

Till Socialutskottet

## **En ny ANDTS-strategi för Sverige: Förslag gällande narkotikaområdet**

Vi som står bakom bifogade förslag till prioriterade insatser på narkotikaområdet ser med stigande oro hur människor med begynnande och allvarliga narkotikaproblem far illa i vårt land. Det gäller särskilt, men inte bara, den mycket höga narkotikadödligheten. Det är också oroväckande att de statliga anslagen till ANDTS-området har minskat under de senaste tio åren, från 260 miljoner per år 2011 till föreslagna 95 miljoner för 2021.

Undertecknade är eller har varit verksamma inom prevention, vård och behandling, socialtjänst, forskning och förvaltning. Vi har erfarenhet av att arbeta med narkotikarelaterade frågor i kommuner, regioner, myndigheter, universitet och internationella organisationer. Genom att utveckla och förstärka insatser och metoder, ta fram underlag och analyser samt delta i den offentliga debatten har vi tagit vårt ansvar och försökt påverka utvecklingen till det bättre.

Våra verksamheter är beroende av de narkotikapolitiska ramar och prioriteringar som Sveriges riksdag beslutar om. Vi hade gärna medverkat i arbetet med den nya ANDTS-strategin, men våra erfarenheter och vår expertis har inte efterfrågats. Vi vänder oss därför direkt till er ledamöter i socialutskottet i förhoppning om att ni vill lyssna på oss.

Utgångspunkten och grundprinciperna för våra förslag är att insatserna mot narkotika ska

- utformas med respekt för alla människors lika värde och den enskilda människans frihet och värdighet,
- utgå från FN:s tre narkotikakonventioner som Sverige har ratificerat, samt
- vila på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet.

Vi har identifierat fyra strategiska områden som enligt vår mening är i stort behov av utveckling och där en fokuserad satsning skulle ge stor utdelning. Vi avslutar med att utveckla hur vi ser på behovet av en översyn av den svenska narkotikapolitiken.

### **I. Information och analys av narkotikaanvändning i Sverige**

Den svenska narkotikastrategin är i stora och avgörande delar baserad på ofullständig och inaktuell information. Det gäller inte minst uppgifter om de mest utsatta grupperna, de som riskerar att dö på grund av överdos, där man brukar hänvisa till en omfattande studie gjord 1998 eller en registerbaserad beräkning från 2007. Det säger sig självt att man inte kan utgå från så gammal information när behovet av insatser beräknas.

På nationell nivå saknas också data om de individer som får insatser från socialtjänst, sjukvård och andra vårdgivare. Ett bland många exempel är läkemedelsassisterad behandling för personer som har ett opioidberoende. Det saknas kunskap om hur många som får sådan behandling och vi vet inte heller i vilken utsträckning de får psykosocial behandling eller hjälp med boende och sysselsättning från socialtjänsten. Slutligen vet inte hur det går för patienterna. *Vi återkommer till denna fråga i III. Vård och behandling.*

*Vi föreslår att:*

- Ett samordnat system för informationsinsamling och analys rörande användningen av narkotika samt insatser för personer med narkotikarelaterade problem byggs upp.
- Statliga myndigheter som är verksamma på området, dvs. Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Statens institutionsstyrelse, Inspektionen för vård och omsorg samt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, får ett gemensamt uppdrag att skyndsamt kartlägga vilken information som regelmässigt samlas in och analyseras rörande narkotikaanvändning, förebyggande insatser samt vård och omsorg.
- Utredningen Översyn av de statliga verksamheterna inom vård och omsorgssystemet (2011:4) får i uppdrag att särredovisa förslag rörande förebyggande insatser i syfte att främja hälsa och minska ohälsa och framtida vårdbehov hos personer som använder narkotika samt att åstadkomma en jämlik vård och omsorg i hela landet för personer med beroendeproblematik.

## **II. Förebyggande insatser**

Det förebyggande arbetet domineras av universell prevention, dvs. förebyggande insatser som riktar sig till hela befolkningen eller delar av befolkningen utan hänsyn till risk- och skyddsfaktorer. Det vanligaste är skolbaserat förebyggande arbete, särskilt ANT-undervisning och information om hälsorisker och andra negativa konsekvenser av droganvändning. SBU:s evidensgenomgång av förebyggande insatser för barn och unga visar att effekterna av sådan undervisning i bästa fall är små med avseende på kunskap, attityder och beteenden och att de inte är bestående.

