutet och, när det gäller lokalt brottsförebyggande arbete, Kommittén för brottsförebyggande arbete fördelar till drogförebyggande arbete.

Kommissionen skall också bilda sig en uppfattning om utvecklingen av missbrukarvårdens och kriminalvårdens skilda behandlingsprogram. Kommissionen skall undersöka och värdera omfattning och inriktning av samt kostnader för dessa program, vilka missbrukare som kommer i fråga för rehabiliteringsinsatser samt, vad gäller den frivilliga missbrukarvården, fördelningen mellan öppenvård och heldygnsvård. Kommissionen skall i det sammanhanget göra en utvärdering av och komma med förslag vad gäller det statliga stöd till utveckling av missbrukarvården som Socialstyrelsen och länsstyrelserna förmedlar. Kommissionen skall särskilt 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.

Kommissionen skall i sitt arbete utgå ifrån att narkotikaproblemet till sin karaktär är globalt och därför kräver ett vittgående internationellt samarbete för att kunna få en lösning. Kommissionen skall i sina förslag väga in och värdera erfarenheter som har gjorts i andra europeiska länder, bl.a. vad gäller produktionen av syntetiska droger. Kommissionens förslag skall förstärka Sveriges internationella insatser och ge möjligheter till ett

ökat internationellt genomslag för en restriktiv narkotikapolitik. En utgångspunkt bör vara den framgång Sverige har haft i att skapa en bred nationell samling kring målet för narkotikapolitiken satt i relation till de stora och grundläggande skillnader som finns mellan EU:s medlemsländer och inom Europaparlamentet.

Arbetsformer

Kommissionens arbete skall vara brett upplagt. Den skall bestå av en ordförande och högst fem ledamöter. Till kommissionen skall, utöver sedvanliga experter och sakkunniga, tre referensgrupper knytas. I en av dem skall företrädare för riksdagspartierna ingå medan en annan skall bistå kommissionen med vetenskaplig kompetens. I den tredje referensgruppen skall företrädare för berörda myndigheter ingå. Kommissionen är därutöver fri att forma ytterligare referens- och expertgrupper om det visar sig behövas under arbetets gång. Kommissionen skall arbeta utåtriktat och i nära kontakt med myndigheter, kommuner och organisationer samt övriga utredningar etc. som pågår med anknytning till uppdraget. Kommissionen bör pröva och förankra sina överväganden och förslag i seminarier, work-shops, offentliga utfrågningar och liknande.

Övrigt

Det skall stå kommissionen fritt att också ta upp andra närliggande frågor som kan bidra till de narkotikapolitiska målen än de frågor som närmare preciserats i direktiven. Innebär kommissionens överväganden att författningsreglering bör ske skall förslag till sådan lämnas.

Förslagets kostnadskonsekvenser skall redovisas och om förslagen innebär ökade kostnader skall en finansiering av förslagen anvisas. Kommissionen skall i sitt arbete beakta vad som sägs i de generella direktiven till kommittéer och särskilda utredare om att redovisa regionalpolitiska konsekvenser (dir. 1992:50), att pröva offentliga åtaganden (dir. 1994:23), att redovisa konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet (dir. 1996:49) samt att redovisa jämställdhetspolitiska konsekvenser (dir. 1994:124).

Tidsplan

Uppdraget skall redovisas före utgången av år 2000. Om kommissionen anser det lämpligt kan uppdraget redovisas fortlöpande i delbetänkanden.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv

Tilläggsdirektiv till Narkotikakommissionen (S 1998:04)

Dir. 2000:29

Beslut vid regeringssammanträde den 6 april 2000.

Sammanfattning av uppdraget

När det gäller kriminalvårdens behandlingsinsatser skall Narkotikakommissionen (S 1998:04) i sitt fortsatta arbete 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.

Bakgrund

Med stöd av regeringens bemyndigande den 7 maj 1998 (dir. 1998:18) har chefen för Socialdepartementet tillkallat en narkotikakommission. Kommissionens uppdrag är att göra en utvärdering av samhällets narkotikapolitiska insatser sedan mitten av 1980-talet och med utgångspunkt från denna föreslå sådana effektiviseringar av narkotikapolitiken som kommissionen finner möjliga. Översynen skall omfatta lagstiftningen inom området och insatser för att förebygga missbruk och rehabilitera narkotikamissbrukare samt insatser för att begränsa tillgången på narkotika. Uppdraget skall redovisas före utgången av år 2000.

Narkotikakommissionen har särskilt till uppgift att 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. I detta sammanhang skall kommissionen också se över finansieringen av frågor som gäller samarbetet mellan kriminalvården och kommunerna vid kontraktsvård och vistelse utanför anstalt för vård enligt 34 § lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt.

I en riksdagsmotion (mot. 1999/2000:Ju505, v) med anledning av budgetpropositionen för år 2000 (prop. 1999/2000:1, Utgiftsområde 4) framhölls behovet av dels en samlad utredning av behandlingsinsatserna inom kriminalvården och vad som kan göras för att stimulera till fler behandlingsinsatser, dels en utredning av hur samarbetet mellan olika myndighetsaktörer kan förbättras. I en annan motion (mot. 1999/2000:Ju907, kd) poängterades vikten av att den som är intagen i anstalt motiveras till behandling mot alkohol- och narkotikamissbruk.

