

Nils Bejerot & Jonas Hartelirrs

Missbruk och motåtgärder

ORDFRONTSFÖRLAG
STOCKHOLM 1984

Nils Bejerot har tidigare utgivit

- Barn – Serier – Samhälle* 1954 (1981)
Dödsolycksfallen i Sverige 1954 (med Ragnar Berfenstam)
Narkotikafrågan och samhället 1968 (1970)
Narkotika och narkomani 1969 (omararb 1972, omararb 1975, 1977, 1980)
Addiction and Society 1970
Inlägg i narkotikadebatten 1970 (1972)
Addiction — An Artificially Induced Drive 1974
Somatiska komplikationer vid narkotikamissbruk 1974
Omhändertaganden i Humlegården 1974 (med Inga-Lill och Jan-Ake Candefjord)
Drug Abuse and Drug Policy 1975
Narkotikamissbruk och narkotikapolitik 1975, (akademisk avhandling)
Svensk beroendelitteratur I: *Monografier om narkotika och narkomani* – en biblioteksinventering 1977 (med Ulrich Hermansson)
Missbruk av alkohol, narkotika och frihet 1978 (1979, 1980, 1981, 1983)
Knark – aldrig! Fall och fakta om narkotika och narkotikasador 1980 (med Ulrich Hermansson och Berth Andreasson)
Missbruk och missförstånd 1981
Vardagsbilder 1984

Jonas Hartelius har tidigare utgivit

- Narkotikafrågan — en kristen angelägenhet* (red) 1977
Kamp mot knarket — narkotikapolitisk läsebok (red tillsammans med Jan Lind) 1982

© NILS BEJEROT & JONAS HARTELIUS 1984

FÖRSTA UPPLAGAN, SEPT 1984

SATT MED MONOTYPE TIMES

TRYCK: ORDFRONT, STOCKHOLM 1984

ISBN 91 7324 222 5

Till
Carl-Axel Åkerman,
fd chefsåklagare vid sjätte åklagarkammaren i Stockholm
med tack för enastående insatser
i kampen mot narkotikabrottsligheten

Innehåll

Inledning.....	9
Narkotikapolitikens principer	
Prevention och kontroll av missbruksepidemier (Nils Bejerot).....	17
Narkotikadebattens grundläggande missförstånd (NB).....	28
Narkotikapolitikens grunder (N13).....	51
Narkotikapolitiska strategier (NB & Jonas Hartelius).....	62
Varför är narkotikabrottsligheten så inkomstbringande? (.11—1).....	81
Motståndet mot cannabis — en avgörande fråga för det internationella narkotikasamarbetet (JH).....	89
II Metadonet: en vattendelare i narkotikapolitiken	
Metadon löser inga narkotikaproblem (NB & JH) ...	97
Metadon — en förevändning för fortsatt missbruk (NB & JH).....	104
III Narkotikapolitiken i praktiken: direktiv och åtgärder	
Återför makten över missbruksfrågorna till folket (NB).....	111
Narkotikakommissionen—en skiljeväg (NB).....	118
Narkotikakommissionen—en svensk tragedi (NB)	124
Narkotikapolitiken avgör välfärdssamhällets framtid (NB).....	132
Narkotikakommissionen flaggar iväg sista tåget (NB).....	139
Bör narkotikamissbruk kriminaliseras? (JH).....	145
Motåtgärder — ett tjugofempunktsprogram (NB & JH).....	156
Ordförklaringar.....	168
Litteratur.....	173

Inledning

Numera finns en folkligt förankrad insikt om att samhällets åtgärder mot missbruket varit otillräckliga. Allt fler människor har upptäckt att de allmänna förebyggande åtgärderna inom socialtjänstens ram inte förmår hindra narkotikamissbrukets spridning. Nya kommunala åtgärdsprogram, som är direkt utformade för att upptäcka och förhindra narkotikamissbruk bland ungdom, har plötsligt blivit politiskt gångbara. Ulrich Hermanssons pionjärinsats i Upplands Väsby kommun har varit stilbildande för många kommuner.

Fortfarande finns betydande hinder för en framgångsrik narkotikapolitik. De bottnar i en bristfällig analys av det epidemiska narkotikamissbrukets särart och svårighetsgrad. Så tillmäts alltjämt den enskilda narkotikamissbrukaren endast en underordnad betydelse för narkotikautvecklingen och narkotikabrottsligheten. Därför saknas i samhällets åtgärdsarsenal juridiska möjligheter att verkningsfullt ingripa mot den enskilda missbrukarens befattning med narkotika. Likaså saknas lämpliga påföljdsformer. Behandlingslagstiftningen (Lagen om vård av missbrukare, LVM) ger inte möjligheter till meningsfull och effektiv behandling och LVM används i praktiken knappast alls för narkotikamissbrukare.

Så länge dessa grundläggande brister i narkotikapolitiken kvarstår kommer också samhället att föra en ojämn kamp mot narkotikamissbruket. Den globala

missbruksutvecklingen är minst sagt alarmerande. Den internationella narkotikabrottsligheten har i många länder utvecklats till den snabbast växande ekonomiska sektorn. Dess ekonomiska och sociala tyngd har gjort den till en formidabel motståndare till och ett hot mot rättsordningen, den sociala strukturen och samhällsutvecklingen i många länder. Inga avmattningstendenser kan skönjas i dess expansion. Redan nu produceras mer kokain och heroin än vad marknaden kan ta hand om. Inflödet av narkotika till vårt land kommer att öka om inte motstrategierna förändras i grunden.

Samtidigt som narkotikautvecklingen är allvarlig finns grund för en försiktig optimism. Några länder som Folkrepubliken Kina, Japan, Singapore och tidigare, under 1920- och 30-talen, även USA har visat att det går att tränga tillbaka massmissbruk av narkotika. De svenska erfarenheterna från polisoffensiven 1969 går i samma riktning. Nedbringandet av det dagliga missbruket av cannabis (marijuana) bland amerikanska ungdomar under tiden 1979—83 främst genom en massiv insats från den amerikanska föräldrarörelsen mot narkotika visar att liknande resultat kan nås även i ett modernt västerländskt samhälle.

I andra delar av världen går utvecklingen i annan riktning. Där härskar en kapitulationsstämning. Diskussionerna om en legalisering, dvs laglig försäljning av olika typer av narkotika för berusningsändamål, är alltjämt levande i länder som Holland, Spanien och Italien. När den politiska kompetensen och den drogrestriktiva folkliga opinionen saknas kan sådana föreställningar komma att dominera det offentliga tänkandet.

Lösningen på de västerländska samhällenas krisar-

tade narkotikaproblem ligger idag inte i en ensidig förstärkning av de konventionella resurserna som tull, polis och vård. I stället fordras en strategisk omorientering av utnyttjandet av samhällets resurser. Att tränga tillbaka marknadsefterfrågan på narkotika måste bli den strategiska huvudlinjen om framgångarna skall bli mer än temporära.

Föreliggande bok omfattar tre huvudavsnitt. Det första gäller narkotikapolitikens principer. Narkotikapolitik kan beskrivas som samhällets officiella hållning inom narkotikaområdet. Idag är den allmänt vedertagna och brett förankrade målsättningen i vårt land att skapa ett narkotikafritt samhälle, dvs ett samhälle fritt från narkotikamissbruk.

Narkotikapolitik kan emellertid också beskrivas som de sammantagna samhällsåtgärderna som påverkar de narkotikaklassade medlens lättillgänglighet för icke-medicinsk användning ("missbruk"). Hit hör lagstiftning, rättspraxis, polisiära insatser, kriminalpolitik, barna- och ungdomsvård mm. Genom historiens gång har en rad åtgärder prövats med skiftande resultat. Hur de utformats, motiverats, utvecklats och utvärderats är ett viktigt forskningsområde.

Ofta heter det att olika samhällen och kulturer är så olika att deras insatser mot narkotikamissbruk inte kan jämföras och att erfarenheter från ett land inte kan tillämpas i ett annat. Narkotikaepidemierna följer dock alltid samma grundläggande mönster i sin utveckling, och en framgångsrik bekämpning av massmissbruk av narkotika utgår alltid från samma fundamentala principer. Dessa kan härledas ur praktiskt arbete på fältet

och ur systematiska undersökningar av hur de framgångsrika programmen sett ut. Principerna är enkla. Under de senaste decennierna har de emellertid i den offentliga debatten skymts av socialpolitiska visioner, naivt önsketänkande och orealistiska föreställningar om missbrukets roll och missbrukarnas beteende.

I denna första avdelning behandlas narkotikapolitikens principiella mekanismer. De enskilda avsnitten tar upp bl a avgörande missförstånd, narkotikapolitikens grunder, drogpolitiska strategier, prevention och kontroll av missbruksepidemier och det internationella motståndet mot en legalisering av cannabis.

Det andra huvudavsnittet gäller metadonbehandlingen av opiatmissbrukare. Den är en viktig vattendelare i synen på hur ett narkotikafritt samhälle kan skapas. Ytterst gäller den frågan om inriktningen av narkotikapolitiken — om den skall vara inriktad på generella och förebyggande åtgärder med tidiga ingripanden eller på behandling av enskilda individer sent i missbrukarkarriären. I denna avdelning återges två översiktsartiklar som sätter in metadonfrågan i ett överordnat narkotikapolitiskt perspektiv.

Det tredje avsnittet handlar om narkotikapolitiken i praktiken. Praktiskt arbete med att förebygga och ingripa mot narkotikamissbruk ute på fältet – i skolorna, på ungdomsgårdarna, i missbruksmiljöerna, på fängelserna och i behandlingskollektiven – är avgörande för framgångarna i den långsiktiga kampen mot narkotikan.

I åtskilliga fall hindras det praktiska arbetet av snäva direktiv och otillfredsställande lagstiftning. Detta gäller exempelvis socialtjänstens brist på möjligheter att ingripa med tvingande eller styrande insatser mot vuxna missbrukare innan de riskerar att bli socialt invalidi-

serade av sitt missbruk. Liknande svårigheter möter åklagarna när det gäller att ställa de enskilda missbrukarna till ansvar för deras befattning med mindre mängder narkotika. Idag saknas dessutom ändamålsenliga påföljder. Även utredningsväsendet lider av en fragmentering av uppdragen och snäva direktiv. Enskilda delar av narkotikapolitiken handläggs av olika utredningar och kommissioner under olika departement.

När regeringen i oktober 1982 tillsatte narkotikakommissionen handlade debatten främst om dess direktiv och särskilt om dess närmast obefintliga chanser att åstadkomma en mer genomgripande förändring av narkotikapolitiken. Slutresultatet blev också, som vi numera vet, enbart en rad smärre reformer.

I denna avdelning behandlas bl a behovet av en ökad folklig kontroll över missbruksutvecklingen, narkotikakommissionens direktiv och arbete och kvarstående luckor i narkotikalagstiftningen. I slutkapitlet ges tjugofem förslag till åtgärder som är mer eller mindre nödvändiga för att vända narkotikautvecklingen. Listan visar att samhället har en lång väg kvar till en fungerande narkotikapolitik.

Debatten under de närmaste åren blir avgörande för narkotikautvecklingen under överskådlig tid. Fortfarande finns möjligheter att helt tränga tillbaka narkotikamissbruket. Som vi redovisar i denna bok är det fullt möjligt att utveckla en "svensk modell" för framgångsrik narkotikapolitik inom rådande västerländska välfärds- och rättstraditioner. Som alternativ till såväl

ensidigt repressiva åtgärder som till ett förödande kapitulatinstänkande skulle en sådan modell kunna få en stilbildande och avgörande betydelse även för den internationella utvecklingen.

Stockholm i juli 1984

Nils Bejerot Jonas Hartelius

**NARKOTIKA-
POLITIKENS
PRINCIPER**

Nils Bejerot

Prevention och kontroll av missbruksepidemier

Narkotikaepidemierna har blivit vår tids stora farsoter, och de utgör i industriländerna i dag ett större hot mot folkhälsan än alla de klassiska epidemiska sjukdomarna tillsammans. I New York är dödsfallen i akut narkotikadöd i åldersgruppen 15—35 år fler än samtliga dödsfall i alla sjukdomar sammantagna.

Mekanismerna för narkotikaepidemiernas uppkomst, utveckling och spridning och de effektiva bekämpningsmetoderna är numera välkända och väldokumenterade.

Denna uppsats är ursprungligen ett anförande inför den amerikanska föräldraföreningen PRIDE:s internationella konferens i Atlanta i april 1983. Föredraget har tidigare publicerats i Svenska Carnegie Institutets bok *De två första verksamhetsåren* (Carnegie Dokumentationsserie nr 2, 1984).

Våra dagars farsoter, missbruksepidemierna, har givit upphov till en synnerligen omfattande forskning inom dussintals olika vetenskapliga discipliner. Som regel har dock intresset varit inriktat på detaljproblem av alla tänkbara slag. Den övergripande, tvärvetenskapliga analysen och kunskapsyntesen har försumrats, delvis därför att den inte hör hemma inom någon etab-

lerad disciplin, delvis därför att den är komplicerad och kräver bred erfarenhetsgrund.

Det finns flera principiellt olika former av drogbruk och missbruk, helt oavsett medlets natur. Det är viktigt att hålla isär dessa former eller mönster, därför att de skiljer sig markant både beträffande prevention och kontroll.

Först har vi det klassiska medicinska bruket av beroendeframkallande läkemedel, som kan ge upphov till missbruk och narkomani av *terapeutisk typ*. Här är det oftast medelålders, socialt stabila människor som utvecklar ett beroende genom olycksfall i den medicinska behandlingen. Dessa människor skäms för sitt missbruk, de försöker hemlighålla det för alla, även för sina läkare och sina anhöriga, och de drar ytterst sällan in andra i sitt missbruk.

Den andra huvudtypen av bruk och missbruk är knutet till det kulturellt accepterade bruket av vissa rusmedel, ofta sedan förhistorisk tid. I detta fall är det inte något normbrott inom kulturkretsen att använda medlet, men svåra fall av beroende kan uppkomma trots att användningen brukar vara ritualiserad enligt gamla regler och traditioner. *Den kulturella formen* kan exemplifieras med de sydamerikanska bergsindianernas cocatuggande, cannabISRökningen i vissa muslimska länder, opiumrökningen i Fjärran Östern och alkoholkonsumtionen i den kristna delen av världen.

Den typ av drogkonsumtion som vi skall diskutera här idag är den tredje, *den epidemiska typen*.

Den karakteriseras av att den brukar uppstå i bohemiska kretsar, där romantiska drömmare eller äventyrliga normbrytare i små kottier experimenterar med exotiska eller nya rusmedel i jakten på nya upplevelser. Efter åratals eller decenniars användning av dro-

gen i avgränsade grupper, första fasen, börjar spridningen i andra fasen ske till nya kategorier, oftast till andra grupper av normbrytare och då särskilt till kriminella kretsar.

I den tredje fasen övergår drogkonsumtionen till breda grupper av normalpopulationen, men då först till de grupper som har den svagaste impuls kontrollen och det minst stabila värdesystemet, dvs ungdomen.

I fjärde fasen tenderar det epidemiska missbruket att sprida sig uppåt i åldrarna och kan börja närma sig droganvändning av traditionell typ, dvs inte längre anses innebära ett normbrott. Då har kulturkretsen adderat ett nytt drogproblem till dem man redan hade.

Den epidemiska missbrukstypen företer, oavsett land och medel, en lång rad gemensamma karakteristika:

Spridningen sker nästan undantagslöst genom en personlig, psykosocial kontaktsmitta mellan en etablerad missbrukare och en novis i en mycket nära vän- och kamratkontakt, ofta mellan sexualpartners. Initieringen av andra sker vanligen i ett tidigt skede av individens eget missbruk, under den period som brukar kallas narkomanins smekmånad, innan de negativa fysiska, psykiska, sociala, ekonomiska och juridiska komplikationerna inträtt. Smekmånaden är kort när det gäller heroin och betydligt längre för cannabis.

Det är en närmast försumbar del av initieringen som sker via langare och tillfälliga kontakter. Langarna kommer in på ett senare stadium, där de spelar en mycket destruktiv roll för att underhålla ett redan etablerat missbruk eller bädda för återfall.

Exponentiell tillväxt: missbruksepidemier företer ofta en mycket snabb spridning. I flera länder har man under långa perioder kunnat avläsa en exponentiell

tillväxt. Så fördubblades exem^Pelvis det intravenösa missbruket av amfetamin i Sverige var trettionde månad under tjugoårsperioden 1946-1965. 1 England fördubblades antalet heroinister var sextonde månad under tioårsperioden 1959-1968.

Andra karaktäristika för drogepidemier är strikt *historisk avgränsning*, länge också *kotterimässig, åldersmässig, etnisk, geografisk* och *nationell avgränsning*.

Drogepidemier bromsas länge av sådana avgränsningar, men när barriärerna genombrutits sprider sig missbruket snabbt i de nya befolkningsskikten. Så levde exempelvis judarna sida vid sida med cannabisrökande muslimer i Mellersta Östern under ett årtusende utan att någon jude veterligen började röka haschisch. Det var först när cannabisrökande amerikansk judisk ungdom kom på besök till Israel som judisk ungdom började röka cannabis.