Andra former av förebyggande arbete som utformas utifrån kunskap om specifika risk- och skyddsfaktorer förekommer i mycket mindre utsträckning. Det gäller både gruppnivå (selektiv prevention) och individnivå (indikerad prevention). Barn- och ungdomspsykiatri har ett visst ansvar när det gäller indikerad prevention, men det är socialtjänsten som har det huvudsakliga uppdraget att bedriva förebyggande arbete (§7 SoL). Under senare år har socialtjänstens verksamhet i allt högre utsträckning kommit att domineras av individriktade insatser och det förebyggande arbetet har hamnat i skymundan.

Indikerade förebyggande insatser tangerar socialtjänstens ordinarie individbaserade arbete och kan fungera om det finns kunskap om tidiga insatser och beroendefrågor. Det står sämre till med selektiva förebyggande insatser. Till exempel saknar ungefär hälften av kommunerna fältarbetare ute bland ungdomar en vanlig vardagskväll eller lördagskväll. Det uppsökande arbetet har i praktiken överlåtits åt polisen, som i växande utsträckning begär urinprov vid skälig misstanke om bruk av narkotika.

*Vi föreslår att:*

- Ett gediget förändringsarbete inleds för att bredda och fördjupa det förebyggande arbetet så att det i mycket större utsträckning än nu innefattar interventioner för grupper med en ansamling av riskfaktorer i kombination med otillräckliga skyddsfaktorer (selektiv prevention) och för individer i riskzonen för att utveckla allvarliga problem (indikerad prevention).
- Resurser avsätts för ett kunskapslyft inom socialtjänsten med sikte på att socialtjänsten ska kunna axla huvudansvaret för selektiv och indikerad prevention.
- Ett nationellt kunskapscentrum för prevention inrättas för att samla och sprida forskningsresultat samt stödja implementeringen i kommuner och regioner. Till detta kunskapscentrum knyts ett preventionsforskningsprogram för att främja kunskapsuppbyggnad och bidra till samspel mellan forskning och högre utbildning. Olika typer av problembeteenden – som våldsutövning, kriminalitet och skadligt bruk av alkohol eller narkotika - har många gemensamma riskfaktorer. Interventioner på ett område kan även ha gynnsamma effekter på andra problemområden. Programmet bör därför stödja tvärssektoriell och tvärvetenskaplig samverkan.

### **III. Vård och behandling**

Vissa saker har under de senaste åren förbättrats inom missbruks- och beroendevården. Socialstyrelsen har publicerat adekvata nationella riktlinjer för området. I synnerhet regelverket och rekommendationerna kring läkemedelsassisterad rehabilitering för opioidberoende har successivt uppdaterats så att de nu ligger i linje med internationell vetenskap och beprövad erfarenhet. Beroendemedicin har sedan 2015 etablerats som en tilläggspecialitet för läkare och det har startats en professionsförening för psykologer inom beroendområdet.

Samtidigt har praktiska problem i missbruks- och beroendevårdens arbetssätt och organisation kvarstått eller till och med förvärrats. Den svenska narkotikadödligheten är fortsatt hög. Svårt sjuka patienter bollas ofta runt mellan olika vårdgivare och samhällsinstanser utan att någon tar ett övergripande behandlingsansvar. Inte minst gäller detta patienter som har en psykiatrisk samsjuklighet utöver sitt beroende.

Vi har identifierat följande problemområden:

1. Det splittrade huvudmannskapet. En förutsättning för att utveckla god vård där människor inte "faller mellan stolarna" är att det finns tydliga ramar för vem som ska göra vad. Så är det tyvärr inte idag, då ansvaret för vård- och behandlingsinsatser är splittrat mellan sjukvården och socialtjänsten.

2. Bristen på adekvat, aktuell information om narkotikasituationen och missbruks- och beroendevården i Sverige. Som nämndes i avdelning I har det inte gjorts någon grundlig undersökning sedan 1998 av hur många svenskar som lider av olika beroendetillstånd. Lika

bristfällig är uppföljningen av hur vården ser ut: vi vet exempelvis inte hur många som erhåller vård och behandling för olika beroendetillstånd, vilka insatser de i så fall erbjuds och hur behandlingsresultaten ser ut. Initiativ med kvalitetsregister m.m. försvåras påtagligt av det splittrade huvudmannskapet. *Se också I. Information och analys av narkotikaanvändning i Sverige.*

3. Problem gällande tvångsvården för beroende (LVM). Innehållet och utformningen av LVM som en angelägenhet primärt för socialtjänsten avspeglar inte behoven hos den ofta multisjuka patientgrupp som idag blir föremål för tvångsomhändertaganden. Tvångsvård innebär ett stort ingrepp i den personliga autonomin, vilket ställer särskilt stora krav både kvaliteten i utredningsprocessen och vården. Idag brister LVM-vården alltför ofta i dessa aspekter.

