

Tema 4. Hur ska samhället förhålla sig? – Prevention och politik

2. Olika typer av politik - begrepp

Frågan om användning av narkotika ska vara tillåtet eller förbjudet är narkotikapolitikens mest centrala frågeställning. I debatten förekommer ett flertal begrepp. Narkotikapolitiken innehåller också målkonflikter som bland annat diskuteras i tidigare Folkhälsoinstitutets kunskapsöversikt Narkotikan i Sverige och här nedan kort ska beröras.

Repressiv

Avser en narkotikapolitik som i huvudsak eller ensidigt består av insatser riktade mot olika led i narkotikamarknaden – från produktion och distribution till konsumtion i kombination med hårda sanktioner och straff. Insatserna är ofta polisiära, ibland även militära. Begreppet *War on drugs* används som en beskrivning av en repressiv politik.

Restriktiv

Synonymer till ordet restriktiv är återhållsam, måttfull, sparsam, begränsande, inskränkande, hindrande eller prohibitiv.

Med restriktiv narkotikapolitik avses en politik som bygger på ett förbud mot innehav av förbjuden narkotika (narkotika för icke-medicinskt bruk) och i Sverige även förbud mot användning.

En restriktiv politik utgår från totalkonsumtionsmodellen och syftar till att begränsa användning och spridning av narkotika genom olika typer av lagstiftning och åtgärder riktade mot utbud och efterfrågan. Den svenska restriktiva modellen består av en kombination av:

- generella insatser som lagstiftning och kontrollåtgärder
- förebyggande insatser (exempelvis information, välfärdspolitik, fritidsverksamhet, policyarbete i arbetslivet och skolan)
- tidiga insatser (att tidigt upptäcka och intervensera med stöd av polis vid brott och sociala insatser, frivilliga men även med stöd av tvingande lagstiftning som LVU och LVM)
- vård- och behandling

”Liberal” narkotikapolitik

Med ”liberal” narkotikapolitik avses vanligen en politik som förespråkar att användning och innehav av droger för eget bruk, främst cannabis, ska vara tillåtet genom avkriminalisering eller legalisering. Ibland förekommer begreppet *permissiv* som betyder tillåtande eller tolerant.

Avkriminalisering

En avkriminalisering innebär att användning och innehav av narkotika för eget bruk inte längre ska vara förbjudet och straffbart. Däremot kvarstår förbudet mot produktion, handel och försäljning av olaglig narkotika. Det är således påföljden som ändras vid en avkriminalisering.

I det svenska fallet finns fängelsestraff med i straffskalan för ringa narkotikabrott, men där fängelse aldrig utdöms utan endast böter. Syftet med påföljden fängelsestraff i detta fall är endast att

möjliggöra för polisen att kunna göra tvingande kroppsbesiktning, det vill säga ta urin- eller blodprov för att säkra bevis. En avkriminalisering i det svenska fallet skulle innebära att denna möjlighet togs bort och att användning inte skulle vara straffbart.

Legalisering

Med legalisering avses en politik som tillåter produktion, distribution och användning av narkotika även för icke-medicinskt bruk.

I debatten om legalisering av cannabis och även annan narkotika förekommer begreppet reglering och avser olika former och grader av begränsningar av en fri marknad. Det kan vara ett licenssystem för privata företag eller statligt monopol på produktion, distribution och försäljning. Det kan vara åldersgränser, regler för öppettider och reklam, regler för omfattning av skattebefriad hemodling, produktkontroll och beskattning och placering av butiker i förhållande till exempelvis skolor. Legaliseringsförespråkare i Sverige gör ofta jämförelsen med den svenska alkoholpolitiska modellen och resonerar i termer av "systembolag" för cannabis.

Den hittills mest långtgående och liberala lagstiftningen för reglering av cannabismarknaden finns i Colorado i USA.

Harm reduction

Med harm reduction eller skadereducering avses insatser för att reducera skadliga konsekvenser associerade med narkotikabruk. Exempel på sådana insatser är information om hur man använder narkotika på ett säkrare sätt, möjligheter till testning av preparat, utdelning av Naloxon, sprututbyte, sprutrum för injicering, substitutionsbehandling och legal förskrivning av heroin.

Även andra insatser som erbjudande av hälsokontroller, HIV-testning, tandvård och annan hälsovård liksom annan missbruksbehandling än substitutionsbehandling kan ses som en form av harm-reduction-insatser även om de vanligen inte associeras med detta i debatten.

Pyramidens topp eller bas

En återkommande fråga när det gäller narkotikaprevention och polisiära insatser är mot vilken del av narkotikamarknaden insatserna främst ska riktas, mot pyramidens topp eller bas - organiserad brottslighet, langning och tillgång å ena sidan eller användarna (konsumenterna) och efterfrågan å den andra sidan.