Justitieutskottet har i sitt betänkande (bet. 1999/2000:JuU1) konstaterat att Narkotikakommissionens uppdrag i huvudsak omfattar de frågor som avses i de nämnda motionerna. Utskottet anser emellertid att regeringen bör precisera Narkotikakommissionens uppdrag på så sätt att kommissionen i tilläggsdirektiv ges i uppdrag att i sitt arbete lägga särskild vikt vid vilka åtgärder som kan vidtas inom kriminalvården för att stimulera till fler behandlingsinsatser samt hur man kan förbättra samarbetet mellan kriminalvården och andra aktörer. Riksdagen har gett regeringen till känna vad utskottet har anfört (rskr. 1999/2000:79).

Uppdraget

Narkotikakommissionen skall i sitt fortsatta arbete särskilt uppmärksamma kriminalvårdens speciella möjligheter till påverkan och behandling under straffverkställigheten och hur dessa på bästa sätt kan tas till vara och utvecklas. Kriminalvårdens insatser kan och bör emellertid inte ses isolerade och begränsade i tiden till verkställighetsperioden. Därför är kriminalvårdens samarbete med andra aktörer av största betydelse och kommissionen skall lämna

förslag till hur samarbetet kan stärkas och – om det finns behov av det – hur nya samarbetsformer kan utvecklas.

(Socialdepartementet)

Samhällets kostnader för narkotikamissbrukare

Narkotikamissbruket skapar stora sociala och ekonomiska kostnader såväl för den enskilde missbrukaren som för hans eller hennes anhöriga och för samhället. För att få en uppfattning om de kostnader som narkotikamissbruket genererar har Narkotikakommissionen sammanställt data från ett antal narkotikamissbrukare.

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 ekonomiska konsekvenser av narkotikamissbruket och för olika narkotikapolitiska förändringar.

Om man studerar de faktiska kostnaderna som ett antal individer genererar är det möjligt att formulera vissa schabloniserade dagskostnader för missbrukare i olika situationer. Vad kostar en missbrukare på behandlingshem, i kriminalvård, i sjukhusvård etc.? Med sådana dagskostnader som grund skulle det sedan vara möjligt att se de samhällsekonomiska effekterna av olika förändringar. Vad blir t.ex. de ekonomiska effekterna om det sker en förskjutning från behandlingshem till kriminalvård eller sjukvård?

För att kunna göra sådana beräkningar behöver man kostnader som baserar sig på faktiska individer. Dygnsdosen för en heroinmissbrukare när han eller hon är inne i sin mest aktiva missbruksperiod kostar cirka 3 000 kronor. Eftersom en heroinist normalt inte gör av med dessa summor varje dag året runt går det inte att multiplicera maxkostnaderna. För att få ett underlag som visar kostnaderna utslagna över tid gav Narkotikakommissionen Kari Jess i uppdrag att sammanställa sådana kostnader. Kari Jess, som är nationalekonom, genomför ett forskningsprojekt om kostnaderna för en grupp missbrukare som genomgått ett öppenvårdsprogram i Skåne. På så sätt har hon haft möjlighet att via intervjuer ta fram

kostnader för varje individ före, under och efter behandlingen. Utifrån detta material har sedan vissa typfall konstruerats.

Underlaget baserar sig på 178 individer och är hämtade ur tre olika samhällsekonomiska beräkningar. De 37 individer som har definierats som missbrukare med psykisk störning är hämtade från två studier av öppenvårdsprogram i Stockholms läns landstings regi (publicerade i Kostnads-/effektanalys som metod för utvärdering av behandlingsresultat 1999 samt Samordnare och samverkan 2000). Resterande 141 individer ingår i ett pedagogiskt program för att rehabilitera yngre missbrukande återfallsförbrytare. Resultaten från denna undersökning är ännu ej publicerade.

För gruppen missbrukare med psykisk störning är medelåldern 35 år medan den för de kriminella missbrukarna är 25 år.

Uppföljningstiderna för de olika grupperna är olika. För de psykiskt störda missbrukarna är uppföljningstiden sex månader medan uppföljningstiden för den större gruppen, de yngre kriminella missbrukarna, är ett till två år.

Typer av kostnader

Uträkningarna utgår från den individuella konsumtionen/kostnaden för varje person som ingår i de båda undersökningarna. För att kostnaderna skall gå att jämföra har en kostnad per dag räknats ut. Det är viktigt att påpeka att dessa kostnader gäller för individerna i denna grupp och att det inte på ett vetenskapligt sätt går att generalisera detta till hela missbrukargruppen. Likaså finns det kostnader som inte kommer med på detta sätt så som exempelvis polisens kostnader eller domstols- och försäkringskostnader.

Missbrukets kostnader

Missbrukskostnader är enbart beräknade i en av delpopulationerna, nämligen den som består av 29 individer i ett öppenvårdsprogram för psykiskt störda missbrukare. Beräkningen gick till på så sätt att varje individ tillfrågades om vilken mängd av olika droger som konsumerats per dag. Denna mängd multiplicerades med en cirka prislista för olika typer av droger. Eftersom populationerna visar ungefär samma mönster när det gäller vilka droger som används, dvs. att samtliga är blandmissbrukare med amfetamin som domine-

rande drog, har vi valt att använda den framräknade kostnaden för båda grupperna och anse den vara rimlig.