4. Kriminalisering och stigmatisering. Icke-förskrivet bruk av narkotika är sedan drygt 30 år kriminaliserat i Sverige, och allt fler personer lagförs för detta. Mycket tyder på att de negativa effekterna av kriminaliseringen kan vara betydande, exempelvis ökad stigmatisering och socialt utanförskap för personer som använder narkotika. Det kan också fördröja vårdsökande, inte minst i akuta situationer, och försvåra implementering av skadereducerande åtgärder. Synen på narkotikaanvändning som en i första hand straffrättslig fråga riskerar att snedvrider samhällets insatser för att komma till rätta med narkotikaproblemen.

*Vi föreslår att:*

- En reform genomförs där ansvaret för behandling av beroendetillstånd samordnas och organiseras på ett bättre sätt än idag. Problem med bristande samordning gäller i synnerhet för personer med allvarliga beroendeproblem, där beroendeproblemen åtföljs av psykiatrisk samsjuklighet och omfattande social problematik. Samsjuklighetsutredningen (S 2020:08) utreder för närvarande hur samordnade insatser när det gäller vård, behandling och stöd kan säkerställas för barn, unga och vuxna personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd. Vi är positiva till detta utredningsarbete. Det behövs en reform som kan ge förutsättningar för en mer kunskapsbaserad, effektiv och inkluderande vård för personer med beroendeproblem.
- Tillgången till läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende förbättras. Även om tillgången till sådan behandling har ökat i Sverige under 2010-talet är den fortfarande avsevärt lägre än i våra nordiska grannländer. Tillgången skiljer sig dessutom åt mellan de svenska regionerna – vissa regioner har långa väntetider, medan andra kan erbjuda läkemedelsassisterad behandling inom veckor eller dagar. Även kvaliteten i behandlingen behöver förbättras. Vårdinnehåll och förhållningssätt skiljer sig ofta avsevärt åt mellan olika regioner, och även mellan olika vårdgivare inom samma region, vilket medför en ojämlig vård.
- De befintliga tvångsåtgärderna ses över. Tvångsvården för vuxna med beroendeproblem bör reformeras eller omformas i en ny lag, där patientgruppens behov kan tillgodoses på ett mer adekvat sätt.

- Vårdinsatser riktade till personer med pågående skadlig användning av narkotika förstärks och utvecklas. *Vi tar upp detta mer ingående i avsnitt IV. Narkotikarelaterad dödlighet.*
- Det görs specifika satsningar på kartläggning och uppföljning, med särskilt fokus på sjuklighet, dödlighet och relevanta vårdinsatser. Med en tydligare uppföljning av vilka vårdinsatser som ges, exempelvis med hjälp av kvalitetsregister eller andra riktade satsningar, kan man säkra att nationella riktlinjer m.m. omsätts i praktiken och verkligen når patienterna i alla delar av landet.

#### **IV. Narkotikarelaterad dödlighet**

Den narkotikarelaterade dödligheten har ökat mycket kraftigt i Sverige sedan början av nittioalet. Enligt den senast tillgängliga statistiken som avser år 2019 inträffade 894 dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar bland invånare 15 år och äldre. Mer än hälften av fallen är opioidöverdoser.

När Folkhälsomyndigheten rapporterar till EU används ett annat mått. Enligt detta avled 540 personer under 2019 till följd av överdos. Därmed hör vi till de länder inom EU som rapporterar högst andel narkotikarelaterade dödsfall per miljon invånare i åldrarna 15-64 år: 77 jämfört med EU-genomsnittet 15. Danmark och Finland har lägre dödlighet än Sverige medan Norge ligger på Sveriges nivå.

Att situationen i Sverige är mycket allvarlig kan det inte råda något tvivel om. Enligt en vetenskaplig artikel publicerad i "Scandinavian Journal of Public Health" har den totala dödligheten för unga vuxna i Sverige legat på samma nivå under åren 2000-2017, medan den i resten av Europa har sjunkit med 42 procent under samma period! Den främsta anledningen till den negativa utveckling i Sverige är droganvändning, främst av opioider, där dödligheten har ökat med 60 procent.