Det kan också nämnas att drogepidemier är ytterst *modekänsliga beträffande preparattyp och administrationsätt* med ibland snabba växlingar i missbrukspanoramata. Det kan exemplifieras med kokainet som länge endast intogs i traditionellt bruk genom tuggning. Med det rena kokainet introducerades snusningen som senare följts av intravenösa injektioner och slutligen av rökning av fri bas ("free base") och cocapasta. Ju mer missbruk av epidemisk typ sprider sig i samhället desto vanligare blir förekomsten av blandmissbruk beträffande olika medel och administrationsätt.

Exposition och mottaglighet samspelar på ett lagbundet sätt. Att vi före andra världskriget inte hade några som rökte cannabis eller injicerade droger intravenöst i Europa berodde på samma enkla förhållande som att vi inte hade några syfiliter eller tobaksrökare

här före Columbus. Det fanns inte heller några tuberkulösa eller alkoholiserade eskimåer förrän de koloniserats av danskarna. Mottagliga individer hade funnits tidigare, men de hade inte exponerats för dessa faktorer.

Vid ett visst *exponeringstryck*, det kallas också *massivitet*, reagerar människor som bekant olika: några drabbas genast, andra efter någon tid, vissa först sedan trycket från drogkulturen ökat ytterligare, medan många klarar sig hela livet trots långvarig och intensiv exponering. Mottagligheten varierar mellan olika individer men också hos samma individ med ålder och en rad andra faktorer. Vi kan nu formulera sambandet mellan *exponeringen* (E) för drogkulturen, individens *mottaglighet* (M) och risken för att individen skall börja använda drogen, alltså den psykosociala *smittsamheten* (S):

$$S=M \times E$$

Individens mottaglighet (M) är resultatet av en lång rad individbundna faktorer som kön, ålder, sociala förhållanden, tidigare erfarenheter etc. Eftersom exponeringen vid ett tillfälle också påverkar den framtida mottagligheten (fM) kan vi generellt skriva vår formel:

$$S=fM \times fE$$

När vi nu har klart för oss hur individuella och sociala faktorer samspelar för att ge upphov till drogmissbruk av epidemisk typ, kan vi börja diskutera hur vi skall angripa problemet.

Många studier har visat att *den individuella mottaglighetsfaktorn tyvärr är svårpåverkbar*, sammansatt som den är av allt som påverkat individen fram till nuet. Däremot har *exponeringsfaktorn*, trycket från missbruksmiljöerna och drogmarknaden, *visat sig höggredigt påverkbar* med vissa strategier.

Frekvensen av opiatnarkomani i USA reducerades med cirka 90 procent åren 1923–1939 (Harney & Cross 1961), faktiskt utan vare sig nämnvärd vård eller forskning. Instrumentet var en strikt, restriktiv och konsekvent drogpolitik som dramatiskt reducerade exponeeringsfaktorn. På samma sätt stoppades en omfattande kokainepidemi i Tyskland på tjugotalet och en enorm amfetaminepidemi i Japan efter andra världskriget.

Den japanska epidemin förtjänar ett särskilt omnämnande. Den uppstod vid krigsslutet, då den japanska krigsmaktens amfetaminlager kom på drift. Missbruket började bland nattens människor, jazzmusiker, artister, bohemer och prostituerade, men spred sig snabbt till breda lager av befolkningen. De japanska myndigheterna vidtog en rad åtgärder, men de sattes in för sent, för begränsat och kraftlöst: det var som att skära i en växande cancer, som man inte fick bukt med därför att ingreppen inte var tillräckligt radikala.

Den japanska epidemin kulminerade 1954, då man beräknade att två miljoner av Japans hundra miljoner missbrukade amfetamintabletter och över en halv miljon injicerade sig intravenöst. Först då kom en dramatisk skärpning av politiken, med fängelsestraff om 3–6 månader för personligt innehav, 1–3 år för langning och 5 år för illegal tillverkning.

Första kampanjåret, 1954, arresterades 55600 personer i Japan för amfetaminbrott men 1958 endast 271 personer, och hela epidemin var eliminerad. Totalt hade man fått ingripa mot omkring 15 procent av det beräknade antalet injektionsmissbrukare. De övriga slutade i blotta förskräckelsen när den restriktiva politiken blev trovärdig. Det skall påpekas att kampanjen var underbyggd av en bred politisk enighet, och den bars fram av ett massivt folkligt stöd.

Japanerna hade lärt sig tekniken att bekämpa drog-epidemier från kineserna, som mellan åren 1951–1953 stoppade den 300-åriga opiumrökningen med cirka 20 miljoner aktiva opiumrökare, och detta utan att behöva omhändertata mer än ungefär tio procent för upp till ett par års arbetsläger. Nittio procent slutade snabbt, utan vare sig medicinsk behandling eller psykoterapi.

"Vi lär av historien att vi inte lär av historien", sa George Bernard Shaw. Det gäller i mycket hög grad drogepidemierna och kontrollen över dem.

Jag har faktiskt inte kunnat finna något historiskt exempel på att ett omfattande drogmisbruk i något land, oavsett utvecklingsnivå eller samhällssystem, har trängts tillbaka utan generella, restriktiva program som tagit fasta på drogmarknaden och exponeringen från missbruksmiljöerna.

Jag har heller inte kunnat finna något exempel på att frivilliga, individcentrerade, drogfria behandlingsprogram någonsin haft mer än marginella effekter på problemets omfattning.

Perioden 1850—1950 var preventionens århundrade, då mekanismerna för flertalet av de kända smittsamma sjukdomarna klarades och de stora epidemierna kämpades ned, inte så mycket genom individuell behandling som med preventiva åtgärder. Även alkohol- och narkotikapolitiken var under denna period i många länder inriktad på preventionen. Framgångarna var på många håll betydande, i Sverige epokgörande.

Politiken efter 1950 är terapins period. Nu har de preventiva strategierna och deras sociala nödvändighet fallit i glömska och vi har istället fått hundratals olika terapeutiska skolor och program för behandling av de redan drogberoende. Flertalet av dessa program har tyvärr inte bättre resultat än ingen behandling alls.

Varför är det så? Jo, främst därför att ett drogberoende inte är en sjukdom, och det som inte är en sjukdom kan definitionsmässigt inte botas.

Koffeinism, nikotinism, alkoholism och heroinism är inte några sjukdomar även om man kan bli mycket sjuk av alla beroendeframkallande substanser. *Det fysiska beroendet eller toleransen och de för många medel mycket plågsamma abstinensbesvär utgör endast en tillfällig komplikation, medan det egentliga beroendet är ett inlärt beteende, där drogbegäret antagit en driftsmässig karaktär och styrka.* Teoretiskt står drogberoendet nära sådana tillstånd som gambling, pyromani och kleptomani. Drogen tjänstgör som förstärkare för beteendet.

Drogberoendet i sig är alltså inte något symtom på de faktorer som ursprungligen ledde till drogkontakten, konsumtionen och beroendet. Att vara tung nikotinist i 40-årsålders är alltså inte något senkommet symtom på nyfikenhet i de lägre tonåren utan ett självständigt tillstånd som är mycket svårt att hantera.

Gemensamt för alla drogberoenden är att den beroende är ambivalent till sin drog: han vill få hjälp med alla komplikationer till drogkonsumtionen men han är inte beredd att offra drogupplevelsen som sådan.

Att bekämpa drogepidemier genom individuell behandling är som att bekämpa malaria genom att jaga mygg. Det kan sysselsätta en enorm massa människor men effekten blir försumbar. Vad som krävs är att dränera drogträsket. Det innebär att slå sönder drogtrafiken och minska den generella expositionen för de illegala drogerna i samhället. Enorma ansträngningar har gjorts av tull, polis och underrättelseagenter världen över. Ändå försämras situationen mycket snabbt, och flera länder är nära att ge upp kampen.

Varför blev framgångarna i drogkampen så stora i Tyskland på 20-talet, i USA på 30-talet, i Kina och Japan på 50-talet och i Singapore på 60-talet? Och varför har de avgörande framgångarna uteblivit i västvärlden de senaste två decennierna? Jag menar att detta till väsentlig del berott på att man glömt vad som är primärt och sekundärt i narkotikamarknaden.

Det primära i denna sociala fråga är inte att naturen bjuder på växter som opiumvallmon eller cocabusken eller att internationella brottssyndikat ombesörjer distributionen av medlen, utan det primära är att miljoner människor är beredda att bryta normer och lagar för att använda rusmedlen från dessa växter liksom hundratals syntetiska rusmedel.

Det är alltså det personliga normbrottet som är den moraliska grunden och det personliga droginnehavet som är den juridiska grunden för drogmarknaden och inte de internationella syndikaten, som faktiskt är en senkommen följd av att en missbruksmarknad redan uppkommit.

Visst skall drogsyndikaten bekämpas lika hängivet som nu, men vi måste öppna en ny front om vi skall kunna vinna kriget. Om man så slog ut all världens narkotikaodlingar, så finns det ändå medel som är ända upp till 40 000 gånger starkare än morfin och som kan framställas helt syntetiskt.

Vi måste ta till oss den smärtsamma insikten att vi inte kan vinna avgörande framgångar förrän missbruket, missbrukaren och det personliga innehavet ställs i centrum för vår strategi.

"Man säljer inte heroinet till konsumenten utan konsumenten till heroinet", har William S Burroughs påpekat, och jag vill återge ett annat mycket insiktsfullt citat ur förordet till hans *Naked Lunch* från 1959:

"Om man önskar förändra eller förstöra en pyramid av tal som hänger ihop i en serie börjar man med att förändra eller ta bort det nedersta talet. Om man vill förstöra narkotikapyramiden måste vi starta med pyramidens botten, missbrukaren på gatan, och vi måste sluta att likt Don Quijote fäkta med de övre leden, som alla omedelbart kan ersättas. Missbrukaren på gatan, som måste ha sina droger, är den enda oersättningsbara faktorn i narkotikaekvationen. När det inte längre finns några missbrukare som köper narkotika kommer det inte längre att finnas någon narkotikahandling. Så länge behovet av narkotika existerar kommer någon att tillhandahålla denna."

Det är en lysande sammanfattning av ett svårt problem.

Jag menar att rätts- och välfärdssamhällena av västerländsk typ på sikt står och faller med att man kommer till rätta med drogepidemierna. För att klara den kampen måste vi ha en realistisk strategi och taktik. Vi måste upptäcka och våga inse att det är missbrukaren själv som är motorn i systemet. Men missbrukaren, som är ytterst manipulativ och som uppträder som sitt beroendes heltidsanställda försvarsadvokat, har lyckats dupera så många hederliga och ansvarskännande men naiva politiker och publicister, att han de senaste tjugo åren varit närmast fridlyst. Detta, menar jag, är den viktigaste enskilda faktorn bakom våra motgångar.

Detta betyder inte att jag förordar en återgång till trettioalets hårda amerikanska straffsatser för narkotikabrott. De var orealistiska och kom att underminera sig själva. Men det måste bli mycket obekvämt att missbruka illegala droger om vi skall vända utveckling-

en. Missbrukaren måste lära sig att ta konsekvenserna av sitt beteende. För Sveriges vidkommande har jag föreslagit en månads skogsröjning eller liknande för det första beivrade narkotikainnehavet, två för det andra etc.

Samhället måste klart visa att man inte accepterar missbruksbeteende. Vi kan inte skylla våra ungdomars beteende på bergsindianerna i Colombia eller på bönderna i Gyllene Triangeln. Vi måste i första hand lägga skulden på våra egna ungdomar, vilket kan vara hårt och smärtsamt. I andra hand skall vi lägga skulden på oss själva för att vi låtit dupera oss till en inkonsekvent, permissiv, urskuldande och ständigt förlåtande attityd.

Ingen regering i ett demokratiskt land kan klara de stora drogepidemierna utan ett starkt folkligt stöd. Kärnan i detta stöd måste komma från föräldraföreningarna, som står problemen närmast. Men det krävs en folkväckelse för att driva frågan framåt och för att ge politikerna mod och kraft att våga satsa sin politiska framtid på den svåra uppgiften.

Den bästa hjälp ni kan ge era barn är densamma som varje regering i ett droghärjat land behöver: ett helhjärtat stöd för en långsiktig, konsekvent och restriktiv narkotikapolitik. Ni är den avgörande faktorn i den kampen. Men tiden hastar. Om några år kan det vara för sent att vinna kampen mot drogerna. Då återstår ett långsamt sönderfallande samhälle med ett okontrollerbart missbruk av ett otal rusmedel för generationer framöver.

Nils Bejerot

Narkotikadebattens grundläggande missförstånd

I den svenska narkotikadebatten har sex allvarliga, grundläggande missförstånd blivit förödande för förståelsen av problemet och för utformningen av samhällets motåtgärder. Alltsedan narkotikadebatten bråkade loss våren 1965 har dessa missförstånd påverkat debatten, under senare år dock i avtagande grad. Det är först mot bakgrund av en genomgång av dessa missförstånd som det blir möjligt att förstå varför narkotikapolitiken tagit så egenartade svängar i Sverige och varför debatten varit så hård i tonen.

Denna översikt är en något förkortad version av ett anförande, som hölls vid en socialpolitisk konferens på Barnbyn Skå i september 1983.

Det första missförståndet: Legalförskrivningen

De som var med 1965 minns att den stora stridsfrågan när debatten inleddes gällde "legalförskrivningen" — dvs utskrivning av narkotikaklassade preparat — både centralstimulantia och opiater — till missbrukare för injektion på egen hand. Detta blev det första allvarliga missförståndet.

Genom en omfattande och okritisk publicitet växte under senvintern och våren 1965 fram en allmän föreställning om att knarkarna var så kriminella och hade

det så svårt därför att medlen i sig var kriminaliserade och att det därför var ett brott redan att skaffa sig dem. Därtill kom att de illegala preparaten var så dyra. Knarkarnas egendomsbrottslighet uppfattades som en direkt följd av de höga kostnaderna för missbruket. En rad missbrukare bedyrade också i media "att om vi bara kan få tillgång till medlen på recept, så slutar vi automatiskt att vara kriminella och kan så småningom kanske minska doserna och komma ur det här".

En av dem som var med och introducerade förskrivningstanken var socialläkaren John Takman. Han hade hämtat huvudparten av ideerna från den amerikanske sociologen Alfred Lindesmith.

Lindesmith har skrivit ett par mycket uppmärksammade böcker i narkotikafrågan. I sitt huvudarbete *Narkomanen och lagen* från 1964 levererade han en kraftig uppgörelse med den restriktiva amerikanska narkotikapolitik som hade avlöst stängningen av förskrivningsdispensärerna 1923.

Lindesmith hävdade att man i USA hade så många narkomaner just därför att politiken var så restriktiv. Han hänvisade särskilt till England, där man hade en mycket liberal lagstiftning och samtidigt väldigt få narkomaner.

Utvecklingen har sedan visat att Lindesmith tyvärr förväxlade orsak och verkan. Just därför att man vid den tidpunkten hade så få narkomaner i England hade man råd att hålla sig med den ytterligt liberala gamla torylagstiftningen, Rollestone Act från 1926. När knarkvågen i sinom tid nådde också England visade det sig att man inte längre kunde ha den här liberala lagstiftningen kvar. USA å sin sida hade alltså fått sin restriktiva lagstiftning på grund av att missbruket ökat så enormt under den liberala perioden före 1923. Linde-

smith hade således helt förväxlat orsak och verkan, ett inte ovanligt fenomen inom sociologin.

Lindesmith rekommenderade dock aldrig förskrivning av centralstimulantia utan endast av opiater. Det är en fundamental skillnad mellan dessa båda huvudtyper av narkotika.

De centralstimulerande medlen är i sig toxiska, dvs giftiga. Även vid måttliga doser blir individens hela tankeverksamhet och beteende stört. Han kommer in i ett tillstånd som starkt påminner om den maniska fasen i manodepressiv sjukdom. Den påverkade går på ett oerhört högt varvtal och blir uttalat omdömeslös och vidlyftig och får svårt att fungera socialt. Vid högre doser kan individen plötsligt drabbas av förgiftningspsykos, "knarknejoj", som till och med kan bli bestående för livet.

Mot de centralstimulerande medlen kontrasterar opiaterna starkt. Frånsett risken för överdos med följande andningsförlamning är opiaterna inte giftiga: de kan missbrukas i enorma kvantiteter livet igenom utan att ge psykotiska effekter eller toxiska reaktioner. Det var alltså ett svårt tankefel i en första dimension att överföra Lindesmiths argument för legal förskrivning av opiater till att gälla amfetamin och andra centralstimulantia.

Men den andra missbedömningen i legalförskrivningsfilosofin var allvarligare än den första. Den grupp narkomaner som Lindesmith egentligen hade tänkt sig legalförskrivning för, var de som drabbats av sin narkomani som komplikation till en olycklig medicinsk behandling, dvs narkomaner av terapeutisk typ.