Detta är kostnader som normalt inte belastar en samhälls-ekonomisk analys eftersom de inte påverkar bruttonationalprodukten (BNP). Tanken är då, enligt gängse teori, att den kriminella handlingen, antingen den består av rån, bedrägeri, prostitution etc. inte är en del av den s.k. vita ekonomin och alltså inte höjer värdet av de producerade varorna i samhället. Ett annat sätt att se det kan vara att samhället behöver ersätta de stulna varorna med nya varor som i sin tur höjer samhällets totala produktion av varor. Detta sätt att se det får också stöd i ett alternativkostnadsresonemang; om de pengar som läggs på droger hade använts till annan konsumtion får detta också som effekt en höjning av totala antalet producerade varor. Den kriminella ekonomin kan på samma sätt som t.ex. frivilligt arbete, hushållsarbete och svart arbete betraktas som en del av den informella ekonomin, där både handling och betalning är kriminell (J J Thomas 1992: *Informal Economic Activity*). Kommissionen har dock valt att i detta sammanhang betrakta detta som en kostnad. Inte minst som summan av alla individers köp av narkotika utgör ett mått på flödet av pengar från den vita till den svarta marknaden.

Här är det framför allt kostnader för narkotikainköp som har studerats och kostnaderna blir därmed direkt avhängiga av vilken drog som intas. Samtliga de studerade, dvs. i båda populationerna, är blandmissbrukare. I populationen missbrukare med psykisk störning är CS (centralstimulantia) dominerande drog och utgör cirka 25 procent medan opiater (heroin, morfin, metadon och smärtstillande läkemedel med opiater) utgör 13 procent. Cannabis slutligen utgör cirka 20 procent av missbruket. I populationen yngre kriminella missbrukare är dominerande drog amfetamin, cirka 20 procent, med heroin och cannabis på 18 respektive 15 procent. Missbruket varierar mycket från individ till individ och bygger på självrapporterade värden. Som exempel uppger individer med cannabis som dominerande drog en konsumtion som motsvarar en kostnad av mellan 36 och 3 100 kronor per dag. Individer med amfetamin som huvuddrog har en kostnad på mellan 40 och 667 kronor per dag och individer med heroin som huvuddrog en kostnad på 25 och 500 kronor per dag. Kostnaden för en dygnsdos amfetamin beräknas till 300 kronor, för en dygnsdos heroin till 3 000 kronor och för cannabis till 300 kronor per dag.

Den framräknade genomsnittliga kostnaden per dag som anges bör vara rimlig med hänsyn taget till att samtliga individer i båda populationerna uppger att de har ett blandmissbruk.

Som jämförelse kan nämnas att i den kartläggning som gjordes år 1992 var fördelningen den att 17 procent hade cannabis som dominerande medel, 48 procent centralstimulantia och 26 procent opiater. En jämförelse med den undersökta gruppen tyder inte på någon avgörande snedfördelning.

Utslaget på årsbasis för samtliga individer har vi antagit en kostnad på 600 kronor per dag i kostnader för inköp av narkotika.

Socialtjänstens kostnader

Socialbidrag

Det är stor skillnad mellan de olika grupperna vilket kan vara en effekt av att de yngre kriminella missbrukarna har liten eller ingen kontakt med myndigheter. De försörjer sig genom kriminalitet. De lite äldre missbrukarna har inte samma kriminella bas och är tvungna att försörja sig via socialbidrag. Även när det gäller behandling är skillnaderna stora; de psykiskt störda missbrukarna är i större utsträckning i behandling och i längre behandlingsperioder än de yngre kriminella missbrukarna. Över huvud taget är det så, att många av de yngre kriminella missbrukarna inte har haft några kontakter alls med myndigheter eller sjukvård. Sådana kontakter upprättas först när de deltar i någon typ av behandling.

Den genomsnittliga socialbidragskostnaden för gruppen psykiskt störda missbrukare i undersökningen är 120 kronor per dag. Motsvarande kostnad för den yngre kriminella gruppen är 60 kronor per dag. Socialbidragsnormen för en ensamstående man är 97 kronor per dag plus hyreskostnader.

Socialtjänstens öppenvård

Med populationen som hjälp och med hänsyn tagen till dem som har en regelbunden kontakt med socialtjänsten i form av någon typ av halvstrukturerad öppenvårdsverksamhet och regelbundna samtal med socialsekreterare beräknas kostnaden till 50 kronor per dag. Den största delen består då av kostnaden för samtal. Om man däremot resonerar så, att kommunen har ett öppenvårdsprogram där

två socialsekreterare är anställda och som tar emot cirka 10 missbrukare per dag blir kostnaden 180 kronor per dag inklusive kostnaden för regelbundna samtal.

Behandlingshem

Kostnaden för ett dygn på behandlingshem varierar från 600 till 1 200 kronor. I de populationer som har undersökts var den genomsnittliga kostnaden per dag, beräknat på 365 dagar, från 100 till 200 kronor. Det tyder på att individerna är kortare tid än ett år i behandling. Det blir allt vanligare med kortare behandlingstider, dvs. tre till sex månader.

Kostnaden för en plats inom tvångsvården uppgår till 2 850 kronor per dag varav kommunernas avgift är 2 050 kronor per dag. Resterande 800 kronor täcks av statsmedel.

Sjukvårdskostnader

Kostnaderna är beräknade på missbrukare med upprepade slutenvårdsplaceringar både i psykiatrisk vård och i toxikomani. Kostnader för slutenvård på 450 kronor per dag innebär en årskostnad på cirka 165 000 kronor, dvs. långt över genomsnittet i befolkningen som uppgår till cirka 2 000 kronor per år. Även kostnaderna för öppenvården är höga, eller knappt 30 000 kronor per år och per individ. Populationen här är medelålders missbrukare, cirka 35 år, med någon typ av psykisk störning som man från tidigare forskning vet är högkonsumenter. I denna grupp överväger psykiatrisk vård och toxikomani.