Den ökade dödligheten i Sverige kan framför allt kopplas just till opioider, en substansgrupp som innefattar illegala droger (heroin), narkotikaklassade läkemedel (som fentanyl, metadon och oxikodon) och nya psykoaktiva substanser (ofta kallade nätdroger). Opioider förekommer i runt 80 procent av de registrerade narkotikarelaterade dödsfallen och i mer än 90 procent av de dödliga överdoserna. Det stora flertalet av dödsfallen är blandintoxikationer där även andra substanser använts, förutom opioiderna.

De som löper störst risk att överdosera är alltså personer som brukar opioider. En särskilt utsatt grupp är personer med psykiatrisk samsjuklighet som har en förhöjd risk för ett sämre förlopp, inbegripet överdos, och därför har särskilda behov av adekvat hjälp i tid. Allra störst är risken vid återfall efter en period av avhållsamhet, t.ex. efter häktning, fängelse eller behandlingshem, vilket beror på att kroppen inte tål samma dos som tidigare.

Narkotikarelaterade dödsfall kan förebyggas på flera sätt. Naloxon är ett läkemedel som häver överdoser av opioider. Att ha tillgång till detta läkemedel i det akuta läget är helt avgörande för chansen att överleva. På längre sikt krävs det en verkningsfull och uthållig narkotikapolitik för att minska både utbud och efterfrågan. Inte minst viktigt är det att minska antalet människor som utvecklar ett problematiskt bruk av narkotika, särskilt opioider.

Till de utbudsminskande åtgärderna hör inte bara polisens och tullens arbete utan också åtgärder mot felaktig förskrivning eller överförskrivning av narkotikaklassade läkemedel. Utbildning av läkare, begränsningar av förpackningsstorlekar liksom ingripanden mot överförskrivande läkare är exempel på sådana åtgärder.

Idag är det möjligt att få recept på narkotikaklassade läkemedel från flera läkare samtidigt. För att komma till rätta med detta har riksdagen beslutat om en nationell läkemedelslista som ska göra det möjligt för läkare att se varandras förskrivningar. Genomförandet har skjutits upp på grund av pandemin.

God tillgång till effektiv behandling leder i det långa loppet till minskad dödlighet. Enligt en studie i Region Skåne har det stora flertalet av de som avlider fått insatser från socialtjänst, sjukvård eller kriminalvård under året innan de avled. Varför dessa insatser inte varit tillräckliga för att förhindra dödsfall bör utredas. Om liknande förhållanden gäller för resten av landet är inte känt.

*Med tanke på det allvarliga läget föreslår vi att:*

- En haverikommission tillsätts med uppgift att så långt som möjligt och i så många fall som möjligt (1) kartlägga händelseförloppet fram till döden, och på grundval av vad som därav framgår och med hänsyn tagen till skillnader mellan kön och åldersgrupper (2) föreslå åtgärder som vänder utvecklingen och påtagligt minskar risken att dö till följd av överdosering.
- Vårdinsatser riktade till personer med pågående skadlig användning av narkotika förstärks och utvecklas. Att erbjuda sprutbytesprogram och utdelning av nässpray med naloxon bör bli obligatoriskt för samtliga regioner.
- Utdelningen av naloxon bör utvidgas så att läkemedlet inte bara erbjuds till narkotikabrukare utan också till deras närstående och andra som i sin verksamhet kan tänkas möta personer med risk för överdos (exempelvis poliser och ordningsvakter).
- Parallellt med utdelningen av naloxon bör regioner och kommuner anordna utbildning i hur man känner igen och häver en överdos. Det är viktigt att utbildning även erbjuds andra yrkesgrupper som socialarbetare och behandlingspersonal på hem för vård eller boende. Utbildningen bör också omfatta hur man agerar för att rädda liv när naloxon inte finns till hands.
- En utveckling och spridning av andra skadebegränsande insatser genomförs. Exempel på sådana insatser är Bostad först, överdosprevention, behandlingsinsatser med lågtröskelprofil och boendeinsatser där narkotikabruk inte leder till att insatserna avbryts. Stödet i forskningen och de lokala och regionala behoven bör vara avgörande för vilka insatser som prövas och används i Sverige.
- Kampanjer riktade till samhällsorgan, frivilligorganisationer och andra stödverksamheter utformas för att medvetandegöra dessa om att risken för överdos är

förhöjd den närmaste tiden efter frigivning eller utskrivning från vård och att det krävs särskilt stöd för att förhindra återfall.