I detta fall är det fråga om äldre personer som inte använt medlen i russsyfte. De är som regel socialt stabi-

la och brukar därtill ha starka skuldkänslor för sitt läkemedelsberoende. Gemensamt för dem är också att de praktiskt taget aldrig sprider sitt missbruk till andra; skuldkänslorna gör istället att de försöker hemlighålla missbruket för alla.

Men i Sverige kom tankegången om legalförskrivning att överföras till den typ av missbrukare som brukar kallas för knarkare, en grupp som jag sedan 1965 betecknar som narkomaner av epidemisk typ. Knarkarna är a priori normbrytare. Ofta har de en omfattande social missanpassning och kriminalitet redan före injektionsdebuten, och det är ett grovt normbrott att exempelvis injicera de förbjudna medlen i russyfte. Narkomanerna av terapeutisk typ däremot är inga normbrytare utan statistiskt sett mera prudentliga än genomsnittsbefolkningen.

När Takman 1965 rekommenderade legalförskrivning av centralstimulantia till våra knarkare hade detta alltså sin grund i allvarliga missförstånd i två dimensioner, så att säga.

När förskrivningsverksamheten kom igång i mars 1965 hade jag arbetat så länge som socialläkare och psykiatrisk konsult åt polisen att jag då i stort sett kände nästan alla knarkare i Stockholm. Och jag visste att ju mer centralstimulantia de får, desto galnare blir de. Så för mig återstod inte annat än att lägga en halvfärdig avhandling om psykiskt betingade rygginsufficienser åt sidan och med kraft gå in i knarkfrågan och försöka få någon fason på den.

Efter ett par års debatt och sedan jag med hårddata påvisat explosionen av injektionsmissbruk i anslutning till legalförskrivningen, lyckades vi få stopp på det hela. I dag tror jag knappast någon, frånsett amfeta-

minnarkomanerna själva förstås, skulle vilja förorda förskrivning av amfetamin på det sätt som skedde under åren 1965-67.

Det har framförts många skäl och ursäkter till varför legalförskrivningen blev en katastrof. Själv menar jag att skälet var mycket enkelt: en bristande förtrogenhet hos förespråkarna och beslutsfattarna med amfetaminismen som kliniskt tillstånd. Men bristande kunskaper är inte något som folk vill gömma sig bakom.

Att förstå sig på missbrukare och drogberoenden är inte något som man läser sig till i böcker. Det räcker inte ens med den kliniska kontakt som läkare får på akutmottagningar eller socialarbetare har på sina byråer. Man måste jobba i daglig närkontakt med missbrukare under många år för att ha en möjlighet att komma under skinnet på dem, just därför att själva drogberoendet är ett så knepigt och paradoxalt tillstånd.

Legalförskrivningen 1965-67 var alltså det första men också det största missförståndet i den särdeles segslitna narkotikadebatten.

Det andra missförståndet: Symptomteorin

Det andra missförståndet var att man inte skilde på ett initialt drogexperimenterande och ett etablerat beroende. Den inledande drogkontakten är givetvis "symtomatisk" till individens bakgrund och livssituation, men det etablerade beroendet är inte något symptom utan något kvalitativt nytt, med egen kraft och dynamik sedan processen väl kommit igång.

Själva beroendet är svårt att beskriva kortfattat, och det har uppfattats och definierats på många olika sätt. Inom medicinen kallade man det ursprungligen och

länge för en sjukdom. Sedan slutet av 60-talet kallar jag beroendet för ett inlärt beteende, och det är kanske inte särskilt lyckat det heller, men det poängterar att det är fråga om någonting annat än ett symtom på de faktorer som en gång startade processen. Det typexempel som jag brukar använda när jag föreläser är nikotinismen.

Jag menar på fullt allvar att det ur biologisk, farmakologisk, fysiologisk och inlärningspsykologisk synpunkt inte föreligger någon principiell skillnad mellan kaffeberoende, nikotinberoende, alkoholberoende, läkemedelsberoende och narkomani. De är alla av samma inlärd natur, oavsett vilka faktorer som en gång först ledde till drogkontakten och drogkonsumtionen.

Däremot varierar som bekant njutningsmedlen enormt i giftighet, skadeverkningar och beroendestyrka. Vissa av de här medlen är utpräglade rusmedel, andra är mildt stimulerande eller lugnande. I amerikansk litteratur talar man även om "semi-addictive drugs", dvs medel som ger upphov till ett vanligen mildt beroende. Dit räknar man bland annat choklad, lakrits, vanligt socker och godis.

Observera nu att de omständigheter som gör att en unge av nyfikenhet och kamrattryck tar sin första cigarett i tioårsåldern inte har någonting att göra med att han trettio år senare röker ett eller två paket cigaretter om dagen. Då styrs rökningen av det förvärvade nikotinberoendet, som har sin egen dynamik långt sedan nyfikenheten stillats och tuffheten inte behöver demonstreras med rökning. Och den inlärd nikotinismen sitter som bekant djupt och hårt förankrad i personligheten.

Beroendet kan definieras som "ett inlärt begär/beteende som antagit en driftsmässig karaktär och styrka". Jag betecknar det som driftsmässigt därför att förnuft

och intellektuellt rationella skäl har så fasligt lite att säga till om när det gäller driftsmässiga beteenden. Nikotinisterna vet numera mycket väl att rökningen är skadlig för hälsan och att det egentligen är ganska dumt att röka, men förnuftet har svårt att rå på begäret. Driftsmässigheten i begäret-beroendet-beteendet är karakteristisk för alla drogberoenden, från koffeinen till alkoholismen.

Man skall akta sig för att använda medicinska beteckningar på sociala fenomen, men visst kan det slarvigt sägas att det kan vara ett "symtom" på tusen skildringar att man *borjar* knarka. Men så snart drogberoendet etablerats utgör drogkonsumtionen eller missbruket inte längre ett "symtom" utan är nu en yttring av en faktor av helt ny kvalitet.

Drogberoendet ligger faktiskt i minnesapparaten och har egentligen inte mycket att göra med de grovpsykologiska fenomen som kallas för tolerans och abstinensreaktioner: de utgör högst tillfälliga störningar eller komplikationer på cellulär nivå. Det utgör som bekant inga svårigheter att på kort tid helt avgifta en alkoholist eller narkoman, men den djupa fixeringen i drogberoendet sitter kvar och blir ofta livslångt. Själva avgiftningen fordrar sällan några som helst medicinska åtgärder: Kroppen är så finurligt konstruerad att den avgiftar sig själv om man bara upphör med att tillföra giftet.

På ett mycket tidigt stadium i debatten påpekade jag att narkomani är ett "obotligt tillstånd" – av det mycket enkla skälet att det inte utgör någon sjukdom. Tillståndet har närmast karaktären av en djupgående, intensiv och som regel närmast kronisk *förälskelse i* medlets behagliga effekter.

Driftsmässigheten i drogförälskelsen understryks av att den ofta blir starkare än sexualdriften. Påpekandet

av detta enkla och välkända kliniska förhållande har uppenbarligen provocerat många samhällsvetare under åren. Fenomenet är mycket enkelt att demonstrera. Intensiv opiatkonsumtion t ex utsläcker helt sexualbegäret så länge missbruket pågår: Männen blir impotenta och hos de kvinnliga missbrukarna upphör menstruationerna. Varje heroinist vet mycket väl att hans impotens beror på missbruket, men medlet ger så mycket större tillfredsställelse att man föredrar att fortsätta med drogerna.

När man avgiftar heroinisten-morfinisten kommer sexualiteten tillbaka med så våldsam kraft att männen får spontana, nattliga ejakulationer under själva avgiftningen. Men så snart opiatnarkomanerna ^{är} avgiftade och kommit ifrån toleransen och de höga doserna så strävar de regelmässigt efter drogen igen i stället för att slå vakt om den nyaktiverade sexualiteten.

Det andra missförståndet är alltså att man inte insett att beroendet inte är ett "symtom" utan en kraft i sig själv, oavsett varför drogkonsumtionen ursprungligen inleddes.

Detta missförstånd har lett till att hela den förhärskande svenska behandlingsfilosofin baserats på felaktiga premisser. Grundiden har varit att när man skall behandla en drogberoende människa så är det avgörande att spåra de så kallade "bakomliggande orsakerna" till att vederbörande började ta droger. Det är ett lika galet tänkande som om brandkåren inför ett övertänt hus skulle deklarerat att den inte tänker göra något åt brasan förrän den fått klarhet i brandorsaken!

Symptomteorin har alltså lett tänkandet fel och givit upphov till en omfattande och kostsam nonsensbehandling. Kunskapen om den bakomliggande brandorsaken är totalt irrelevant för släckningsarbetet med den

aktuella branden (dvs behandlingen, "terapin"). Där-
emot är kunskapen om brandorsaken helt avgörande
när man skall förebygga bränder i andra hus (dvs pre-
ventionen).

Eldsvådan försöker vi släcka, oavsett hur den upp-
stått. På samma sätt skall vi ta itu med alkoholism,
narkomani eller nikotinism, oavsett hur processen en
gång startade. Varför individen en gång tog sin första
cigarett, sup eller injektion är irrelevant i behandlingen
av drogberoendet. Det var först genom konsekvenspe-
dagogiken av Hassela-modell som vi i praktiken kunde
visa hur förlamande symtomteorin var och hur frukt-
bart det var att ta itu med eldsvådan direkt.

Det tredje missförståndet: Smittsamheten i knarkandet

Det tredje allvarliga missförståndet var att debattörer
och behandlare inte kände till utan t o m förnekade den
psykosociala smittsamheten i missbruksbeteendet.

Numera är det väldokumenterat i hundratalet veten-
skapliga studier att knarkandet är ett smittsamt fenomen,
där spridningen inte sker via langare, som polis
och media länge trodde. Enligt en rad studier sker
spridningen i 95–98 procent av fallen genom kamrater,
nära vänner, bästkompisar och sexualpartners. Bara i
några få procent sker initieringen via tillfälliga kontak-
ter.

Det är också visat att spridningen sker i inledningen
av missbrukskarriären, under den period som brukar
kallas för narkomanins smekmånad. Det är tiden innan
alla de negativa fysiska, psykiska, ekonomiska, sociala
och juridiska komplikationerna inträtt. Under det inle-
dande skedet är drogupplevelserna så enormt positiva

att man intuitivt vill dela med sig av den kemiska lyckan och lusten till sina kompisar.

Jag skall bara referera en studie, genomförd i Washington 1976. Man intervjuade i löpande följd ett hundra heroinister som kom till en behandlingscentral för frivillig avgiftning. I genomsnitt var de 28,5 år och de hade injicerat sig i medeltal elva år. Av de 100 bedyrade 32 att de aldrig hade dragit in någon annan i sitt missbruk. Men 68 medgav att de initierat mellan 1 och 13 personer i injektionsmissbruk. Totalt hade de 68 dragit in 275 personer. När man sedan sökte upp de överlevande av dessa visade det sig att 195 personer eller 75 procent av dem som bjudits på en jungfrusil själva hade fastnat i ett kroniskt intravenöst missbruk.

Det kanske mest intressanta i Washingtonstudien var att den genomsnittliga tiden från det spridaren själv hade fått sin första injektion tills han introducerade de andra i injektionsmissbruket var åtta månader. Det visade sig att huvudparten av all spridning, som skulle komma att ske, skedde under det första missbruksåret. Men den genomsnittliga tiden från det initiatoren själv fått sin första injektion till dess han ställde upp för en till intet förpliktande avgiftning var 4,5 år. Då var praktiskt taget hela smittspridningen redan avklarad.

Det är välkänt att vi inte har någon behandlingsmetod som ens rehabiliterar tio procent av heroinisterna, när de första gången dyker upp för en frivillig behandling. Men även om vi hade en metod som garanterade att samtliga heroinister blev varaktigt rehabiliterade vid första behandlingsförsöket, skulle detta ändå inte påverka epidemiutvecklingen eftersom så gott som hela smittspridningen är avklarad långt innan heroinisten ställer upp för frivillig behandling. Vi kan alltså aldrig vårda bort en knarkepidemi, om det nu var någon som

trodde det.

Det som gjorde att man inte förstod spridningsmekanismerna var att man länge inte särskilde de olika huvudtyperna av narkomani efter uppkomstsättet. Fram till 1965 delade Världshälsoorganisationen och den vetenskapliga litteraturen in narkomanierna enbart efter preparattyp: man talade om kokainism, heroinism och barbiturism etc. Så sent som 1965 presenterade WHO en mycket aningslös formulering i en av sina rapporter. Man skrev att en stor ansamling av narkotikamissbruk inom ett visst begränsat område talade för att det även utanför individen fanns faktorer som hade betydelse för uppkomsten av narkomani!

Så okunnigt och naivt kunde WHO uttala sig om narkomani 1964. Man hade alltså föreställningen att det bara var fråga om individuella knepigheter bakom narkomanierna. Och socialstyrelsen har faktiskt ännu i dag inte vågat vidgå den fundamentala skillnaden mellan de socialmedicinskt sett mycket olikartade narkomaniformerna.

Vid *narkomani av terapeutisk typ* är det vanligen fråga om medelålders eller äldre människor som genom olycklig medicinsk behandling av svåra smärttillstånd, exempelvis cancer eller långdragna ångest- eller tvångsneuroser, först utvecklar ett missbruk som sil småningom glider över i ett manifest beroende. De här människorna känner stor skuld och skam för sitt missbruk, och de vandrar till olika läkare för att komma över sitt favoritmedel. De försöker dölja sitt drogproblem inte bara för behandlande läkare utan även för sina anhöriga. Detta medför att de med mycket få undantag inte sprider sitt missbruk till andra. Narkomani av terapeutisk typ är alltså inte psykosocialt smittsam. Frekvensen av den här narkomaniformen lir

närmast direkt proportionell mot läkartätheten, eftersom de representerar olycksfall i den medicinska hanteringen.

Sedan har vi *narkomani av professionell typ*; den drabbar de som på sin yrkesutövning är högexponerade för risken att använda beroendeframkallande droger på eget initiativ, dvs sjukvårdspersonal och då särskilt läkare. I länder utan omfattande knarkepidemier löper läkare 20—100 gånger större risk än vanligt folk att ådra sig narkomani under sin livstid.

Dessa två typer av narkomani hade man inte skilt från våra vanliga knarkare, som representerar en tredje form, *narkomani av epidemisk typ*, den psykosocialt smittsamma form som särskilt drabbar unga, omogna, psykiskt instabila människor från sociala problemmiljöer. I den här typen av narkomani tas medlen från första stund i rusnytt och detta är ett normbrott i samhället.

Sedan har vi ytterligare en socialmedicinsk huvudtyp av narkomani, *den kulturella formen*. Här är rusmedlet socialt accepterat och hela befolkningen är mer eller mindre riskexponerad. Narkomani av kulturell typ representeras av alkoholismen i den kristna delen av världen, av haschischrökningen i den muslimska, opiumrökningen i den buddistiska och av cocatuggandet bland de sydamerikanska bergsindianerna. Eftersom det inom kulturkretsen inte är ett normbrott att använda medlen utgör de drogberoende ett tvärsnitt av befolkningen, vilket ju våra alkoholister är ett levande bevis för.

Det fjärde missförståndet: Vårdformerna

När den narkotikaliberala stormfloden bröt loss våren 1965 var några av parollerna "Rädda narkomanerna från polisen!" och "Erkänn denna förbjudna sjukdom!". Man fick nu för sig att knarkarna skulle parkeras i rostfria sängar på våra mentalsjukhus, och det blev en faslig fart på myndigheterna, som började inrätta narkomanvårdskliniker på de större mentalsjukhusen.

Mot allt detta hävdade jag att knarkarna över huvud taget inte hör hemma på mentalsjukhusen, såvida de inte har drabbats av en knarknoja, dvs intoxicationspsykos, eller har så svåra abstinensreaktioner att de måste in en tid för avgiftning.

Redan 1965 framförde jag i Läkartidningen att behandlingen av knarkarna skall ske ute i busken. Jag skissade små, enkla behandlingshem i familjemiljö, och jag utvecklade dessa tankegångar mera utförligt i min första bok *Narkotikafrågan och samhället* (1968). Som en följd av detta tog K-A Westerberg kontakt med mig.

Westerberg och jag diskuterade narkomanins karaktär och olika behandlingsstrategier mycket ingående, och Westerberg förklarade att han kände att mina analyser skulle hålla i praktiken. Detta blev upptakten till Hassela-kollektiven, som sedan kom att lyckas ännu bättre än jag vågat drömma om.

Att knarkarna skulle parkeras på mentalsjukhusen var väl det misstag som snabbast korrigerades av utvecklingen. I dag är det väl knappast någon som förespråkar den linjen.

Det femte misstaget: Narkotikamarknadens roll

Den drogliberala vägen vid mitten och slutet av 60-talet gick i massmedia med radikala förtecken, men som gammal Clarte-ordförande kunde jag ju konstatera att det inte var fråga om annat än popradikalism av ultraliberal och närmast anarkistisk typ.