Beträffande den yngre kriminella gruppen har de en sjukvårdskonsumtion som liknar normalbefolkningens. Det finns emellertid enstaka individer som varit på avgiftning 3–5 dagar och enstaka individer som lagts in för psykiatrisk vård några dagar eller en månad. Skillnaden i förhållande till gruppen psykiskt störda kan naturligtvis vara att personerna i denna grupp är yngre och därför ännu inte hunnit få allvarliga följder av sitt missbruk och sin levnadsstil. I denna grupp överväger i stället somatisk vård.

Enligt denna undersökning finns ett starkt samband mellan sjukvårdskostnader och huruvida missbrukaren har en samtidig psykisk störning. I populationen psykiskt störda missbrukare varierar sjukvårdskostnaderna mellan 450 och 4 200 kronor per

dag. I populationen yngre kriminella missbrukare varierar den genomsnittliga dygnskostnaden för dem som har upprepade behandlingar i psykiatrisk vård mellan 15 och 200 kronor, med en majoritet runt 100 kronor per dag i genomsnitt.

I populationen missbrukare med samtidig psykisk störning finner vi också ett annat samband, nämligen den mellan kön och sjukvårdskostnader. Kvinnor har en högre genomsnittlig sjukvårdskonsumtion än män, eller 1 051 kronor i genomsnitt för kvinnor mot 740 kronor för männen. Den andra populationen kan inte bearbetas på det sättet då den består av för få kvinnor.

Kostnaden för ett helt dygn i sjukhusvård för missbruk är i genomsnitt 4 000 kronor.

I dessa populationer är den genomsnittliga kostnaden per dag, med 365 dagar som beräkningsgrund, 500 kronor. Den kostnaden kommer sig av att individerna sällan befinner sig i sjukhusvård under ett helt år. Mönstret är att de går ut och in i vård så att de i genomsnitt befinner sig en och en halv månader per år i sjukhusvård för sitt missbruk. Ett årsmedel för gruppen psykiskt störda missbrukare är 850 kronor per dag och för den yngre kriminella gruppen är motsvarande siffra 25 kronor per dag.

Kriminalvårdskostnader

De äldre missbrukarna har relativt låga kostnader för kriminalitet. De flesta individer i denna grupp har ingen kriminell belastning, dvs. de har inte begått brott som de dömts för. Alla i gruppen är dock kriminellt belastade på så sätt att de begår brott för att få tag på narkotika.

Den yngre gruppen är mer kriminell. Populationen kriminella missbrukare består av yngre individer, företrädesvis män, som är narkotikamissbrukande återfallsförbrytare. Medelåldern ligger på 25 år. Ett urvalskriterium är just upprepade straff varför den genomsnittliga dygnskostnaden är hög.

Kriminalvårdskostnaderna är genomsnittliga kostnader per dag sett över ett till tre år. Kostnaden för olika typer av kriminalvård varierar från 90 kronor (frivård) till drygt 2 000 kronor (anstalt kl II) per dag.

Kostnaden för en anstaltsvistelse varierar mellan 1 600 och 2 000 kronor per dygn beroende på anstaltstyp. Om man istället baserar uträkningen på 365 dagar – en fängelsevistelse är i mycket

få fall så lång som ett år, här i genomsnitt tre månader – blir kostnaden per dag 300 kronor.

Försäkringskassans kostnader

Här är skillnaden mellan grupperna markant. I gruppen psykiskt störda missbrukare är den genomsnittliga kostnaden 100 kronor per dag i sjukpenning och 25 kronor per dag i sjukbidrag/pension. För gruppen kriminella missbrukare är snittkostnaden för sjukpenning 8 kronor per dag och för utbildningsbidrag 7 kronor per dag. Inga bland de kriminella missbrukarna har sjukbidrag och inga av de psykiskt störda missbrukarna har utbildningsbidrag. Det verkar också som om missbrukarna med samtidig psykisk störning oftare har någon typ av förankring i arbetslivet, vilket man kan se av sjukpenningbeloppens storlek. Av pensionspoängen kan man se den svaga förankringen till arbetsmarknaden i gruppen unga kriminella.

Samhällets kostnader för narkotikarelaterad brottslighet

I ESO-rapporten *Bostad sökes* (Ds 1999:46) beräknas de samhälls-ekonomiska kostnaderna för den narkotika relaterade brottsligheten till cirka 500 miljoner kronor per år. Denna summa inkluderar kostnaderna för polisen, tullen, åklagarväsendet, domstolsväsendet, försäkringsbolag, detaljhandel och privatpersoner. Utslaget per dag blir kostnaden cirka 1,4 miljoner kronor. Icke samhälls-ekonomiska kostnader såsom värdet av stöldgods och självrisker uppskattas i rapporten till lika mycket.

Narkotikakommissionen har valt att inte ta med dessa kostnader i denna beräkning då det inte framstår som realistiskt att dessa kostnader skulle variera utifrån förändringar i missbruksgruppen. Polisens och tullens kostnader för arbetet mot den organiserade narkotikahandeln skulle troligen inte påverkas nämnvärt även om ett större antal missbrukare fick vård. Det är heller inget självklart antagande att den totala kriminaliteten skulle minska även om narkotikamissbruket minskar – även om det är troligt.