Argumentet för fokus på pyramidens topp är att användningen kan begränsas om tillgången begränsas. Så länge tillgången är ostörd finns användare. Argumentet för fokus på pyramidens bas och användarna är att så länge det finns en efterfrågan kommer det också att finnas en tillgång. Fokus på basen bygger också på utgångspunkten att spridningen av narkotikaanvändning sker på användarnivån. Att störa och intervensera mot användningen bidrar därför till att begränsa spridningen.

Miljöinriktad prevention – den restriktiva modellens grund

Detta synsätt utgår från så kallad miljöinriktad prevention och beskrivs i *Narkotikan i Sverige* och avsnittet *Policy för prevention*, sid 311 på följande sätt:

"Den bristande effektiviteten av kontrollpolitiken är dock inte tillräckligt argument för att legalisera och beskatta narkotika. Det finns uppenbara risker för att den beskattning som legaliseringen skulle införa i sin tur skulle skapa utrymme för en illegal marknad med narkotika till lägre priser, på samma

sätt som på alkoholområdet. Den totala effekten skulle därför kunna bli negativ. Dels skulle det sociala priset sänkas genom legalisering, den fysiska tillgängligheten skulle öka och prisnivån skulle sannolikt sänkas under den nuvarande genom att en del av marknaden skulle undandras beskattning.

Däremot finns det anledning att överväga nya metoder för att öka upptäcktsrisken. För presumtiva narkotikaanvändare räcker inte kriminalisering som åtgärd om det inte samtidigt finns en trovärdig risk för att bli ertappad och straffad. Sedvanligt polisiärt spaningsarbete är här otillräckligt.

Avgörande är istället att risken för upptäckt ökar i de miljöer som är av störst betydelse för personer som är socialt intakta: arbetsplatsen, skolan, trafiken, krogen. Detta är grundtanken med den miljöinriktade preventionen: samhällsmiljön arrangeras på sådant sätt att det blir svårt eller oattraktivt att använda narkotika; man vill inte riskera sin anställning, sin utbildning, sitt körkort – eller sitt sociala anseende. För den enskilde narkotikabrukaren som inte utvecklat ett tungt beroende kan dessa omständigheter räcka för att få det mentala beslutsmaskineriet att väga över mot att inte använda eller att upphöra med att använda narkotika.”

Målkonflikter

Målet för den svenska restriktiva modellen är ett narkotikafritt samhälle som fastställdes av riksdagen redan 1978 och har sedan dess stått fast. Målet ska uppfattas som ett mål att sträva mot motsvarande exempelvis nollvisionen för döda i trafiken. Målet för harm reduction är att minska skadeverkningar, inte att minska bruket.

De målkonflikter som finns inom narkotikapolitiken beskrivs och diskuteras i kunskapsöversikten *Narkotikan i Sverige* och kapitlet *Policy för prevention*.

Den restriktiva modellen

I den restriktiva modellen är användning av narkotika för icke-medicinskt bruk förbjudet och därmed straffbart (böter, kontraktsvård men ej fängelse). Fokus ligger på prevention och att begränsa användningen. Straff och vård anses inte stå i motsättning till varandra utan ses som kompletterande insatser. Straffrättsliga påföljder antas ha en avhållande och förebyggande effekt. Utgångspunkten är miljöinriktad prevention där kombinationen av regel – upptäcktsrisk – konsekvens påverkar flertalets beteende. Jämförelse med trafiken kan göras.

I samband med polisingripande och straffrättslig påföljd erbjuds den dömda möjligheter till vård och behandling. Detta gör det möjligt att tidigt upptäcka och ingripa mot främst unga narkotikaanvändare och erbjuda vård och behandling. Utan ett förbud och straffrättslig påföljd skulle möjligheten att ingripa inte finnas. Att söka och få tillgång till vård och behandling skulle då bygga endast på frivillighet.

I den restriktiva modellen finns även ingripande åtgärder inom sociallagstiftningen med LVM (Lagen om vård av missbrukare i vissa fall) och LVU (Lagen om vård av unga) som möjliggör ingripande för behandling mot den enskildes samtycke.

Ett argument för denna modell är att individen själv inte alltid är medveten om och inser problemet, särskilt när det gäller unga. I EU:s narkotikarapport konstateras att genomsnittsåldern för cannabisdebut inom EU är 16 år. Genomsnittsåldern för den som söker vård för sina cannabisproblem är 25 år. Det innebär att det tar tio år innan en ung cannabisanvändare själv

upptäcker att hen har problem och behöver hjälp. Omgivningen däremot, ser vad som pågår långt tidigare. Ett exempel från en fallbeskrivning kan illustrera problemet.