När samhället på allvar började intressera sig för narkotikafrågan 1965 betraktades det som en självklarhet att det var knarklangarna som utgjorde problemets kärnpunkt. Det blev en bred politisk enighet om att skärpa straffen för grova narkotikabrott, medan missbrukarna själva närmast blev fridlysta. Narkotikainnehav för "personligt bruk" kom enligt narkomanvårdskommittens förslag inte att betraktas som ett brott utan som "förseelse".

Gränsen för "acceptabelt narkotikainnehav" kom nu snabbt att höjas i flera omgångar. Taket för åtalseftergift gick 1965 vid ett par gram hasch och några få portionspåsar amfetamin om 0,2 gram. Snart sattes gränsen till fem, tio, femton och 1979 till hela 25 gram hasch eller 50 påsar centralstimulantia, utan att innehavet ledde till annat än åtalseftergifter — i Stockholm. I landsorten och särskilt i Göteborg hade man hela tiden en mera restriktiv praxis.

Systemet med liberal åtalspraxis innebar i praktiken att samma gatulangare kunde gripas flera gånger samma dag i de välkända langarkvarteren utan att detta ledde till annat än ständiga åtalseftergifter. Politiken innebar att man på administrativ väg i praktiken i stort sett legaliserade gatuhandeln med narkotika, därför att ingå smålangare bar med sig mer än "den tillåtna kvantiteten". Detta, menar jag, var den viktigaste juridiska och administrativa missbedömningen och den viktigas-

te enskilda orsaken till missbrukets snabba spridning ut över landet.

Politiken med de liberala åtalseftergifterna har vi kritiserat mycket kraftfullt, särskilt från Riksförbundet Narkotikafritt Samhälles (RNS) sida. Vi kunde visa att samhället under perioden 1965–79 betraktade illegal knarkhantering mildare än felparkeringar: för felparkering får man som bekant aldrig åtalseftergift.

Så småningom, sedan vi fått en ny riksåklagare, introducerades i januari 1980 en helt ny praxis: åtalseftergifter skulle endast ges en gång per individ och för innehav av en enda dos. Sedan skulle det bli andra bullar.

Hur ser nu dessa andra och hårdare bullar ut? Jo, man döms till böter, som man inte behöver betala och som heller inte kan omvandlas till något annat. Och i den mån smålangarna betalar sina böter fungerar dessa närmast som omsättningsskatt på langarverksamheten.

Den här bagatelliserande inställningen till det personliga knarkinnehavet har berott på att man på ansvarigt håll trott att det är den organiserade internationella narkotikahandeln som är roten till knarkproblemet och inte den enskilde missbrukaren själv. I själva verket är den internationella knarkhandeln ett mycket senkommet följdfenomen till missbruket och inte dess orsak.

Jag skall i största korthet åskådliggöra det historiska förloppet och sambanden mellan missbruket och drog-försörjningen.

Amfetaminet introducerades i klinisk medicin i USA 1935, ursprungligen faktiskt som förkylningsmedicin. Det introducerades i Sverige 1937 och såldes receptfritt fram till 1939. Den centralstimulerande effekten gjorde att medlet rekommenderades för behandling av

alkoholism, därför att man på den tiden trodde att alkoholisterna ständigt drack för att komma över bakruset. Numera vet vi att bakruset är en direkt följd av konsumtionens storlek; det inställer sig oavsett om man är alkoholist eller inte. Men amfetaminet inte bara kuperar baksmälla, det ger också ett rus som i många avseenden är överlägset alkoholruset: man luktar inte, sluddrar inte etc.

Följden av amfetaminbehandlingen blev att många alkoholister visserligen slutade dricka men blev amfetaminnarkomaner i stället. Detta var skälet till att professor Leonard Goldberg vid Karolinska institutet såg till att Sverige som första land i världen narkotikaklassade amfetaminet 1944. Vi hade då några dussin amfetaminister av den terapeutiska typen, flertalet i Stockholm och påfallande många i författar- och journalistkretsar.

Även efter narkotikaklassningen av amfetaminet 1944 var det förhållandevis lätt att komma över preparatet genom att vandra runt till olika läkare. Framför allt var det några äldre, presenila läkare som utnyttjades liksom några alkoholiserade läkare.

Först 1946 uppstod det elakartade injektionsmissbruket av amfetamin, sedan injektionstekniken nått Sverige från USA via missbrukare av epidemisk typ. Nu inträdde alltså en helt ny fas i missbruksutvecklingen. Följden blev att medicinalstyrelsen i olika omgångar skärpte kraven på läkarnas forskrivningspraxis beträffande amfetamin. När läkarförskrivningarna i praktiken upphörde följde 1957 en våg av apoteksinbrott över hela landet, organiserad av kriminellt högaktiva knarkare från Stockholm. Man måste nu bygga om alla apotek och installera larmsystem.

Sedan apoteksinbrotten stoppats återstod endast ett

kryphål för att skaffa fram knarket: det var telefonrecepten. Förslagna knarkare tog sig in i de större sjukhusen och satte sig i någon vaktmästarskrubb, tvättstuga eller vad de kom över, och ringde i namn av någon läkare på sjukhuset in kopiösa mängder amfetaminrecept till olika apotek. När apotekspersonalen kontrollringde via sjukhusväxeln brukade man få en klapp på axeln för sin noggrannhet. Dessa förhållanden ledde till att telefonrecepten på narkotika avskaffades 1960. Därefter kunde man bara skriva ut fem doser per telefon och det var helt ointressanta kvantiteter.

Först sedan telefonrecepten upphört, alltså i början av 60-talet, började svenskar resa ned till Spanien och Kanarieöarna för att köpa amfetamin, som länge såldes receptfritt där. Man köpte kanske knark för en tusenlapp åt gången och fick en gratissemester vai je gång.

På detta sätt försörjdes hela den svenska knarkepidemin fram till 1960-talets slut, då dessa svenska småimportörer, av narkotikapolisen kallade "semester sabotörer", slogs ut i den stora polisoffensiven mot knarket 1969. Först efter detta, 1970, alltså 24 år efter starten av den svenska injektionsepidemin, kommer utländska knarkhandlare in i bilden. Pionjären blev den svensk-tyske Karl Pauksch, tidigare spritlangare kring Järntorget i Göteborg. Med stor framgång exploaterade han den svenska amfetaminmarknaden tills han första gången greps i september 1972.

Under alla dessa år har en rad regeringar och riksdagar, polisen och tullen—för att nu inte tala om socialstyrelsen – inriktat huvudintresset mot de internationella knarkligorna, som alltså i själva verket är senkomna följdfeomen till den svenska missbruksepidemin. Orsaken till missförståndet är att man inte analyserat historien och missbruksutvecklingen och inte insett att

det är missbrukaren själv som utgör den oundgängliga basen för knarkhandeln och den som sprider missbruket vidare. RFHL:s funktion som missbrukarnas fackförening har bäddat för missbedömningarna genom sin advokatyr, där man aldrig vågat ställa missbrukaren till svars för sin ständigt manipulerande och parasiterande livsföring.

Så länge det finns folk som är beredda att betala höga priser för knark kommer det att finnas exploatörer som skaffar fram preparaten. Här kommer alltså även den liberala kriminalpolitiken in: om det inte hade varit så lätt att finansiera ett mångårigt och kostbart knarkande med serier av egendomsbrottslighet hade epidemin aldrig kunnat växa på det sätt som skett. Allt detta hänger intimt samman.

Vårt narkotikaproblem ligger inte hos opiumproducenterna i den Gyllene Triangeln, hos haschodlarna i Mellersta Östern eller hos de cocaproducerande indianerna i Anderna. Vårt narkotikaproblem ligger i att vi i det här landet sedan länge för en socialpolitik och en kriminalpolitik som tillåter unga och vilsna människor att i årtal och decennier ständigt berusa sig med illegala droger utan att detta leder till någon form av samhällsreaktion.

Det femte missförståndet har alltså sin grund i att politikerna och myndigheterna inte förstått sig på knarkhandelns dynamik och drivkrafter. Jag föreslår inte att man skall sätta knarkarna i fängelse, men jag kräver att det alltid och snabbt skall medföra obehagliga konsekvenser när man blir ertappad med knark. Mitt förslag är två veckors skogsröjning vid första resan, fyra vid andra, sex vid tredje etc. Det måste bli rejält obekvämt att knarka, om vi skall kunna dämna upp den här olyckliga vågen.

Det sjätte missförståndet:
Frivillighet eller tvång i behandlingen

Det sjätte missförståndet gäller frågan om frivillighet eller tvång vid behandling av narkomani.

Det karakteristiska vid ett drogberoende, oavsett om det gäller vår gamla vanliga alkoholism eller de nyare narkomaniformerna, är att drogbegäret blir så starkt att det får en överordnad styrningsfunktion i tillvaron. Hela livsföringen blir inriktad på att försvara och tillfredsställa drogbegäret.

I ett primitivt samhälle av typen Vilda Västern, där individerna har få rättigheter och få skyldigheter, blir det naturligt med en låt-gå-politik som låter folk supa sig sönder och samman på egen risk och egen bekostnad. Men i ett ordnat välfärdssamhälle är individens rättigheter mycket stora. Om ett sådant system skall kunna fungera i längden måste de rättigheterna balanseras av motsvarande skyldigheter mot samhället.

I skuggan av den ultraliberala vågen på 60-talet monterade man ned inte bara den kommunala nykterhetsvården utan man omrubricerade supandet till ett sjukpenningberättigat tillstånd, som så småningom meriterade för förtidspension med full ATP. Socialvården abdikerade från sitt ansvar för alkoholisterna, och man avvecklade det långsiktiga behandlingsarbetet, när ändå nykterhetsvårdslagen skulle ersättas av den lovordade frivillighetsprincipen. Man nöjde sig med att gå in med hemsamariter för att mocka i suparkvartarna. I vissa fall har man t o m börjat bära hem brännvinet till alkoholister som är så nedsupna att de inte längre orkar ta sig till systembolaget. Motiveringen för detta är att annars skulle andra suparbröder bära hem flaskorna, och då skulle det bli ännu värre förödelse i kvartarna och ännu svårare störningar för grannarna. Längre kan

socialvården knappast komma i uppgivenhet. Denna politik medför en acceleration av de svåra alkoholskadorna, och politiken kan fortgå så länge samhället anser sig ha råd att stå för fiolerna.

Personligen rekommenderar jag en återgång till den gamla nykterhetsvårdslagen men med ännu tidigare ingripanden än förr och mera målmedvetna och långsiktiga rehabiliteringsinsatser. I en rad avhandlingar har det visats att redan anmälan till nykterhetsnämnden statistiskt sett hade goda effekter på frekvensen fylleriförseelser, på sjukfrånvaron, på neurotiska störningar hos hemmavarande barn etc.

Efter anmälan kom frivilliga stöd- och hjälpåtgärder, ålägganden och s k vilande resolution, dvs villkorligt anstånd med intagning på alkoholistanstalt. På torken fick alkoholisten tillfälle att vila upp sin sjuka lever och medfarna kropp, till båtнад för den kvarvarande arbetsförmågan. Viktigast av allt var kanske ändå att hustrun och familjen av och till fick vila upp sig från alkoholisten. Hustrun fick andrum och kunde stå ut med sin alkoholiserade make mycket längre på detta sätt. Nu är den hårt prövade alkoholihustrun som bekant tvingad att fly till misshandlade kvinnors hus eller åtminstone placera barnen i annan miljö.

Kritiken mot nykterhetsvårdslagen kom, förutom från alkoholisterna som inte uppskattade en påtvungen nykterhet, från psykologer och socialarbetare, som brukade förklara att de aldrig sett en alkoholist som blivit botad på en tork. Detta var ju en helt riktig iakttagelse, men den hade sin grund i att alkoholism inte kan botas vare sig på torkar eller annorstädes av det enkla skälet att alkoholism inte är någon sjukdom, och det som inte är sjukdom kan definitionsmässigt inte botas.

Den gamla nykterhetsvården, i all sin primitivitet och vanära, fungerade ändå som en broms i utförsbacken. När den bromsen "reformerades" bort ruttschade ekipagen snabbt utför och slog i botten: under 70-talet steg för första gången i historisk tid dödligheten bland unga svenska män. Socialvården offerar sina klienter till fysisk undergång för att kunna slå vakt om sina liberalistiska vanföreställningar och slippa de våldsamma bataljer det innebär att försöka bända loss en missbrukare från hans favoritgift och få honom på fötter socialt.

Sjukvårdens engagemang för alkoholisterna blev en direkt följd av att man med hjälp av läkemedel av ny typ (fentiaziner) i början av 50-talet kunde lyfta ut en stor del av de schizofrena patienterna till vård utanför sjukhusen. Det blev gott om plats inom mentalsjukvården som överoptimistiskt tog sig an alkoholistgruppen, som ju socialvården önskade bli av med. De doktorliga mödorna resulterade ofta i långdragna och passiviserande sjukskrivningar för att så småningom sluta i för-tidspension och accelererat socialt förfall. Frekvensen alkoholrelaterade diagnoser inom mentalvården har också tjugofaldigats på tjugofem år.

Vad sjukvården kan behandla vid alkoholism och narkomani är egentligen endast komplikationerna till missbruket. Men dessa komplikationer fungerar som missbruksbeteendets biologiska bromsmekanism. Sjukvården har som sagts inte någon metod att komma åt själva beroendet, som är av inlärdd och betingad natur och inte av vad som brukar kallas medicinsk natur. Sjukvården är därför dömd att fungera som rundsmörjningssystem och tenderar således att underlätta fortsatt missbruk.

För att komma ifrån missbruket krävs en helt ny

livsstil och ett nytt värdesystem. Den förändringen klarar stundom AA och de religiösa organisationerna, men landstingen och den traditionella vårdapparaten går bet på sådant.

Grunden måste alltid vara en restriktiv och allmänpreventiv alkohol- och narkotikapolitik, med förslagsvis elektroniskt motkort med inköpsbegränsning ("ransonering") för att bromsa storkonsumenterna av alkohol, och snabba och obekväma påföljder för dem som pysslar med illegala rusmedel. För den som redan utvecklat ett drogberoende skall det finnas demokratiskt valda missbruksnämnder som på kommunal nivå handlägger de individuella behandlings- och rehabiliteringsprogrammen, dvs som en moderniserad och utvidgad motsvarighet till de gamla nykterhetsnämnderna.

Frivillig vård vid drogberoende innebär nästan undantagslöst tillfällig hjälp med komplikationer och svårigheter. Om vederbörande verkligen allvarligt vill komma ifrån sitt missbruk skall samhället givetvis ta emot den människan på frivilliga grunder, men då skall det skrivas ett behandlingskontrakt som ser till att den kostbara behandlingen verkligen leder någon vart och inte blir en ny rundsmödningsinsats. De som ärligt, medvetet och beslutsamt vill lägga av med sitt missbruk behöver egentligen inte någon behandling alls: det blir ungefär som att besluta sig för att sluta stjäla eller sluta vara otrogen. Praktiskt taget alla som jag känner som lagt av med alkohol eller knark har också gjort det, inte tack vare utan trots den traditionella vårdapparaten.

Jag skall understryka min ståndpunkt genom att hävda att frivillig behandling mot alkoholism och narkomani djupare och principiellt sett ungefär skulle motsvara frivillig kriminalvård. Erbjuder man trivsamma

former av frivillig kriminalvård på attraktiva behandlingspensionat så är jag övertygad om att man lätt kan fylla dem, men verksamheten kommer givetvis inte att minska kriminaliteten i samhället. Detta är något för alla liberalistiska drömmare att fundera på.

Slutord

Detta är en summarisk snabbgenomgång av ett halvdussin av de enligt min uppfattning viktigaste missförstånden i den snart tjugoåriga narkotikadebatten. Jag förmodar att det i dag inte längre råder så stor oenighet kring de fem första punkterna. Den sjätte frågan, om den prisade men bedrägliga frivilligheten skall vara generell grund för behandlingsarbetet eller om det skall föreligga en behandlingsskyldighet vid de svåra beroendetillstånden, uppvisar fortfarande en djup oenighet mellan olika grupperingar. Men även i den frågan-är avståndet mellan uppfattningarna i dag inte lika stor som tidigare. Här får vi se vad den samlade erfarenheten så småningom faller för utslag. Det blir alltid till sist verkligheten och historien som blir överdomare till våra produktiva trätor och vårt sökande.

Nils Bejerot

Narkotikapolitikens grunder

Vårdsektorns folk uppfattar främst narkotikamissbruket som uttryck för individuella problem av psykologisk, psykiatrisk eller social natur. Det är lättförståeligt då de är överväldigade av närperspektivet och sina knepiga behandlingsfall och inte kan se skogen för bara träd. Däremot är det onekligen anmärkningsvärt att man ännu inte ens i den politiska debatten, med några få undantag, har tillägnat sig ett övergripande perspektiv och satt sig in i vilka särskilda åtgärder som erfordras för att tränga tillbaka ett massmissbruk av illegala droger i ett samhälle. Ändå har en rad andra länder med ett helt annat synsätt på narkotikamissbruk varit synnerligen framgångsrika. De strategier de tillämpade (det gällde USA och Tyskland på 20-talet, Kina och Japan på 50-talet och Singapore på 60-talet) var alla till sin natur uttalat restriktiva och samhällsorienterade.