Produktionsbortfall

Ingen av individerna i populationerna är i arbete. Det innebär att vi kan räkna med ett produktionsbortfall för en genomsnittlig industriarbetarlön inklusive sociala avgifter på cirka 270 000 kronor per år eller i genomsnitt 750 kronor per dag. Eftersom vi utgår från att summan är konstant i samtliga fall, med undantag möjligen från fängelsituationen där en viss legoproduktion sker, har vi valt att inte ta med produktionsbortfallet i de fortsatta beräkningarna.

Samlade genomsnittliga kostnader för den undersökta gruppen

Eftersom samtliga individer i de undersökta grupperna har genomgått någon form av öppenvård är det möjligt att jämföra kostnaderna före, under och efter behandling. Då kostnaderna blir relativt olika för medelålders psykiskt störda missbrukare och yngre kriminella har dessa separerats i nedanstående sammanställning.

Kostnaderna som redovisas nedan utgör ett medelvärde för hela gruppen utslaget över uppföljningstiden om sex månader.

Tabell 1. Missbrukare med psykisk störning.

		Före behandling	I behandling	Efter behandling
Socialtjänsten	Socialbidrag	120	75	60
	Beh.hem SoL	145	0	200
	Öppenvård	50	40	60
Sjukvården	Öppenvård	75	25	40
	Slutenvård	450	170	130
Kriminalvård	Häkte	30	0	0
	Frivård	10	5	30
	Anstalt	25	0	35
FK	Sjukpenning	100	150	100
	Sjukbidrag/pension	25	30	70
Narkotika-konsumtion		634	145	56
Summa kr/dag		1 664	640	781

Tabell 2. Kriminella missbrukare.

		Före behandling	I behandling	Efter behandling
Socialtjänsten	Socialbidrag	55	90	60
	Beh.hem SoL	110	0	10
	Öppenvård	15	20	15
Sjukvården	Öppenvård	20	10	5
	Slutenvård	2	2	6
Kriminalvård	Häkte	10	5	1
	Frivård	30	70	20
	Anstalt	280	80	100
FK	Sjukpenning	8	7	8
	Utbildningsbidrag	7	70	7
Narkotika-konsumtion		634	145	56
Summa kr/dag		1 171	499	288

Av tabellerna framgår att de totala kostnaderna mer än halveras i behandling och dessutom är kostnaderna fortsatt mycket lägre efter behandling än före. Det framgår alltså av detta exempel med all önskvärd tydlighet att vård lönar sig. Även om alla inser detta kan det dock vara svårt att i praktiken vara konsekvent i diskussionerna kring den egna enhetens budget. Många gånger ser man enbart kostnaderna för att sända någon till ett behandlingshem eller en strukturerad öppenvårdsenhet, i synnerhet om vinsterna (i form av minskade kostnader) tas hem av en annan huvudman.

Sammanställning av typfall

För att få en uppfattning om hur kostnaderna fördelas mellan olika typer av insatser och hur de sammanlagda kostnaderna förändras vid förskjutningar mellan olika typer av vårdformer har vi konstruerat kostnaderna för några typsituationer som missbrukare kan befinna sig i. Återigen är detta tänkta fall som består av medelvärden för den undersökta gruppen och som i bästa fall kan ge en grov uppfattning om samhällets kostnader. Sammanställningen bygger dock på faktiska kostnader utifrån samma undersökningsgrupp som tidigare beskrivits.

Typfall 1. Aktivt missbruk utan behandlingsinsatser.

I sammanställningen är allt det som utgörs av någon typ av strukturerad insats bortplockat. Beloppen bygger i stort sett på det som redovisats som kostnader före behandling i tabell 1 och 2.

Aktivitet	Psykiskt störda missbrukare N= 37 Genomsn kostn. i kr/dag	Yngre kriminella missbrukare N= 141 Genomsn kostn. i kr/dag
Socialbidrag	120	60
Sjukvård	850	25
Kriminalvård	65	320
Sjukpenning/Pension	125	15
Missbruk	600	600
TOTALT	1 760	1 020

I de fortsatta beräkningarna har ett medelvärde om 1 390 kronor per dag valts som kostnad för en narkotikamissbrukare i aktivt missbruk.

Typfall 2. Missbrukare i behandlingshem enligt SoL.

Aktivitet	Genomsnittlig kostnad i kr/dag
Behandlingshem	600–1 200 (ev. 100–200)
Socialbidrag	0
Sjukvård	10
Sjukpenning/Pension	150
Kriminalvård	0
Missbruk	0 (ev. 45)
TOTALT	760–1 360 (ev. 305– 505)

Medelvärde: 1 060 kronor per dag.

Socialbidrag

Vi räknar inte med något socialbidrag eftersom individerna bor på behandlingshemmet och där får det nödvändiga.

Sjukvård

Vi räknar med en liten sjukvårdskostnad. Visserligen erbjuder de flesta behandlingshemmen sjukvård men det brukar finnas behov av sjukhusvård i tillägg.

Sjukpenning/Pension

En viss del av pensionen betalas ut även när man befinner sig i behandlingshem.

Missbruket

I princip är missbruket obefintligt när man befinner sig i behandlingshem. Det förekommer visst begränsat missbruk som skulle kunna sättas till 45 kronor per dag i genomsnitt. Denna siffra kan dock i princip tas bort helt. Den bygger på uppgifter som är självrapporterade från de personer som uppgett att de varit på behandlingshem tidigare, endast fem personer.

Typfall 3. Missbrukare i behandlingshem enligt LVM.