“När X är 16 år började han tappa kontrollen allt mer. Han började i Y-gymnasiet och där förekom det otroligt mycket droger. Redan första dagen hade han gått iväg med fem personer från klassen och rökt cannabis. Han berättade också att de såldes mycket droger öppet här. Han berättar att det gick 15 personer i hans klass varav 12 använde droger. Här kom X på idén att skolan var ett bra ställe att öka sin drogförsäljning på vilket var det som hände. Han började nu hålla på frekvent med amfetamin och ecstasy. X beskriver också att hans yttre kontrollförlust börjar bli starkare och han vet inte riktigt hur han ska göra. Han lever fortfarande i förnekelse och tycker inte problemen är så stora som folk runt omkring tycker.”

Den restriktiva modellen bygger på förutsättningen att det är legitimt för kollektivet (staten) att intervensera mot den enskildes vilja. Den juridiska grunden för detta är Narkotikastrafflagen, Lagen om vård av unga (LVU) och Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM).

Harm reduction

I harm-reduction-modellen är utgångspunkten att användning av narkotika för icke-medicinskt bruk ska vara tillåtet och därmed inte straffbart (avkriminalisering eller legalisering). Kollektivet (staten) har i en sådan modell inte möjlighet att ingripa mot den enskildes vilja. Vård och behandling bygger helt på frivillighet och vård och straff anses stå i motsättning till varandra.

Utgångspunkten är att ”rekreationsbruk” är ett mindre problem och ska vara tillåtet. Problematiskt bruk och beroende definieras som sjukdom. Sjukdom ska inte bestraffas utan vårdas.

Målet för behandling i den restriktiva modellen är drogfrihet. Målet för harm reduction-insatser är reducerad skaderisk och förbättrad hälsa. Insatserna syftar inte till drogfrihet utan till att individen kan fortsätta använda narkotika med reducerad risk och för substitutionsbehandling livslång medicinerings.

Ett konkret exempel är konflikten mellan insatserna LVM och sprutrum. En heroinberoende person kan omhändertas enligt LVM om personen utsätter sin fysiska och/eller psykiska hälsa för allvarlig fara, löper uppenbar risk att förstöra sitt liv eller kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller andra närstående.

I harm-reduction-modellen är den insats som ligger närmast tillhands i ett sådant fall att erbjuda substitutionsbehandling eller förskrivning av heroin och tillgång till sprutrum under övervakning.

Det finns även en skillnad i synen på patientens rättigheter. I boken *Droger som dödar* (2017) diskuterar Frida Petersson principen om att vården ska utgå från patientens behov och utföras med respekt för människors självbestämmande och integritet som finns formulerad i såväl Hälso- och sjukvårdslagen som Socialstyrelsens föreskrifter för läkemedelsassisterad behandling. Petersson diskuterar och kritiserar den kontroll av patienter som idag finns inom den läkemedelsassisterade behandlingen (LARO) exempelvis i form av urinprover, i vissa fall övervakat medicinintag och läkares bedömning av risk för läckage och där sjukvårdens bedömningar och inte patientens självbestämmande styr behandlingen. Petersson argumenterar för att begränsa kontrollaspekterna i behandlingen. I harm-reduction-modellen anses inte sådana åtgärder innebära en risk för spridning av narkotikabruket.

I den restriktiva modellen argumenteras ofta för att harm-reduction-insatser som substitutionsbehandling behöver omgärdas av tydliga regler och kontroll bland annat för att risk för läckage och spridning annars kan föreligga.

Den fråga som uppstår är om dessa modeller utesluter varandra eller om en restriktiv modell kan innehålla även skadebegränsande åtgärder. Kan förbudet mot användning av narkotika upprätthållas samtidigt med harm-reduction-insatser eller förutsätter dessa att användning av narkotika avkriminaliseras?

Den restriktiva modellen innehåller idag i sin praktiska tillämpning en kombination av dessa strategier och även om målkonflikter finns är frågan snarare hur avvägningar mellan olika insatser kan se ut, vilken typ av skadebegränsande insatser som bör användas och tillämpningen av dem.

I praktiken tillämpas idag en restriktiv modell när det gäller ungdomar som använder cannabis och annan narkotika, medan harm-reduction-insatser som substitutionsbehandling är vanligare när det gäller vuxna missbrukare även om LVM i viss utsträckning också används. Målet om ett narkotikafritt samhälle kvarstår.

Bilden är en förenklad sammanfattning av huvuddragen i de olika synsätten.