I praktiken kan de två huvudtyperna av synsätt förenklat uttryckas som preventionspolitik kontra terapitänkande.

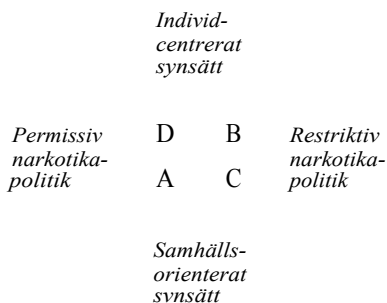
Denna uppsats publicerades ursprungligen i Narkotikafrågan nr 16, 1981.

Föreställningarna om vad som är den springande punkten i narkotikaproblemet skiftar mycket starkt mellan olika professioner beroende på varierande yrkestradi-

tioner, tänkesätt och personliga erfarenheter. Personligen har jag länge betonat narkotikamissbrukets specifika spridningsmönster (nästan undantagslöst från etablerade missbrukare till emotionellt närstående novis) som central för uppkomsten av smittkedjor, dels det etablerade narkotikaberoendets närmast driftsmässiga styrka som motor i missbruksbeteendet. Jag har försökt visa att dessa två faktorer endast kan brytas med en restriktiv, konsekvent och långsiktig politik.

Motsättningar om hur samhället bör möta narkotikamissbruket och utforma politiken kan beskrivas längs två axlar, dels en liberalistisk-restriktiv skala och dels en individcentrerad-samhällsorienterad skala.

De fyra huvudtyperna av synsätt — och många smärre variationer inom dessa fyra fält — förekommer ofta vid sidan av varandra i ett samhälle och bryts i den allmänna debatten. De har varit tongivande vid olika tidpunkter och format basen för samhällets narkotikapolitik. De strategier som misslyckats har så småning-



Figur 1. All narkotikapolitik kan ses i relation till två dimensioner eller axlar: den ena betecknar individcentrerat kontra samhällsorienterat synsätt, den andra permissivt (liberalistiskt) kontra restriktivt synsätt. De fyra fälten (A, B, C, D) representerar olika huvudtyper av narkotikapolitik och bokstäverna ansluter sig till den följande texten.

om fått ge vika för nya synsätt och en ny politik. Märkligt nog har så även skett med det enda synsätt som historiskt bevisligen varit framgångsrikt.

De olika synsätten tenderar att följa varandra i en ofta återkommande turordning, även om det finns nationella särdrag och undantag från regeln. Eftersom amerikanerna har brottats längst med problemet har de också samlat de rikaste och bäst dokumenterade erfarenheterna. Det kan därför vara på sin plats att exemplifiera de olika politiska modellerna med huvuddragen ur den amerikanska narkotikapolitikens historia.

A. Liberalistisk-samhällsorienterad politik

Den liberalistisk-samhällsorienterade politiken representerar i alla länder det ursprungliga synsättet: det står envar fritt att använda tillgängliga droger, vilka som helst, men individen får själv ta alla konsekvenser av ett missbruk. En sentida variant av denna gamla socialdarwinistiska doktrin är haschromantikernas krav på fria droger som njutningsmedel och amerikanska LSD-mystikers förslag om fria hallucinogener som religiösa sakrament, jämställda med nattvardsvin och smörjelse.

I USA härskade denna typ av politik fram till 1914. Alla former av narkotika (opium, morfin, heroin, koka-in) såldes fritt utan recept till låga priser i varje drogstore. Det missbruk som då förekom hade nästan uteslutande uppkommit som komplikation till någon form av medicinsk behandling, som regel genom självmedicinering. Det förekom mycket starka och distinkta värderingar och tabun kring beroendeframkallande droger. Amerikanerna roade sig med alkohol men inte med de exotiska drogerna. Drogssituationen i USA under

senare delen av 1800-talet är väl dokumenterad (O'Donnell & Ball 1966).

Det noterades att de opiatberoendes situation var besvärlig, och tanken växte fram att receptbelägga de starkt beroendeframkallande drogerna för att skydda dem som ännu inte fastnat i ett beroende. Ändringen i politiken kunde dock ha dröjt ytterligare några år i USA om inte heroinet, introducerat i medicinsk behandling 1898, plötsligt hade börjat användas som rusmedel i New York 1912 (se Bejerot, 1968).

B. Restriktiv-individeentrerad politik

Som följd av det uppblossande heroinmissbruket i USA infördes 1914 The Harrison Act, som ursprungligen var en tulllag men i praktiken kom att fungera som narkotikalag.

I fortsättningen skulle individen skyddas mot obefogad användning av narkotika genom att preparaten endast kunde förskrivas på recept av läkare. Man hade en omfattande klinisk erfarenhet av narkomani och insåg att de som redan var drogberoende inte skulle vara beredda att underkasta sig några inskränkningar i sin droganvändning, varför man över hela USA öppnade narkotikadispensärer där de beroende fick sina doser eller recept.

Den amerikanska dispensärverksamheten skulle ha kunnat lyckas om den endast hade omfattat narkomaner av terapeutisk typ, men efter 1912 ökade snabbt inslaget av narkomaner av epidemisk typ, främst yngre män med asocial livsföring. Dispensärpersonalen insåg att politiken blev ohållbar och de flesta dispensärer stängde sin verksamhet. De sista stängdes av den federala regeringen 1923.

C. Restriktiv-samhällsorienterad politik

Efter sammanbrottet 1923 för den amerikanska politiken med legalförskrivning av narkotika vidtog en mycket restriktiv period med fängelsestraff för varje obehörig befattning med narkotika och sträng kontroll även över den medicinska användningen av drogerna.

Fortfarande hade man inte lärt sig skilja mellan narkomani av terapeutisk och epidemisk typ, men den hårdhänta amerikanska, politiken blev synnerligen framgångsrik. Under perioden 1923—1939 beräknas narkomanfrekvensen ha sjunkit till en tiondel (Harney & Cross 1961), detta väsentligen utan vare sig individuell behandling eller nämnvärd forskning. (Här kan man också erinra om den svenska alkoholpolitiken från 1855 till 1935, som minskade konsumtion och missbruk lika dramatiskt, också här väsentligen utan behandling eller forskning.)

En narkotikapolitik liknande den klassiska amerikanska (1923—39) genomfördes med ännu större framgång i Kina under åren 1951—53, då cirka 20 miljoner opiumnarkomaner rehabiliterades utan att man behövde omhänderta mer än ca en tiondel av dem. Övriga slutade på grund av det starka sociala trycket mot missbruket och framför allt därför att det blev alltför riskfyllt att fortsätta: de som framhärddade omhändertogs för några år i särskilda rehabiliteringsläger (Lowinger 1977).

Nedkämpningen av den stora japanska amfetaminepidemin 1954—58, som omfattade över en halv miljon injektionsmissbrukare och cirka två miljoner tablettmissbrukare, blev ytterligare ett lysande exempel på framgången för denna typ av politik. Inte heller här behövde man ingripa mot mer än en liten bråkdel av missbrukarna (ca fem procent) (Brill & Hirose 1969)

med fängelsestraff om 3–6 månader för innehav av de förbjudna drogerna (amfetamin och metamfetamin). 95 procent slutade av blotta förskräckelsen.

Den officiella narkotikapolitiken är i de flesta länder principiellt restriktiv. Anledningen till detta är att nästan alla länder anslutit sig till, den allmänna narkotikakonventionen av 1961, som reglerar opiat, kokain och cannabis (haschisch och marijuana). Många länder har också biträtt 1971 års internationella psykotropkonvention som berör centralstimulantia och vissa typer av psykofarmaka.

Konventionerna har vuxit fram ur nästan ett sekels internationellt samarbete kring narkotikakontroll. Grunden för detta arbete har inte varit några större eller djupare teoretiska analyser av narkotikaproblemen utan långvariga erfarenheter av att det varit nödvändigt att skydda individ och samhälle mot denna typ av droger.

De internationella protokollen vittnar både om de stora ansträngningar som gjorts från många länder, t ex Egypten beträffande narkotikaklassifikationen av cannabis 1925, för att få andra länder att medverka och om de svårigheter som förelegat, ibland ända tills länderna själva berörts av missbruket. Så hade Sverige i slutet av 60-talet svårigheter att få andra länder att förstå att centralstimulerande medel, som blivit föremål för ett omfattande missbruk nästan uteslutande i vårt land, borde jämföras med internationella narkotika.

En nödvändig grund för uppslutning kring en restriktiv-samhällsorienterad narkotikapolitik synes vara en direkt konfrontation med massmissbruk och dess fördömande konsekvenser samt långvarig erfarenhet av otillräckligheten i individ- och behandlingsorienterade insatser.

D. Liberalistisk-individcentrerad politik

Den restriktiva amerikanska narkotikapolitiken mötte ringa motstånd innan sociologen Alfred Lindesmith attackerade den med sin bok *Opiate Addiction* (1947).

Lindesmith formulerade sina teorier utifrån erfarenheter från USA och England. Han hävdade att den restriktiva amerikanska narkotikalagstiftningen var den främsta anledningen till den höga narkomanifrekvensen i USA. Narkomanerna tvingas att köpa sina droger illegalt till mycket höga priser, och de höga kostnaderna för att tillfredsställa drogbegäret driver dem in i kriminalitet. Enligt honom är detta också den främsta anledningen till att narkomanerna själva säljer droger: det är en nödvändighet för att de skall kunna finansiera den egna drogförbrukningen, samtidigt som detta bidrar till missbrukets spridning.

Beträffande England ansåg Lindesmith att den liberala engelska narkotikalagen — den av en toryregim 1926 antagna Rolleston Act — var huvudskälet till den vid denna tidpunkt ännu mycket låga narkomanifrekvensen i England. Narkomanerna i England kunde (fram till 1968) utan svårighet få alla i engelsk apotekshandel tillgängliga narkotikaklassade preparat, inklusive heroin och kokain, förskrivna på recept av privatläkare. Kostnaderna för drogerna blev följaktligen låga, och den illegala handeln motverkades av att alla missbrukare och narkomaner hade möjlighet att själva skaffa sig drogerna billigt och legalt.

Tragedin med Lindesmith och hans teorier var:

a. att han hade mycket begränsad klinisk erfarenhet att falla tillbaka på;

b. att han inte observerade den spridningsmässigt avgörande skillnaden mellan narkomani av terapeutisk och epidemisk typ; samt

c. att han förväxlade orsak och verkan mellan lagstiftning och narkomanifrekvens.

Det är värt att närmare kommentera detta, därför att det är ett vanligt oskick bland samhällsvetare att uttala sig i missbruksfrågor utan någon som helst klinisk förtrogenhet. Så bör noteras:

a. Sociologen O'Donnell, som arbetade tillsammans med Lindesmith i Lexington under den aktuella perioden, har uppgivit att Lindesmith fram till genombrottet för sina ideer vid mitten av 60-talet, inte hade sett och undersökt mer än ett femtiotal narkomaner, nästan alla av terapeutisk typ. Det var också utifrån denna försumbara minoritet som Lindesmith förde sin argumentation.

b. Först 1965 differentierades de sex huvudtyperna av narkomani utifrån de radikalt olika uppkomstmekanismerna.

c. Lindesmith insåg inte att man förde en så restriktiv narkotikapolitik i USA just därför att man hade så många narkomaner p g a den tidiga och svåra heroin-epidemin där. Han insåg inte heller att England kunde hålla sig med den liberala Rollestone Act (fram till 1968), därför att man då ännu inte hade erfarenhet av narkomani av epidemisk typ.

Till tragedin i Lindesmiths fall hör också att England drabbades av den amerikanska heroinepidemin först 1959, då ett halvduzin kanadensiska narkomaner, stimulerade av Lindesmiths lovsånger till det berömda liberala "British System", flyttade över till England för att komma i åtnjutande av legala förskrivningar. Den brittiska grenen av heroinepidemin exploderade sedan med en fördubbling av antalet heroinister var sextonde månad fram till 1968 (Bewley & Ben-Arie 1968), då politiken och lagstiftningen ändrades.

Lindesmiths politik har möjliggjorts genom otaliga psykologiska, psykiatriska, sociologiska och kriminologiska studier som visat att den överväldigande majoriteten av injektionsmissbrukarna hade en trasslig barndom bakom sig och/eller befann sig i en vanskelig social belägenhet. Man förstod inte att dessa omständigheter hade gjort dessa ungdomar särskilt *mottagliga* för normbrottet injektionsmissbruk, på samma sätt som deras bakgrund gjort dem mottagliga för normbrott av kriminell typ. Att av denna anledning rekommendera att samhället inte skulle reagera starkt mot missbruksbeteendet är jämställt med att ge fullmakt för egendomsbrott till personer med trasslig bakgrund: en tolerant hållning mot normbrotten ökar riskerna för normbrott och förvärrar den sociala urspårningen för individen.

Narkotikalitteraturen från 60-talet och början av 70-talet var fylld av mystifierande tolkningar längs sådana linjer: "Missbruket är endast ett symptom på bakomliggande orsaker och det är inte missbruket som skall åtgärdas utan de bakomliggande orsakerna; de som inte är färdiga med sitt missbruk utan önskar fortsätta bör ges legal tilldelning för att förhindra kriminalisering" etc.

Det var, som nämnts, Lindesmiths tankegångar som ledde till att kanadensiska heroinister for till England och initierade heroinepidemin där. Det var dessa resonemang som låg bakom RFHL:s tillkomst 1965 och dess i svenska massmedia enastående kampanj för legalförskrivning av narkotika i Sverige 1965-67. Det var också främst Lindesmiths ödesdigra felanalyser som gjorde att den traditionellt restriktiva amerikanska narkotikapolitiken bröt samman vid mitten av 60-talet och domstolarna plötsligt såg mildare på alla slag av befatt-

ning med illegala droger. Följden blev för USAs del en mer än tiodubbling av antalet opiatmissbrukare under senare hälften av 60-talet.

Restriktioner eller kaos

Sammanbrottet för den lindesmithska liberalistisk-individcentrerade politiken kom snabbt i såväl USA som i England och Sverige. Därefter har politiken åter svängt mot det restriktiva-samhällsorienterade synsättet med en striktare politik i de nämnda länderna.

Ett betydande problem av helt ny typ är dock att huvudparten av de ledande narkotikatjänstemännen i statligaförvaltningar som socialstyrelsen och socialdepartementet— men också på kommunal nivå—tillträdde sina nyinrättade poster i samband med missbruksexplosionen under senare hälften av 60-talet. De omfattade då gängse liberalistiska doktriner— och var i många fall opinionsledare i berörda grupperingar— och bidrog således själva starkt till missbrukskatastrofen.

Att byta narkotikapolitisk uppfattning (doktrin) tycks för den enskilde vara lika svårt som att byta vetenskapligt paradig (plattform och perspektiv) eller religion. För en institution eller ett ämbetsverk är det ännu svårare genom den inneboende trögheten i byråkratin och det doktrinförsvar som alltid utvecklas.

Nu skall samma personer försöka lägga om kursen och reparera de enorma sociala skador de själva ställt till med, utan att egentligen någonsin ha trängt djupare in i vare sig narkomanins väsen eller narkotikapolitikens funktioner. Dessa villrådiga rådgivare lämnar politikerna rådvilla. Resultatet blir kortsiktiga, spektakulära kampanjer och troskyldiga men inkonsekventa och i det långa loppet verkningslösa motåtgärder, allt-

medan problemet växer administratörerna över huvudet. *

Då ett samhälle halvhjärtat och tafatt försöker genomföra en restriktiv-samhällsorienterad narkotikapolitik men ideligen misslyckas och går på grund, beroende på okunniga lotsar och felaktiga sjökort, och kostnaderna för seglatsen och haveriskadorna blir allt större, föds in en nödvändighet så småningom åter tankar och förslag om att återgå till den ursprungliga liberalistiska-samhällsorienterade politiken:

"Legalisera hela klabbet, ge dem kommunal utspisning med grötautomater i gathörnen och låt dom knarka ihjäl sig, men skydda småungarna."

En dåligt ledd och administrerad restriktiv-samhällsorienterad politik banar lätt väg för kapitulation s tankar och nya legaliseringsrörelser. En kapitulation för drogmissbruket innebär på sikt med nödvändighet också slutet för välfärdssystemet. Hela solidaritetstänkandet mals då sönder och förvandlas till ett idealistiskt irrbloss i historien, och vi står där vi började: små, hårt sammanhållna, solidariska grupper med gemensam och strikt moral och därutånför ett socialdarwinistiskt kaos.

* *Anmärkning:* Som en exemplifiering av sakernas aktuella tillstånd kan nämnas att två gamla RFHL-are sommaren 1984 sitter i regeringskansliet och skriver regeringens stora proposition i narkotikafrågan på grundval av narkotikakommisionens betänkande och promemorior, remissyttrandena och sin egen föreställningsvärld. De som nu skall kratsa sina egna kastanjer ur elden är departementssekreteraren Hans Lundborg och departementsrådet Jacob Lindberg. Av detta kan det endast bli en halvmesyra.