Aktivitet	Genomsnittlig kostnad i kr/dag
Behandlingshem, LVM	2 850
Socialbidrag	0
Sjukvård	0
Sjukpenning/Pension	0
Kriminalvård	0
Missbruk	0
TOTALT	2 850

Vi har räknat med att den sjukvård som erfordras normalt sker inom LVM-hemmet. Vi har också antagit att det är ovanligt med sjukpenning eller pension till denna grupp.

Typfall 4. Missbrukare i fängelse.

Aktivitet	Genomsnittlig kostnad i kr/dag
Fängelse	1 600–2 000(ev. 300)
Socialbidrag	0
Sjukvård	10
Sjukpenning/Pension	150
Missbruk	0
TOTALT	1 760–2 160(ev. 460)

Medelvärde: 1 960 kronor per dag.

Typfall 5. Missbrukare i sluten sjukhusvård, inkl. avgiftning.

Aktivitet	Genomsnittlig kostnad i kr/dag
Sluten sjukhusvård inkl avgiftning	4 000(ev. 500)
Socialbidrag	0
Sjukpenning/Pension	150
Missbruk	0
TOTALT	4 150(ev. 650)

Typfall 6. Missbrukare i någon form av öppenvård och samtal.

Aktivitet	Genomsnittlig kostnad i kr/dag
Socialtjänstens öppenvård	50–180
Sjukvårdens öppenvård	600–900
Socialbidrag	120
Sjukpenning/pension	100
Kriminalvård	70
Missbruk	145
TOTALT Socialtjänstens öppenvård	485–615 M= 550
TOTALT Sjukvårdens öppenvård	1 035–1 335 M= 719

Sjukvårdens öppenvård

Den ena populationen omfattar två olika öppenvårdsprogram för missbrukare med psykisk störning. Dessa kostar mellan 600 och 900 kronor per dag.

Socialbidrag

Individer som deltar i öppenvård har kostnader för boende och mathållning i samma omfattning som tidigare.

Sjukpenning/pension

De av individerna som inte har socialbidrag försörjer sig via sjukpenning eller pension.

Kriminalvård

I en öppen behandlingsverksamhet rör sig individerna i samhället och begår kriminella handlingar, om än inte i samma utsträckning som när de inte befinner sig i vård eller behandling. Det är t.ex. inte ovanligt med frivård eller kortare tider i häkten. Kostnaden för frivård per dag är 90 kronor och kostnaden för häkte är 1 900 kronor.

Missbruk

Här används beräkningar som gjorts för populationen missbrukare med psykisk störning där var och en intervjuats om pågående missbruk samt jämförelser med prov som tagits i öppenvårdsprogrammet. Eftersom populationerna visar ungefär samma mönster när det gäller vilka droger som används, dvs. att samtliga är blandmissbrukare med amfetamin som dominerande drog, har vi valt att använda den framräknade kostnaden och anse den vara rimlig.

Samlade kostnader

Vi kan då ställa upp följande modell om vi räknar med de ovan beskriva kostnaderna per dag för en missbrukare. Vi har utgått från att det finns totalt 17 000 tunga narkotikamissbrukare i Sverige. Denna siffra baserar sig på den senaste nationella kartläggningen som gjordes år 1992 (UNO-undersökningen). Den 31 mars 1999 genomförde Socialstyrelsen en kartläggning av antalet missbrukare

i behandling (Insatser och Klienter i Behandlingsenheter för vuxna missbrukare av alkohol och andra droger). Nedanstående tabell är baserad på denna kartläggning. Beläggningen på kriminalvårdens anstalter är hämtad från Kriminalvårdens offentliga statistik 1999. Beläggningen avser den 1 april 1999.

	Antal	Kostnad i kr/dag	Totalt
Aktivt missbruk	8 493	1 390	11 805 270
Behandlingshem, SoL	974	1 060	1 032 440
Behandlingshem, LVM	224	2 850	638 400
Fängelse	1 652	1 865	3 080 980
Sluten sjukhusvård	315	4 150	1 370 250
Öppenvård			
Socialtjänsten	4 592	550	2 525 600
Sjukvården	974	719	700 360
Summa	17 000		21 090 246

Av totalt 24 210 personer som enligt Socialstyrelsen kartläggning befann sig i vård den 31 mars 1999 var 19 procent i vård endast för narkotikamissbruk (4 600 individer) och 33 procent för både alkohol- och narkotikamissbruk (7 989 individer). Siffrorna inkluderar de 902 personer som redovisats inom kriminalvårdens behandlingsprogram. Dessa har räknats bort då data om intagna på kriminalvårdsanstalt har hämtats från Kriminalvårdsstyrelsens statistik. Alla enheter har inte redovisat typ av missbruk varför antalet individer i vår sammanställning inte överensstämmer exakt med Socialstyrelsens data. Summan i vår beräkning är 4 557 individer med enbart narkotikamissbruk och 7 880 med både alkohol- och narkotikamissbruk. I UNO-undersökningen redovisades att 50 procent av narkotikamissbrukarna hade ett samtidigt missbruk av alkohol. Vi har därför i dessa beräkningar antagit att antalet tunga narkotikamissbrukare är lika många i gruppen med både alkohol- och narkotikaproblem som i gruppen med enbart narkotikaproblem. Detta för att få en ungefärlig lika fördelning som i UNO-undersökningen. Detta gäller dock inte för fängelse och sluten sjukvård där gruppen med enbart narkotikamissbruk var större varför det faktiska antalet gäller.