- Kriminalvården åläggs att systematiskt diagnostisera beroendesjukdomar, med särskilt fokus på opioidberoende, och senast inför frigivning erbjuda intagna läkemedelsassisterad behandling. Kriminalvården åläggs även att inför frigivning dela ut naloxon och utbilda i hur det ska användas.

## **Behovet av översyn av svensk narkotikapolitik**

Icke-förskrivet bruk av narkotika är sedan drygt 30 år kriminaliserat i Sverige. Kriminaliseringen innebar en förskjutning av tyngdpunkten i det offentliga insatser mot olovlig användning av narkotika från ”det socialrättsliga till det kriminalrättsliga fältet” (dåtidens terminologi). Det råder enligt Brå ingen tvekan om att lagändringen för rättsväsendets del har medfört att fokus flyttats från överlåtelse (langning) till eget bruk. Att döma av den kraftiga ökningen av antalet anmälda ringa narkotikabrott - 300 procents ökning de senaste tjugo åren, från 28 200 till 112 800 – går en betydande och ökande del av polisens utredningsresurser till att utreda misstanke om olovligt bruk och innehav för eget bruk.

Sedan polisen fick befogenheter att avkräva urin- eller blodprov vid skälig misstanke om olovligt bruk av narkotika har antalet provtagningar mer än fördubblats och uppgick förra året till ca 42 300. Parallellt med ökningen av antalet prover har andelen positiva prover minskat från 90 till 75 procent. Ju yngre de misstänkta är, desto lägre är andelen positiva prover. Exempelvis är andelen positiva provsvar mindre än hälften bland flickor under 18 år som misstänks för ringa narkotikabrott. En fjärdedel av de som provtas är personer som grips gång på gång på grund av att de är narkotikapåverkade.

Förskjutningen av tyngdpunkten från sociala och hälsomässiga insatser till straffrättsliga ågderum ungefär samtidigt som många länder i västvärlden gick i motsatt riktning. Trots dessa omfattande och genomgripande förändringar i Sverige såväl som i omvärlden har ingen egentlig uppföljning av lagstiftningens effekter skett.

Mycket tyder på att de negativa effekterna av kriminaliseringen kan vara betydande, exempelvis ökad stigmatisering och socialt utanförskap för personer med beroendesjukdom. Hot om straff och rädsla för att hamna i belastningsregistret kan göra att unga med begynnande drogproblem drar sig för att söka hjälp.

*Vi anser att:*

En utredning av svensk narkotikapolitik bör undersöka vilka effekter kriminaliseringen av eget bruk tycks ha, och om det finns andra modeller som är mer i linje med en human narkotikapolitik. Det är i sammanhanget viktigt att poängtera att valet inte står mellan en kriminalisering och en total legalisering, där narkotikan släpps fri på en öppen marknad. De flesta realistiska förslag handlar istället om en avkriminalisering, där drogbruk fortfarande är otillåtet men inte medför straffansvar utan leder till andra åtgärder så som råd och stöd till vårdsökande eller administrativa sanktioner. Det är viktigt att vi drar lärdom av erfarenheterna från andra länder för att utforma en modell som kan fungera i Sverige.

Undertecknare:

*Sven Andreasson, professor i socialmedicin vid Karolinska institutet*

*Björn Fries, tidigare Regeringens narkotikapolitiska samordnare*

*Joar Guterstam, överläkare, medicine doktor, ordförande i Svensk förening för beroendemedicin*

*Christina Gynnå Oguz, tidigare departementsråd i Socialdepartementet, tidigare chef för UNODC i Afghanistan*

*Anders Hammarberg, docent i klinisk beroendeforskning vid Karolinska Institutet, ordförande i Svenska föreningen för alkohol och drogforskning (SAD)*

*Markus Heilig, professor i psykiatri vid Linköpings Universitet och ledamot av Kungl. Vetenskapsakademien*

*Björn Johnson, professor i socialt arbete vid Malmö universitet*

*Martin Kåberg, överläkare psykiatri/beroendemedicin/infektion, medicine doktor*

*Torkel Richert, docent i socialt arbete vid Malmö universitet*

*Åsa Magnusson, överläkare Beroendecentrum Stockholm, beroendeforskare vid Karolinska institutet*

*Bengt Svensson, professor i socialt arbete vid Malmö universitet*

*Sara Wallhed Finn, leg psykolog, medicine doktor, ordförande i yrkesföreningen för ANDTS psykologer*