Nils Bejerot och Jonas Hartelius

Narkotikapolitiska strategier

En enstaka narkotikamissbrukare kan betraktas som ett intressant psykiatriskt fall. Men redan att ta hand om en handfull eller en grupp missbrukare är en vida besvärligare tippgift. Massmissbruk av narkotika blir ett problem i en helt annan storleksordning och fordrar samordnad mobilisering av flera samhällssektorer som rättsvård, kriminalvård och socialtjänst.

Det räcker dock inte med en mobilisering av större resurser. Avgörande är den orientering man skaffat sig över problemet och det praktiska utnyttjandet av resurserna. För att detta skall kunna ske fordras en genomtänkt strategi.

I denna översikt över narkotikapolitiska strategier klargörs att de nuvarande insatserna mot narkotikaproblemet i Sverige och i de flesta andra västländer bygger på en i grunden felaktig strategi. Lösningen på narkotikaproblemet ligger inte i första hand i fler vårdplatser eller liknande insatser utan i en helt ny strategi. En klart restriktiv och samhällsorienterad narkotikapolitik är ofrånkomlig för att förhindra att samhället tvingas att kapitulera inför de växande narkotikaproblemen och acceptera narkotikaklassade preparat som lagliga rusmedel.

Uppsatsen har tidigare varit publicerad i Narkotikafrågan nr 16 (1981).

Låt oss först definiera begreppet *strategi*: det är de åtgärder som rekommenderas som särskilt verkningsfulla på basis av en viss tolkning av problemets natur och utveckling enligt ett överordnat och långsiktigt perspektiv. På det narkotikapolitiska området utgör strategin således samhällets samlade åtgärder för att hantera problemet och om möjligt undanröja det. Strategin skall skiljas från *taktiken* som omfattar de insatser som används för att lösa en speciell deluppgift, exempelvis att spränga en viss liga, att motverka narkotikamissbruket inom kriminalvårdens anstalter eller att förmå missbrukare att fullfölja ett långsiktigt rehabiliteringsprogram.

Många olika strategier och taktiker har prövats i olika länder i syfte att komma till rätta med narkotikamissbruk och därmed vanligen sammanhängande brottslighet. Strategierna kan ha olika narkotikapolitiska mål, vilket gör att valet av strategier i sista hand blir en politisk fråga om vilka medel och metoder som samhället är berett att sätta in för att komma till rätta med problemet.

I den svenska narkotikadebatten har det inte rått några principiella meningsskiljaktigheter i själva målfrågan: alla har sedan slutet av 60-talet varit överens om att narkotikamissbruk skall förebyggas och motarbetas. Debatten har gällt hur detta skall ske, och där har meningarna skurit sig starkt utifrån olika uppfattningar om missbrukets orsaker, individens rättigheter, effekten av olika åtgärder etc. Med denna redogörelse vill vi lämna en systematisk genomgång av olika narkotikapolitiska strategier i kampen mot missbruk av epidemisk typ (dvs icke-medicinsk användning av narkotika, normbrotts-missbruk, "knarkande"), strategiernas förutsättningar, svagheter, styrka och effekter

och vi vill även antyda samhällskostnaderna för olika typer av narkotikapolitik.

Det krävs stor förtrogenhet med missbruksproblemens dynamik för att skilja på individeentrerade och generella åtgärder, på kortsiktigt och långsiktigt verkande faktorer, på förebyggande och kurerande insatser, realistiska och orealistiska åtgärder och på nödvändiga men inte tillräckliga förutsättningar. Området är alltså minerat och rikligt försett med fallgropar.

Prevention på olika nivåer

Förebyggande åtgärder tillmäts numera en allt större roll i arbetet med olika samhällsproblem. Vi vill analysera de narkotikapolitiska strategierna utifrån klassisk *folkhälsoteori*. För att åskådliggöra insatserna och sambanden skall av pedagogiska skäl en del jämförelser göras med brandskydd (brännbarhet, rökförbud i vissa miljöer, brandorsaker, eldsvåda, brandvarning, tidigt ingripande och släckning, brandbegränsning, eftersläckning, förbättrade skyddsåtgärder genom nyvunna erfarenheter etc). Generellt gäller att ju mer svårbemästrat ett tillstånd eller en destruktiv process är, desto viktigare är de förebyggande åtgärderna.

Inom folkhälsoteorin ("public health theory") brukar man dela in de förebyggande åtgärderna i tre olika nivåer:

1. *Primär prevention*: den syftar till att förebygga att ett problem eller en sjukdom över huvud taget uppkommer. Här ingår allmänna folkhälsofrämjande åtgärder (exempelvis vattenförsörjning och avloppshantering) men även socialpolitiska (utbildningssystem och bostadsförsörjning, arbetshygien och elimination av olycksfallsrisker) liksom specifikt medicinska

åtgärder (som vaccination, hälsoundersökningar etc). Inom brandskyddet märks säkerhetsföreskrifter, förbud mot viss hantering och lagring av eldfarliga ämnen etc.

2. *Sekundär prevention* syftar till att upptäcka ett problem eller en begynnande sjukdom så tidigt som möjligt och försöka avhjälpa störningen innan allvarlig skada har uppstått. Här ryms alltså tidig diagnostik och behandling liksom snabba brandlarm och skyndsamma brandkårsutryckningar för att avvärja den hotande faran.

3. *Tertiär prevention* försöker begränsa en redan uppkommen katastrof till så rimliga proportioner som möjligt och syftar alltså till att förebygga en ännu allvarligare utveckling; man resignerar inför det ursprungliga problemet och försöker hantera det på ett acceptabelt sätt. Hit hör alltså lindring av cancerpatientens smärtor eller begränsning av skogsbranden till de områden som omgärdats med brandgator och fått offras. Med detta sena ingripande har man givit avkall på ambitionen att helt kunna bemästra problemet och nöjer sig alltså med att försöka begränsa skadeverkingarna.

Systematiseringen av åtgärder på olika nivåer bygger på en dynamisk modell av utvecklingen av ett problem i det enskilda fallet och på samhällsnivå. Det skall alltså vara möjligt att identifiera olika stadier i skadeprocessen.

Vi övergår nu till att anpassa analysmodellen till narkotikaproblemet.

1. Primär prevention eller bakgrundsorienterade strategier

De primärpreventiva strategierna är många och siktar på ett försöka förebygga att missbruk över huvud taget uppstår. De fokuserar på olika komponenter som bildar bakgrund och förutsättningar för narkotikamissbruk enligt schemat människa-medel-miljö.

Den socialpolitiska strategin

Den socialpolitiska strategin har två målpunkter — människan och miljön.

I narkotikadebatten har det länge hävdats att det främst gäller att angripa "de bakomliggande sociala och psykologiska problemen" och att "eliminera orsakerna till att folk börjar missbruka". Man tänker sig således att det avgörande är att skapa ett samhälle som är så idealiskt att ingen längre har något behov eller någon lust att stimulera sig med droger. "Missbrukade_människor blir missbrukare" har länge varit formeln för denna uppfattning, som har haft sitt starkaste stöd i RFHL och Verdandi. Denna skola har svårt att förklara varför det inte fanns något narkotikamissbruk på det fattiga och av arbetslöshet plågade 30-talet eller varför alkoholkonsumtionen då var som lägst i Sveriges historia.

Andra varianter av samma grundstrategi har varit att förespråka att föräldrarna skall uppfostra sina barn bättre så att de bli obenägna att pröva narkotika, att skolan skall ta ett större ansvar för elevernas utveckling, några har krävt mer kristendomsundervisning i skolorna etc.

Den socialpolitiska förklaringsmodellen har framstått som den förhärskande strategiska doktrinen i vårt land sedan mitten av 60-talet, både i massmedia och i

den politiska debatten, och den har numera skrivits in som generell förklaringsmodell i den nya socialtjänstlagen. Helt naturligt har denna strategi haft sin starkaste förankring bland socialarbetare och vårdpersonal.

På samma sätt som det inte räcker med aldrig så förnämliga brandförebyggande åtgärder när en brand väl brutit ut så blir den socialpolitiska strategin otillräcklig när ett narkotikamissbruk väl har uppstått. Strategin är otillräcklig av bland annat följande skäl:

a. narkotikamissbruk kan uppstå även i socialt gynnade och privilegierade grupper;

b. narkotikamissbruk *av* epidemisk typ har en betydande tendens att sprida sig i kamratkretsen;

c. när missbruket nått en viss omfattning träder marknadsmekanismer som langare och internationella narkotikasyndikat in i bilden, vilken därefter snabbt förändras på ett djupgående och avgörande sätt.

Narkotikaupplysning och attitydpåverkan

Narkotikaupplysningen syftar främst till att påverka människans intresse och benägenhet att pröva narkotikaklassade medel i russyfte eller i andra icke-medicinska sammanhang. Den kombineras ofta med attitydpåverkan och opinionsbildning.

Upplysning är inte särskilt kontroversiellt (förutsatt att den inte skärskådar förhärskande förklaringsmodeller) och uppskattas av alla, främst av äldre och socialt stabila människor som inte ligger i riskzonen för narkotikamissbruk. Den ger en ofarlig kittling av det förbjudna och avskyvärda. Upplysning har en mera osäker effekt på barn. Dålig information från fd missbrukare är direkt katastrofal: *"Om den farbrorn har knarkat så hårt i tio år och nu ser ut att ina så bra och blivit så väl etablerad att han kan resa runt och prata i*

skolorna så kan det väl inte vara så farligt."

På redan etablerade missbrukare har upplysning endast marginell effekt.

Upplysning till allmänheten har tillmätts en central roll i dagens svenska åtgärdsprogram men har från andra områden (alkohol och tobak) erfarenhetsmässigt ringa effekt.

Administrativ^o narkotikakontroll

Den allmänna narkotikakontrollen, som begränsar användningen av narkotika till medicinska och vetenskapliga ändamål, har också ett primärpreventivt syfte: narkotika skall inte kunna komma i orätta händer och därmed missbrukas. En specialvariant av den administrativa kontrollen är att inte tillåta starkt beroendebildande läkemedel (t ex heroin) ens för strikt medicinska ändamål.

När narkotikakontrollen kombineras med sanktioner (straff) för överträdelser tillhör den emellertid den sekundära preventionen genom att ingripa när problemet redan har uppstått.

Den stora svagheten med de socialpolitiska, renodlat primärpreventiva strategierna är att de förbiser eller undervärderar vikten av att ingripa om och när narkotikaproblem väl har uppstått. Isolerade blir dessa strategier förödande. De måste därför alltid kombineras med andra strategier.

Sekundär prevention eller missbruksorienterade strategier

Precis som samhället måste ha en brandkår för snabba ingripanden vid eldsvådor, när det förebyggande brandskyddet inte räckt till, måste samhället ingripa

mot uppblossande narkotikamissbruk, där de allmänna, socialt förebyggande insatserna inte räckt till.

Den missbruksorienterade strategin inriktar sig på att ingripa mot narkotikamissbruk så tidigt som möjligt. Syftet är att förmå – ålägga, om så erfordras tvinga – missbrukaren att sluta innan han utvecklat ett narkotikaberoende, hunnit sprida sitt missbruk vidare och/eller blivit en etablerad kund hos den organiserade brottsligheten.

Alternativutredningens strategi

Ett tidigt ingripande vid uppblossande narkotikamissbruk har tidigare kunnat ske inom ramen för samhällets socialvårdande insatser. Den gamla barnavårdslagen ålade myndigheterna att ingripa så snart ett narkotikamissbruk blev känt, men lagen användes inte i lagstiftarens anda de sista åren innan lagen upphävdes 1981. Nykterhetsvårdslagen ålade myndigheterna ett motsvarande handlande när det gällde vuxna alkoholmissbrukare, dock först sedan missbruket gått så långt att "hemfallenheten", dvs beroendet, var etablerat. Inte heller nykterhetsvårdslagen tillämpades i lagstiftarens anda från mitten av 60-talet tills den slutligen avskaffades 1981.

I den långdragna och segslitna debatten om hur den nya sociallagstiftningen skulle utformas *har Alternativutredningen* lagt fram ett genomarbetat förslag om en samordnad missbrukslagstiftning, som skulle göra det möjligt att ingripa på ett tidigt stadium vid såväl alkohol- som narkotikamissbruk. På ett sådant tidigt stadium är det fortfarande möjligt att styra missbrukarens beteende med *begränsat tvång ifrihet*, utan omhändertagande. Man skulle enligt detta förslag kunna sätta in olika åtgärder enligt ett flexibelt system, med övervak-

ning, föreskrifter, ålägganden, varning, s k vilande resolution (villkorligt uppskjutande av ett omhändertagande) etc.

Alternativutredningens förslag innebär att samhället skulle få möjlighet att ingripa mot narkotikamissbruk på ett tidigt stadium, innan missbrukaren hunnit utveckla ett drogberoende eller hunnit sprida missbruket vidare i umgängeskretsen. Förslaget innebär också att de socialvårdande myndigheterna skulle komma in på ett tidigare skede än polis, domstolar och kriminalvård. Med en väl utvecklad strategi skulle huvudparten av missbrukarna kunna bromsas i tid och inte behöva fastna i ett hårt missbruk, kriminaliseras och gå in i kriminalvården, som i sig tenderar att fungera som ett centrum för utbildning i mer avancerad brottslighet.

Kriminaliseringsstrategin

I hela kedjan från odlare/tillverkare, förädlare, upphandlare, lagerhållare, finansiär, kurir, storhandlare, småhandlare, storlangare och smålangare till missbrukare är missbrukaren själv — den sista länken i kedjan — den enda som är oersättlig. Övriga länkar i kedjan ersätts omgående om någon slås ut, men missbrukaren, som är basen för hela systemet, ersätts inte om han för en tid tas ut ur systemet.

Missbrukaren/konsumenten är inte bara oersättlig för narkotikahandeln, han är också den som genom langning och egendomsbrottslighet skall slita in varen da krona som sedan vandrar upp i brottshierarkin. Därtill kommer att missbrukaren själv är den ende som sprider missbruket och detta vanligen i mycket intima vänkontakter. De anonyma langarna kommer in först senare för att underhålla ett etablerat missbruk eller för att bädda för ett återfall.

Kriminaliseringsstrategin tar fasta på detta förhållande genom att kriminalisera (straffbelägga) själva befattningen med narkotika. Kriminaliseringen gäller inte missbrukstillståndet som sådant och inte heller beroendet-narkomanin eller hemfallenheten åt missbruket utan tar ur bevissäkringssynpunkt fasta på den fysiska befattningen med de illegala drogerna.

Kriminaliseringsstrategin är den i särklass mest effektiva både i kampen mot missbruket och mot den organiserade brottsligheten — och på sikt även för alla parter den mest skonsamma strategin, ett konstaterande som kan förvåna vid första påseende. Denna strategi har genomförts med framgång i en rad länder med mycket olika samhällsskick.

Karaktéristiskt för kriminaliseringsstrategin är att endast en bråkdel av missbrukarna behöver omhändertas av polis och kriminalvård – den helt övervägande majoriteten slutar erfarenhetsmässigt sitt missbruk utan åtgärd, av blotta förskräckelsen när narkotikahandlingen blir alltför riskabel.

Denna strategi är genomförbar även i Sverige. Den tillämpades under polisoffensiven mot narkotikahandeln under 1969 med en mycket dramatisk förbättring av missbruksläget som följd (Bejerot 1978), men politiken kunde inte genomdrivas på sikt då den inte var tillräckligt politiskt förankrad och därtill aktivt motarbetades av justitiedepartementet och socialstyrelsen. Redan efter något halvår avvecklades huvudkampanjen, men det tog två år innan missbruksläget åter blev lika dåligt som före offensiven.

Det avgörande för att kriminaliseringsstrategin skall lyckas är två förutsättningar: för det första krävs ett massivt folkligt stöd, vilket i praktiken betyder att tongivande massmediaorgan måste sluta upp kring po-

litiken (1969 års offensiv hade drivits fram främst genom Expressens stora narkotikakampanj hösten 1968). För det andra krävs vissa mindre ändringar i svensk lag:

a. personligt innehav av narkotika måste leda till en mer kännbar påföljd än den nuvarande som är böter, som inte behöver erläggas och inte heller kan förvandlas till annan påföljd; varje icke-medicinsk befattning med narkotika skall vara förbjuden;

b. narkotikamissbruket inom kriminalvården måste stoppas genom att straffavtjäningen binds till kravet om drogfrihet under anstaltstiden. Det innebär att kriminalvårdens behandlingslag måste ändras för att medge obligatorisk urinkontroll vid anfordran och förlust av viss del av den för rutinmässigt beviljade villkorliga förkortningen av påföljden vid positivt (eller vägrat) urinprov;

c. denna strategi förutsätter inte att socialvården skall ha befogenhet att ingripa med tvångsmedel mot narkotikamissbruk, men en lagstiftning av den typ som *Alternativutredningen* föreslagit skulle kraftfullt förstärka effekten av denna strategi.