Av Socialstyrelsens redovisning finns 714 missbrukare på enheter för både sluten och öppen vård men dessa siffror har inte särredovisats. Vi har gjort ett antagande att 30 procent av de redovisade

klienterna finns inom den slutna delen och 70 procent i öppen vård.

Med dessa antaganden som grund skulle 9 114 tunga missbrukare finnas i någon form av vård den 31 mars 1999 vilket motsvarar lite drygt hälften av den antagna totalpopulationen. Vi kan också se att en minimiskattning av kostnaderna för det tunga narkotikamissbruket i dag rör sig i storleksordningen 21 miljoner kronor per dag.

Vi kan också av modellen se att slutna sjukhusvård är den absolut dyraste vårdformen följt av LVM-vård och fängelse. Varje missbrukare som finns i fängelse ger en merkostnad per dag på 805 kronor jämfört med behandlingshem. Å andra sidan tjänar samhället 330 kronor per dag om missbrukaren finns på behandlingshem jämfört med i ett aktivt missbruk, eller 840 kronor per dag i öppenvård.

Enligt ovanstående beräkningar handlar en genomsnittlig tung missbrukare narkotika för 600 kronor per dag. För de cirka 8 500 aktiva missbrukarna gör det 5,1 miljoner kronor per dag som strömmar över från den vita till den svarta marknaden. Till detta kommer de belopp som betalas av den ökande gruppen sporadiska missbrukare. Narkotikakommissionen har inte försökt att uppskatta dessa kostnader då vi saknar kunskap om både omfattning och missbruksmönster. Det är därför angeläget att samhället skaffar sig en bättre kunskap om denna grupp än vad vi har i dag.

Av Narkotikakommissionen utgivet material

Narkotikakommissionen har kontinuerligt publicerat så kallade diskussionspromemorior. Dessa promemorior har spridits till myndigheter, organisationer och andra berörda samt lagts ut på Narkotikakommissionens hemsida på Internet (<http://www.sou.gov.se/narkotikakom>). Rapporterna – vilka innehåller kommissionens övervägande 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. Diskussionspromemoria nr 1, som utgavs i april 1999, har efter utgivningen av delbetänkandet *Narkotikastatistik – om samhällets behov av information om narkotikautvecklingen* (SOU 1999:90) ersatts av detta.

I det följande presenteras en kort beskrivning av innehållet i det publicerade materialet. Det skall betonas att de analyser och de förslag som förs fram i diskussionspromemoriorna är preliminära och endast förslag som återfinns i delbetänkandet SOU 1999:90 och i detta slutbetänkande utgör Narkotikakommissionens slutliga ställningstaganden.

Narkotikastatistik. Om samhällets behov av information om narkotikautvecklingen, SOU 1999:90. Augusti 1999.

I betänkandet har Narkotikakommissionen granskat hur väl samhällets statistik speglar narkotikautvecklingen avseende antalet missbrukare och deras missbruksmönster, mängden narkotika i landet, narkotikamissbrukets konsekvenser och omfattningen av vård och behandlingsinsatser. I betänkandet analyseras de problem som är förknippade med insamling av uppgifter kring narkotikahandling och narkotikamissbruk. Dessutom lämnas förslag som syftar till att förbättra möjligheterna att belysa narkotikautvecklingen och vård- och behandlingsinsatserna. Narkotikakommissio-

nen föreslår också att Folkhälsoinstitutet får ett övergripande ansvar för att ställa samman och analysera nationella data.

PM nr 2 Narkotikalagstiftning, maj 1999

De regler som styr samhällets insatser mot narkotikan återfinns i en lång rad olika lagar vilket gör narkotikalagstiftningen relativt svåröverskådlig. Promemorian innehåller en sammanställning av dessa regler, men innehåller inga förslag. Bland annat beskrivs FN:s narkotikakonventioner, den lagstiftning som styr den legala hanteringen av narkotika liksom den lagstiftning som har till syfte att begränsa den illegala hanteringen. Dessutom inkluderas den lagstiftning som reglerar det förebyggande arbetet och samhällets vårdinsatser.

PM nr 3 Narkotikarelaterad död, juni 1999

Promemorian innehåller en genomgång av befintliga statistiska uppgifter om narkotikarelaterade dödsfall, en analys av orsakerna till den narkotikarelaterade dödligheten och vissa internationella jämförelser. En specialundersökning av dödsfallen i Stockholmsregionen presenteras och en jämförelse görs med den officiella statistiken från samma område. Ökningen av antalet dödsfall berör främst äldre missbrukare, där olika komplikationer tillstöter. Antalet akuta injektionsdödsfall har varit relativt konstant under en tioårsperiod. En sammanfattning av promemorian finns översatt till engelska och ryska.

PM nr 4 Party, utanförskap och stress – ett diskussionsunderlag om ungdomar, narkotika och frånvarande vuxna, oktober 1999

Promemorian innehåller en redovisning och analys av gruppintervjuer med ett hundratal ungdomar på ett femtontal orter runt om i Sverige. Med ungdomarna har diskuterats hur de uppfattar narkotikaproblematiken och hur de ser på samhällets insatser och information om droger. I rapporten presenteras också visst bakgrundsmaterial. Kommissionen konstaterar att det finns fyra områden som behöver ytterligare belysning – det ökade tablettmissbruket, stressens betydelse för narkotikaanvändning, utanförskapets betydelse och vuxenvärldens abdikering.

PM nr 5 Kompetens inom narkomanvården, februari 2000

I promemorian behandlas kunskaps- och utbildningsbehov inom missbrukarvården. En översikt över befintliga utbildningar ges och ett förslag om en magisterutbildning i missbrukarvård lämnas. Promemorian innehåller också en översikt över forskning om vård av narkotikamissbrukare. Narkotikakommissionen betonar att forskning om missbrukarvården och relaterade ämnen är nödvändig för att kompetensen skall kunna utvecklas och vidmakthållas. För att detta skall bli möjligt måste det ske ett ömsesidigt utbyte mellan verksamheten på fältet och forskningsmiljöerna.

PM nr 6 Kontroll av narkotiska läkemedel, mars 2000

I promemorian granskas reglerna för kontroll av narkotiska läkemedel och hur man kan begränsa läckaget av sådana läkemedel till den illegala marknaden. En stor del av de narkotiska läkemedlen på den svenska illegala marknaden är insmugglade till Sverige. De åtgärder som kan vidtas mot dessa skiljer sig i stort inte från de åtgärder som vidtas för att förhindra att annan illegal narkotika kommer in i landet. Narkotikakommissionen behandlar också frågan hur man skall kunna förbättra tillsynen av de läkare som av en eller annan anledning förskriver stora mängder narkotiska läkemedel till missbrukare.

PM nr 7 Narkotikaprevention – en lägesbeskrivning, april 2000

Promemorian innehåller en genomgång av det förebyggande arbetet, speciellt i förhållande till ungdomar. I promemorian ger företrädare för myndigheter och organisationer sin syn på det förebyggande arbetet. Det framgår bl.a. att politiker och tjänstemän ofta framhåller vikten av förebyggande arbete i olika policydokument. Trots detta saknar området i praktiken ofta både status och erforderliga resurser. Kommissionen konstaterar bl.a. att det krävs bättre kunskaper bland dem som arbetar med ungdomar i att upptäcka olika drogtecken och symptom och bättre kunskaper i att föra samtal som kan motivera till förändrad livsstil. Kommissionen menar också att det krävs bättre samarbete mellan de centrala och lokala nivåerna samt konkreta målformuleringar i såväl nationella som lokala handlingsplaner.

PM nr 8 Återspeglings – en uppföljning av drogers funktion hos sex socialt integrerade män, juni 2000

För att få en bild av hur personer som använder narkotika regelbundet, men i övrigt är integrerade i samhället, ser på sin narkotikaanvändning gav Narkotikakommissionen forskaren Hans Knutagård i uppdrag att göra en uppföljning av sin magisteruppsats, *Rekreationellt bruk av droger – mervärde eller egenvärde*, om sex socialt integrerade män med en regelbunden konsumtion av narkotika. I promemorian presenteras en uppföljning av samma män två år efter det att den förra undersökningen gjordes.

PM nr 9 Offensiv narkomanvård 10 år efter – en uppföljning av den kommunala missbrukarvården i Varberg, Göteborg och Norrköping, juni 2000

I promemorian redovisas hur den kommunala missbrukarvården är uppbyggd i Varberg, Göteborg och Norrköping. Dessa kommuner har valts därför att Socialstyrelsen där under hösten 1990 gjorde ingående studier med gemensamma frågeställningar av öppenvården för narkotikamissbrukare, vilket ger en möjlighet att belysa utvecklingen under 1990-talet. I promemorian lämnas också vissa bakgrundsfakta om den nationella utvecklingen av narkotikamissbruket och av missbrukarvården.

PM nr 10 Kriminalvårdens åtgärder mot narkotikamissbruk, oktober 2000

I promemorian lämnas en redovisning av narkotikasituationen inom kriminalvården, en beskrivning av de regler för kontroll av narkotika som kan tillämpas inom kriminalvården och en beskrivning av vård- och behandlingsinsatser mot narkotikamissbruk inom kriminalvården. Narkotikakommissionen anser att kriminalvårdens insatser i högre grad än i dag måste inriktas på att motivera missbrukare till behandling och att samverkan med socialtjänsten måste förbättras. Narkotikakommissionen lägger också vissa förslag som avser att underlätta kontrollen av narkotika på häkten och i anstalter.

PM nr 11 Kontroll av den illegala narkotikahandeln – åtgärder för att begränsa tillgången på narkotika, november 2000

I promemorian behandlas samhällets åtgärder för att begränsa tillgången på narkotika. Det konstateras att det i dag finns en heltäckande lagstiftning på kontrollområdet; 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. Narkotikakommisionen föreslår inte några förändringar i de nu gällande straffbestämmelserna i narkotikastrafflagen eller i den straffmätning som tillämpas i narkotikamål.

PM nr 12 En strategi för lokalt narkotikaförebyggande arbete, november 2000

I promemorian presenteras förslag till hur lokalt förebyggande arbete mot droger kan förstärkas och utvecklas. Fokus riktas mot insatser för att minska efterfrågan på droger bland ungdomar. Rapporten innehåller bakgrundsanalyser, vissa internationella utblickar och en diskussion om grogrunden för missbruk. Principerna för vad som bör ingå i en preventionsstrategi samt hur en sådan kan utformas behandlas utförligt.

PM nr 13 Internationellt narkotikasamarbete, december 2000

I promemorian behandlas de legala grunderna för det internationella narkotikasamarbetet och hur detta har utvecklats. En presentation görs av de viktigare internationella organen, såsom olika FN-organisationer, biståndsorgan och europeiska samarbetsorganisationer, vilka är involverade i narkotikakontrollen eller i annat samarbete kring narkotika. Narkotikakommisionen lämnar också förslag om hur Sveriges insatser i det internationella samarbetet på området bör prioriteras.