Det avgörande för kriminaliseringsstrategin är således om det ur missbrukarsynpunkt i fortsättningen "lönar sig" att fortsätta med narkotikamissbruket. Problemet med denna strategi är att den strider mot den allmänt liberalistiska samhällsfilosofi som varit förhärskande beträffande narkotikamissbruk och påföljdssystem under de senaste två decennierna – eller så länge som narkotikamissbruket tilltagit i landet.

Tertiär prevention eller skadeinriktade strategier

Om narkotikamissbruket av epidemisk typ inte angräps konsekvent under en längre tid enligt kriminaliseringsstrategin kommer missbruket så småningom att anta en sådan omfattning att samhället måste retirera från den ursprungliga målsättningen — att eliminera missbruket — och i stället övergå till att försöka administrera problemet, dvs man inriktar sig på att försöka hålla skadeverkningarna på en politiskt acceptabel nivå. Till följd av missbrukets fortsatta expansion tenderar sedan den politiska toleransnivån successivt att höjas — fram mot en framtida krisnivå med radikalt förändrad strategi.

Syftet med de tertiärpreventiva insatserna är att på olika sätt kortsiktigt försöka minska de socialt mest uppseendeväckande eller politiskt mest bekymmersamma skadeverkningarna av missbruket. Uppfattningarna om vad som är viktigast i detta avseende varierar hos olika myndigheter. De rättsvårdande instanserna betonar framväxten av den organiserade brottsligheten och risken för en allt mer avancerad brottslighet av ny typ, korruption etc. De sociala myndigheterna betonar behovet av behandlingsplatser, arbetstillfällen och bostäder, medan de medicinska instanserna oroar sig över de kroppsliga och psykiska skadeverkningarna och arbetsvården och försäkringskassorna klagat över den ökade belastningen med arbetsträning och förtidspensioneringar.

För att hantera narkotikaproblemet enligt tertiärpreventiva strategier kan samhället välja tre vägar:

- a. ökade resurser och befogenheter för polisen (den syndikatororienterade strategin);
- b. fler vårdplatser och bättre behandling av kompli-

kationerna till missbruket (vårdstrategin);

c. en omdefiniering av problemet ur politisk och juridisk synpunkt (kapitulationsstrategier).

I den syndikatororienterade strategin

Den syndikatororienterade strategin går ut på att man inriktar sig på att försöka slå ut den internationella narkotikabrottsligheten (syndikaten) genom att topphugga organisationerna. Insatserna inriktas därför mot de "stora" narkotikabrottslingarna och organisationernas nyckelpersoner. Ett angeläget bimål är att försöka slå ut närstående brottsorganisationer — även utanför narkotikabranschen — då den välorganiserade brottsligheten på sikt genom infiltration och korruption kan bli ett allvarligt hot mot rättssamhället.

En variant av syndikatstrategin är att försöka hinna före brottsorganisationerna redan vid källan: FN:s försök att förmå bönderna i Gyllene Triangeln att odla andra grödor än opiumvallmo är ett utslag av sådana tankegångar.

Insatser enligt denna strategi kan stundom på kort sikt uppvisa dramatiska förändringar i missbruksläget, men resultaten brukar bli snabbt övergående. Så resulterade arresteringen av Karl Pauksch i Holland i september 1972 och den samtidiga utslagningen av Dorland-gruppen i Tyskland i att injektionsmissbruket i arrestklientelet i Stockholm inom loppet av ett halvår sjönk från att beröra 54 procent av de intagna till 39 procent. Efter två år noterades dock återigen en högre missbruksfrekvens än någonsin, och heroinet hade fått möjlighet att etablera sig på bekostnad av amfetaminet, som för lång tid hade blivit en knapp bristvara.

Mot bakgrund av den snabba utvecklingen inom den internationella narkotikahandeln lade rikspolisstyrel-

sen under slutet av 1980 fram förslag om att svensk polis skulle få väsentligt utvidgade befogenheter i kampen mot narkotikabrottsligheten. De nya metoderna skulle omfatta infiltration av ligorna, köp av narkotika för att säkra bevisning, utnyttjande av "kronvittnen" och ökade tekniska spaningsmedel som installation av mikrofoner i enskilda lokaler. Förslaget – allmänt kallat SPANARK (SPANing mot NARKotikabrottslighet) – behandlas sedan hösten 1981 av justitiedepartementet.

SPANARK-förslaget innebär en kraftig upptrappning av de tekniska och processuella medlen i kampen mot narkotikabrottsligheten, men grundstrategin förblir densamma som tidigare – den syndikatinriktade topphuggningen av organisationerna.

Mot SPANARK kan riktas två slags kritik. För det första är en del av de metoder som förslaget förespråkar inte förenliga med svensk rättstradition, exempelvis systemet med "kronvittnen". För det andra – och viktigare – visar all samlad erfarenhet att man aldrig lyckats slå ut narkotikaproduktionen och handelsorganisationen, eller ens för en längre tid försvaga den, hur mycket man än trappar upp stridsmedlen inom ramen för syndikatsstrategin. Producentledet anpassar sig snabbt till den nya situationen, och en förnyad upptrappning av metoder och straffsatser blir snart åter aktuell. På detta sätt får man på sikt att göra med en allt mer avancerad brottslighet som får allt större ekonomiska resurser att inrätta sig efter de nya betingelserna. Brottsligheten hårdnar men narkotikamissbruket fortsätter väsentligen oberört av denna strategi.

Vårdstrategin

Vårdstrategin går ut på att missbrukaren erbjuds vård

då han själv efterfrågar sådan, vilket som regel inträffar först efter ett långvarigt missbruk med allt mer besvärande komplikationer av psykisk, kroppslig, ekonomisk, social och juridisk natur.

Vården kan omfatta allt från snabba avgiftningar till årslånga vistelser på terapeutiska behandlingshem. Grundtanken i vårdstrategin är att missbrukaren själv skall vara "motiverad" för behandlingen, vilket i praktiken betyder att komplikationerna till missbruket först måste bli överväldigande. Då skall missbrukaren få medicinsk-social-ekonomisk-juridisk hjälp att komma på fötter, men han kan i princip avbryta behandlingen när han så önskar och bör enligt rådande liberalistiska doktrin få fortsätta sitt missbruk tills han eventuellt senare åter efterfrågar omvårdnad och bistånd när han känner för detta.

Eftersom komplikationerna till missbruket djupare sett fungerar som bromsar på missbruket erbjuder en till intet förpliktande komplikationsbehandling snarast ökade möjligheter till fortsatt missbruk, dvs en "motiverad" frivillig behandling när den passar missbrukaren tenderar lätt att indirekt förstärka missbruket som sådant. En frivillig kriminalvård skulle i princip få samma effekt på det kriminella beteendet.

Vårdstrategin utgör den centrala delen i den aktuella svenska narkotikapolitiken sådan den utformades av narkomanvårdskommitten 1967, som tidstypiskt nog antog ett vårdrelaterat namn och inte kallade sig för narkotikapolitiska kommittén, just därför att otaliga former av vård och terapi föresvävade kommittén som relevanta utvägar och någon mera övergripande analys aldrig togs fram inom kommittén.

Vårdstrategin har en rad allvarliga svagheter:

a. den låter missbrukaren utveckla ett svårbehand-

lat, ofta kroniskt beroende med allvarliga bieffekter och svåra sociala störningar;

b. missbrukaren hinner före en självönskad behandlingsåtgärd ofta ställa till med stora och ofta långdragna skador för sig själv och sin omgivning;

c. det finns inte någon specifik behandling för att reversera beroendeutvecklingen och återföra missbrukaren till den ursprungliga jungfruliga relationen till missbruksmedlet;

d. missbrukaren är som regel endast intresserad av bistånd med komplikationerna men är sällan beredd att offra drogupplevelserna som sådana;

e. vårdstrategin kostar enorma summor, samtidigt som frivillig behandling av narkotikamissbrukare ännu inte har bevisats ge bättre prognos än ingen behandling alls;

f. ännu har inte något land någonsin lyckats tränga tillbaka ett omfattande drogmissbruk genom frivilliga vårdarrangemang.

Vårdstrategin är inlånad från alkoholområdet, som hämtat den från psykiatrin. Alkoholvården har dock haft en nykterhetsvårdslag att luta sig mot och därför kunnat erbjuda "frivillig" vård under hot om tvångsinsingripande. Resultaten har för övrigt varit nedslående även för tobaksavvänjningen i stort.

Vårdstrategin är väl etablerad i nutida politiskt tänkande genom att tillhandahålla en för alla parter till intet förpliktande skenlösning av problemen. När de positiva resultaten uteblir kräver man vanligen ökade resurser eller nya vårdtekniker, och ingen frågar efter vad det är man djupare sett skall vårda, utan missbruket uppfattas rutinmässigt som ett symptom (eller ännu värre en sjukdom) som man skall komma till rätta med.

Vårdstrategin befriar också missbrukaren från sin

del av ansvaret för sitt eget beteende. Strategin genererar ständigt större vårdbehov, blir enormt kostnadskrävande och tenderar att i bästa fall bli improduktiv, i sämsta fall sämre än ingen behandling alls, dvs kontraproduktiv.

Huvudparten av de överlevande narkotikamissbrukarna av epidemisk typ (men inte de av terapeutisk typ) tenderar så småningom, ofta efter decenniers missbruk, att spontant lägga av med missbruket, som regel när komplikationerna blir för stora och lustupplevelsorna avtrubbade. Om detta i tiden sammanfaller med någon behandlingsåtgärd uppfattas missbrukaren som "botad" just med den aktuella behandlingen. Kontrollserier och selektionsprocesser vid olika behandlingssrangemang brukar endast undantagsvis bli föremål för vetenskapliga studier; envar tror på sin egen behandlingsmetod och förfäktar den endast i kraft av sin egen trosupplevelse.

Kapitulationsstrategier

Kapitulationsstrategierna tar fasta på myndigheternas problem med och kostnaderna för själva administrerandet av ett ständigt växande narkotikaproblem.

Inför en svällande anhopning av problem för sjukvård, sociala organ och rättsvårdande myndigheter måste samhället till slut omdefiniera narkotikaproblemet för att minska sin arbetsbelastning. Utan lagparagrafer blir det inga brott och därmed inte längre några problem för polis och domstolar att bekymra sig över. Genom att definiera om problemet juridiskt eller politiskt kan vissa samhällsorgan tillfälligt trolla bort en stor del av missbruksproblemen. Härvidlag finns det olika vägar att gå:

1. Avkriminaliseringsstrategin går ut på att formellt

eller i praktiken sänka eller slopa påföljderna för det personliga innehavet av narkotika. Tanken är att genom att ta bort sk bagatellärenden ge polis och domstolar möjligheter att koncentrera sig på de "stora" brottslingarna. Avkriminaliseringsstrategin går således hand i hand med syndikatstrategin och kommer följaktligen att accentuera svagheterna i denna.

2. Förskrivningsstrategin går ut på att missbrukarna skall tillförsäkras apoteksnarkotika mot läkarrecept och därmed inte längre behöva anlita den illegala marknaden, som därigenom förmodas bli underminerad och på sikt eliminerad. Strategin har prövats i USA på 20-talet, i England på 60-talet och i Sverige under åren 1965-67, i samtliga fall med förödande effekter (Bejerrot 1968, Åkerman 1978). Vid narkomani av epidemisk typ förstärker förskrivningsmetoden också i det individuella fallet de omfattande skadeverkningarna av missbruket som sådant.

Den sk metadonblockeringsmetoden är en specialform av narkotikaförskrivning som inte kan jämföras med traditionell legalförskrivning med bibehållna euforiseringsmöjligheter. Metadonmetoden är förknippad med en rad problem av annan natur och är ingen framkomlig väg i behandlingspolitiken generellt sett.

3. Legaliseringsstrategin är den logiska slutpunkten för en retiranderande, liberalistisk narkotikapolitik. Då ett flertal narkotikaklassade rusmedel ger effekter som i flera avseenden vida överträffar alkoholens ruseffekter leder en legaliseringspolitik snabbt till ökat drogmissbruk och i ett samhälle av vår typ på sikt till ett oundvikligt sammanbrott för det sociala trygghetssystemet och välfärdssamhället som vi känner det.

Narkotikaproblemet har utvecklats till att bli något av demokratins och välfärdssamhällets testfråga.

Lyckas man inte hantera detta på ett realistiskt och framgångsrikt sätt kommer en social förfallsprocess oundvikligen att fräta sönder välfärdssamhället. Narkotikaproblemets lösning är alltså inte i första hand en fråga om vårdresurser utan en fråga om drogpolitisk strategi.

Jonas Hartelius

Varför är narkotikabrottsligheten så inkomstbringande?

Den internationella narkotikabrottsligheten med förgreningar i Sverige är ett senkommet resultat av narkotikaepidemiernas spridning. De mycket stora förtjänsterna för denna brottslighet är ett resultat av flera samverkande faktorer: missbrukarnas driftsmässigt styrda efterfrågan på narkotika, deras tendens att sprida missbruket och den höga köpkraften i västvärlden. Mot dem står en serie bromsande faktorer, som dock samhället inte förstått att utnyttja till fullo. Ett tillbakaträngande och eliminerande av denna brottslighet fordrar att samhället åstadkommer en ekonomisk bojkott mot dess utbud, bl a genom att ställa den enskilde missbrukaren till ansvar för sitt handhavande av narkotika.

Denna artikel skrevs för Narkotikafrågans temanummer om narkotikabrottslighet (nr 16, 1981). På grund av platsbrist förkortades den kraftigt. Här återges den i sin helhet.

Organiserad narkotikabrottslighet kräver som all annan affärsverksamhet kapital, organisationskunnande, planering, förslagenhet samt vad som allmänt brukar kallas för "entreprenöranda". Eftersom verksamheten sker genom ett systematiskt brytande mot lagen kräver den dessutom osedvanlig riskvillighet, tätt slutna orga-

nisationer med höggradig lojalitet samt förmåga att sätta sig över samhällets värderingar. Följaktligen blir branschen hård och konkurrensen ofta mördande (i flerfaldig bemärkelse!). Trots detta brukar de internationella syndikaten sällan ha svårigheter att rekrytera langare, kurirer och andra medlöpare.

Drivkraften är givetvis den stora lönsamheten. Handeln med narkotika är den idag mest lönsamma av alla illegala aktiviteter. Jämfört med heroin (cirka 1500–2 000 kronor per gram) är guld (100–150 kronor per gram) förhållandevis billigt. Cirka 10 kg råopium som köps för omkring 1 000 kronor i Gyllene Triangeln kan efter förädling i laboratorier och smuggling till Västeuropa säljas här för omkring en miljon kronor i gatuledet. Några hundra tusen eller någon miljon kronor som investeras kan på ett år fem- eller till och med tiofaldigas.

Ett flertal faktorer bidrar till denna "lönsamhet". De viktigaste är narkotikaberoendet, spridningsbenägenheten och mottagligheten.

Faktorer som ökar lönsamheten

All narkotika är beroendeframkallande – det är just därför den är klassad som narkotika. Det med tiden utvecklade beroendet definieras enligt Världshälsoorganisationen som ett "tillstånd... karakteriserat av ett tvång att ta medlet för att erfara de psykiska effekterna av ruset...".

Många beskrivningar har gjorts av beroendets styrka. Det har liknats vid ett begär, en förälskelse i drog-effekterna eller en artificiellt framkallad drift. Dess uppkomstmekanism är omdiskuterad. En av de bästa beskrivningarna är att det rör sig om ett inlärt beteende

som till slut ej längre står under förnuftsmässig kontroll.

För den enskilda missbrukaren och den organiserade narkotikabrottsligheten får det utvecklade beroendet viktiga konsekvenser:

- ❑ Missbrukarens driftsstyrda efterfrågan på narkotika blir stor och han eller hon är beredd till stora uppoffringar för att säkerställa fortsatt tillgång till narkotikan även till priset av omfattande kriminalitet, manipulationer och allmänt trixande.
- ❑ Mycket höga priser kan tas ut för narkotikan som eljest skulle ha lågt marknadsvärde. Apoteksnarkotika kostar bråkdelen av den illegala narkotikans pris men är i gengäld mycket svår att komma över för missbruksändamål.
- ❑ Missbrukaren är sällan intresserad av meningsfull och effektiv behandling riktad mot själva missbruket. Det finns idag en hel del metoder från pedagogiska-sociala till farmakologiska-kemiska som effektivt bromsar fortsatt missbruk. Problemet är bara att ytterst få missbrukare är villiga att medverka till sådan behandling. Även om missbrukaren självmant söker behandling sker detta vanligen för alla de skador, sjukdomar och störningar som drogmissbruket givit upphov till. Många missbrukare avbryter tom sådan behandling i förtid och uppvisar en variationsrik förmåga att slingra sig ur olika behandlingsarrangemang. Resultatet av missbrukarens intresse för fortsatt missbruk och ointresse för seriös behandling blir att den illegala narkotikamarknaden även i fortsättningen kommer att ha trogna kunder. Det epidemiska narkotikamissbrukets tendens att sprida sig till nya grupper ("*smittsamhet*") har observerats av många forskare i olika kulturer. Tidigare har såväl

språkbruket som själva fenomenet varit häftigt omtvistat. Båda är emellertid idag allmänt accepterade på basis av bl a detaljerade kartläggningar av den lokala missbruksutvecklingen i många miljöer och länder.

Smittsamheten ligger i att själva missbruksbeteendet (t ex att injicera eller röka narkotika) överförs till andra personer av redan upplärda missbrukare. Spridningsbenägenheten är störst i början av missbrukarkarriären innan missbrukaren upptäckt farorna (skador, sjukdomar, arresteringsrisk mm) eller upplever sig själv ha utvecklat ett beroende.

Olika epidemier kan ha olika spridningshastighet. Om en missbruksepidemi inte kontrolleras kan den på något decennium antaga mycket omfattande proportioner. Marijuanarökningen i USA är bästa exemplet på detta. Sedan början av sextiotalet, då den omfattade endast små grupper avvikare, har epidemin spridits så att i slutet av sjuttioalet bortåt trettio miljoner amerikaner prövat marijuana. Den amerikanska marijuana-marknaden beräknas idag omsätta omkring sjuttio miljarder svenska kronor.

Spridningsbenägenheten gör marknaden självutvidgande. Om ett syndikat lyckas etablera kontakt med en lokal epidemi fortsätter denna att spridas tills samhället ingriper. Förekomsten av en epidemi, om än liten, är dock en nödvändig förutsättning för en organiserad försäljningsverksamhet. I en del fall kan epidemin i sin begynnelsefas få sin huvudsakliga narkotikaförsörjning från helt eller halvt legala källor.

Mottagligheten för narkotikamissbruk kan vara betydande i vissa grupper. Av hävd får missbruksepidemierna i allmänhet sin första utbredning i sådana grupper som, även i övrigt, är normbrytande. De faktorer som bidragit till den höga mottagligheten, t ex en vise

personlighet, sociala problem, arbetslöshet eller anpassningssvårigheter tas ofta felaktigt för att vara de verkliga "orsakerna" till missbruket.

Mottagligheten hos en individ behöver dock inte vara särskilt hög för att hon eller han skall dras in i detta om kamrattrycket att experimentera med narkotika är stort. Detta tryck som vanligen kallas exponering för missbruket kan till slut bli så stort att även mer "normala" individer dras med. I vissa kretsar i USA är marijuananarökningen så utbredd att det uppfattas som avvikande att *inte* röka marijuana.

Köpkraften i Sverige liksom i övriga Västeuropa är klart högre än i många andra länder vilket gör Västeuropa till en särskilt attraktiv marknad. Detta anses i internationella poliskretsar vara den viktigaste anledningen till att heroinet dök upp i Västeuropa i mitten och slutet av 1970-talet, sedan de tidigare stora marknaderna i Sydostasien, främst Vietnam, upphört i samband med att de amerikanska trupperna lämnade Vietnam. Bland dem förekom ett betydande narkotikamissbruk.

Förutom de nämnda faktorerna kan ett flertal andra bidra till att förbättra arbetsbetingelser och lönsamhet för narkotikasyndikaten. Särskilt viktiga är:

Lobbyorganisationer, dvs politiska påtryckningsorganisationer, har i en del länder vuxit fram för att propagera för fri eller åtminstone friare narkotika, t ex en fullständig legalisering av hasch. I många fall har de fått bred uppslutning samt god uppbackning från massmedia. Opinionstrycket för mera liberalistiska attityder och lagar kring narkotika har tidvis blivit starkt.

En viktig konsekvens har blivit att allmänhetens och särskilt ungdomens tidigare restriktiva inställning till narkotika under en period har blivit uppluckrad. Grup-

pen av intresserade eller möjliga konsumenter kom därmed att breddas betydligt. För det andra blev det svårare för myndigheterna att upprätthålla en restriktiv narkotikapolitik, när lagstiftningens effekter på individ och samhälle, och stundom även dess berättigande, drogs i tvivelsmål. I en del länder har lobbyorganisationer också lyckats skapa en inställning eller förväntan att det bara skulle vara en tidsfråga innan marijuana, hasch eller annan narkotika kommer att släppas helt fri.

Starka lobbyorganisationer kan på så sätt tjänstgöra som snöplogar eller vägröjare för den organiserade narkotikabrottsligheten. Genom att bearbeta marknadens mottaglighet ökar de möjligheterna till avsättning av allt större mängder narkotika.

Den länge besvärande *avsaknaden av ett samlat åtgärdsprogram* mot narkotikaproblemet, förekomsten av *administrativ inkompetens* hos olika myndigheter samt en allmän oklarhet om vem som skall ha ansvaret för olika åtgärder har påtagligt försenat sådana insatser som kan bryta missbruksutvecklingen.

Faktorer som bromsar lönsamheten

De bromsande eller lönsamhetssänkande faktorerna är i Sverige för tillfället få och av begränsad betydelse. Tullens och polisens bearbetning av smuggling och distribution skapar vissa risker. De sammanlagda beslagen beräknas uppgå till endast mellan tre och tio procent av den totala omsättningen. Enskilda initiativ av förebyggande slag kan skydda begränsade grupper. Den allmänna brottsbekämpande verksamheten riktad mot egendomsbrott (t ex stöld och häleri) och mot den ekonomiska följdbröttsligheten (skatte- och valuta-

flykt, tvättning av pengar, korruption mm) bromsar också utvecklingen något. Inte heller hotet om svensk kriminalvård är särskilt avskräckande då denna under 1970-talet länge bjudit goda möjligheter att fortsätta avancerad narkotikabrottslighet.

Organiserad narkotikabrottslighet är en rationell, ehuru cynisk, affärsverksamhet. Enda möjligheten att för gott slå ut den ligger i att i grunden ändra dess lönsamhetskalkyler. Detta kan ske längs olika vägar.

Eskil Block (1979) har påtalat att lika väl som det finns en serie omständigheter som ger den organiserade narkotikabrottsligheten dess styrka, t ex dess organisationsformer, finns det sådana som ger den viss sårbarhet. Denna sårbarhet kan utnyttjas för att påverka affärsbetingelser och lönsamhet.

Sårbarheten finns t ex i rekryteringen av medarbetare och kunder (här: missbrukare). Även exponering för dagsljus (läs: massmediabevakning) kan verka bromsande på verksamheten genom att avslöja nyckelfigurer och beröva dem sin legitima och putsade fasad. En annan sårbar punkt kan vara ökad upptäcktsrisk till följd av skärpt vaksamhet från allmänhetens sida.

Grunden är dock att åstadkomma en *ekonomisk bojkott*. När efterfrågan och marknaden försvinner kollapsar hela hanteringen. En sådan ekonomisk bojkott kan åstadkommas på olika sätt, t ex genom att minska mottagligheten hos potentiella kundgrupper, stoppa spridningen och minska möjligheterna för missbrukare att finansiera sitt missbruk genom olika typer av egendomsbrott. Till slut måste dock den enskilda missbrukaren, vars starka efterfrågan på narkotika är grunden för hela narkotikabrottsligheten, ställas till ansvar för sin medverkan i hanteringen. Kriminaliseringen av den personliga befattningen med narkotika och en konse-

kvent rättstillämpning är ett avgörande instrument för att missbrukarna skall kunna tvingas att medverka till denna bojkott. Lagstiftning som föreskriver behandlingsplikt för missbrukare är ett annat instrument.

Genom att systematiskt bearbeta de faktorer som bromsar utveckling och lönsamhet inom olika sektorer är det möjligt att dramatiskt ändra de ekonomiska förutsättningarna för den organiserade narkotikabrottsligheten. Det är onekligen en viss skillnad om en brottslig sektor har en marknadsomsättning som räknas i miljoner eller i miljarder kronor.

Jonas Hartelius

Motståndet mot cannabis

— en avgörande fråga
för det internationella
narkotikasamarbetet

Cannabispreparaten (haschisch, marijuana mfl) intar en central ställning i den internationella narkotikautvecklingen. De utgör i många kulturkretsar de mest använda typerna av narkotika. Det är också de som står närmast att bli permanent införlivade i det västerländska samhällsmönstret. Kring dem har striderna om legalisering eller avkriminalisering varit hetast. Förändringar i narkotikalagstiftningen i den riktningen är emellertid inte möjliga då cannabis regleras av allmänna narkotikakonventionen (1961). En uppluckring av denna, så att det blev möjligt för några länder att legalisera eller avkriminalisera cannabis, skulle öppna vägen för liknande aktioner för alla andra slag av narkotika, i första hand THC, LSD och andra hallucinogener. Striden om cannabislagstiftningen har därför varit avgörande för det internationella narkotikasamarbetet.

Motståndet mot en legalisering eller avkriminalisering av cannabis har hårdnat sedan slutet av 1970-talet. Denna översikt gavs ursprungligen som ett anförande vid ett opinionsmöte med temat "Bekämpa haschet!" i Folkets Hus i Stockholm den 7 april 1981, arrangerat av Föräldraföreningen Mot Narkotika (FMN), Riksförbundet Narkotikafritt Samhälle (RNS) och Ungdomens Nykterhetsförbund (UNF). Artikeln har tidigare varit publicerad i Alkohol och Narkotikas temanummer (7-8, 1981) om cannabis.

För några år sedan kunde man höra en del prognosmakare säga att det endast var en "tidsfråga" innan cannabis (haschisch och marijuana) skulle bli legaliserat, dvs helt frisläppt för privat konsumtion, främst i USA och Västeuropa.

Som stöd för den uppfattningen hävdades att hasch- och marijuanarökningen nu nått sådan omfattning att den inte längre gick att stoppa, och att det inte heller gick att upprätthålla lagarna. Marknadens omfattning ansågs borge för goda skatteintäkter. Den organiserade brottsligheten bakom denna marknad ansågs omöjlig att bekämpa med mindre än att hela hanteringen legaliserades och beskattades.

Som argument anmärktes också att hasch och marijuana inte visats ge upphov till några skadeverkningar. Av många ansågs dessa medel som klart bättre njutningsmedel än t ex alkohol.

Ett dylikt frisläppande av cannabis har inte blivit "bara en tidsfråga". Idag är det mer ovisst än någonsin om cannabis kommer att få en annan juridisk ställning än det har idag. Skälen härtill är främst tre:

1. Starka opinionsbildande grupper av föräldrar, lärare, socialarbetare och andra som har kommit i direkt kontakt med missbrukets skadeverkningar har vuxit fram särskilt i USA. De utgör en kraftig motvikt till de grupper som propagerat för frisläppandet av cannabis.
2. De internationella narkotikakonventionerna ligger som en internationell plattform för olika länders åtaganden och samarbete inom narkotikaområdet och utgör ett direkt juridiskt hinder mot frisläppandet av hasch.
3. Dokumentationen om skadeverkningar vid missbruk av cannabis har blivit allt mer omfattande. Den

gör det möjligt att tillbakavisa många av de utbredda myterna om haschets ofarlighet.

När missbruket av cannabis i mitten av sjuttioalet i västvärlden hade pågått under många år i stor omfattning började också skadeverkningarna bli så tydliga och vanliga att många upplevde att något måste göras. Man bildade då föräldraföreningar, stödgrupper, länkgrupper och intresseföreningar. Sådana grupper finns i många länder. I USA finns idag tusentals sådana grupper, som särskilt tagit upp kampen mot cannabisproblemet.

Eftersom opinionsbildande grupper spelar mycket stor roll i amerikansk politik blir dessa grupper betydelsefulla motvikt till legaliseringsrörelsen. Den politiker som vill bli omvald får tänka sig för två gånger innan han ställer upp på legaliseringsjippon. Motståndsrörelsen mot cannabis i USA har nu fått stor politisk tyngd. Enligt professor Gabriel Nahas (1981) har den vänt den narkotikapolitiska debatten så att frågan om avkriminalisering av hasch och marijuana i USA nu är politiskt död.

Även i Sverige har motståndet mot hasch de senaste åren fått bättre argumentation, tyngd och organisation. De kampanjer som socialdepartementet, socialstyrelsen och Brottsförebyggande rådet respektive Stockholms kommun genomfört mot hasch är ett tydligt uttryck för detta. Betydande initiativ har också tagits av folkrörelser och andra ideella organisationer.

De internationella narkotikakonventionerna (allmänna narkotikakonventionen 1961 och psykotropkonventionen 1971) reglerar narkotikalagstiftningen i de anslutna länderna. Eftersom praktiskt taget alla länder är anslutna ger detta stor enhetlighet åt narkoti-

kalagstiftningen över hela världen.

Konventionerna begränsar användningen av narkotika uteslutande till medicinska och vetenskapliga ändamål. All annan användning är förbjuden. Även det personliga innehavet är förbjudet och skall beivras. Beslagtagna narkotika skall förverkas.

Varje land får däremot välja påföljd och juridisk praxis vilket gör att rättsskipningen skiftar enormt mellan t ex Holland och Iran.

Som narkotika definieras de ämnen som är upptagna i respektive konventions narkotikaförteckningar: cannabis i 1961 års konvention och dess verksamma beståndsdel tetrahydrocannabinol (THC) i 1971 års konvention.

I den allmänna narkotikakonventionen (1961) regleras cannabis lika strängt som heroin och morfin. Till följd av detta upptas cannabis och THC i förteckning 1 i socialstyrelsens narkotikaförteckningar (1974), som i övrigt reglerar bl a heroin och LSD.

Cannabis reglerades redan i 1925 års internationella narkotikakonvention. Detta var resultatet av Egyptens diplomatiska aktiviteter. Detta land hade länge haft allvarliga problem med haschrökning och upplevt svårigheterna att inom landet bekämpa haschmissbruket samtidigt som andra länder underlät att ingripa mot odling och smuggling.

Under många år ansågs de internationella konventionernas bestämmelser om cannabis vara av ringa betydelse för västerlandet, eftersom sådant missbruk inte förekom där.

I en del länder skiljer man på brott (t ex vid mera omfattande illegal narkotikahantering) och förseelse (vid ringa innehav för eget bruk). Om då bestämmelserna för olaga innehav av cannabis flyttas från ett lands

brottsbalk (eller motsvarande) till någon annan lagstiftning kan detta formellt räknas som en "avkriminalisering".

Det bör dock observeras att detta betyder att innehavet alltjämt är straffbelagt (vanligen med böter eller kortare tids fängelse). Här föreligger en del missförstånd i den allmänna debatten och nyhetsrapporteringen om narkotikalagstiftningen i olika länder: man har visserligen sänkt straffsattserna och betraktar det hela inte som ett brott utan som en förseelse (med mindre konsekvenser för körkort, straffrihetsintyg m m), men man har inte släppt haschet fritt eller ens gjort innehavet straffritt.

Distinktionen mellan att ha sänkt straffsattserna och att helt avkriminalisera eller t o m legalisera är viktig. Varje land som är anslutet till konventionerna har nämligen förbundit sig att bekämpa och beivra all illegal hantering av narkotika. Frågan om avkriminalisering eller legalisering av narkotika får därmed alltid internationella konsekvenser.

Om något anslutet land vill frisläppa cannabis eller någon annan narkotika för konsumtion på ett eller annat sätt, måste antingen landet lämna konventionen eller konventionen skrivs om på avgörande punkter. Att lämna konventionen vore oklokt eftersom andra länder då omedelbart skulle förlora intresset av att bistå detta land polisiärt eller diplomatiskt i frågor som rör narkotika.

Att konventionen skulle skrivs om är en internationell orimlighet, då många länder starkt försvarar konventionen i dess nuvarande form. Särskilt uttalade är här arabvärlden, Sovjetunionen, Kina, Japan, Singapore och Sverige.

Konventionerna fungerar som ett slags "försvars-

pakt" mellan länderna som gemensamt kan komma tillrätta med problem som de inte ensamma klarar ay. Motståndet mot cannabis är och förblir därmed en internationell fråga.

Innan marijuana- och haschrökningen blev mer utbredd i västvärlden från mitten av sextioalet fanns där mycket liten social eller klinisk erfarenhet av skadeverkningarna av detta missbruk. De senaste tio åren har cannabismissbruket fått sådan omfattning att allt fler institutioner, forskare, socialarbetare och andra fått direkt kontakt med skadeverkningarna. En omfattande systematisk forskning har också bedrivits.

Den samlade dokumentationen kan användas för att tillbakavisa alla de myter om haschets ofarlighet eller förträfflighet som rus- eller njutningsmedel som spritts. Detta är idag mer en uppgift för pedagogik och upplysningsarbete än för forskning.

En del debattörer, som tidigare förespråkade frisläppande av cannabis med hänvisning till att det skulle vara "ofarligt", har tvingats acceptera den omfattande dokumentationen om farligheten i detta missbruk. Man har då i stället gått över till att diskutera andra frågor, t ex lämpligheten i den rättsliga behandlingen av cannabismissbrukaren.

Vaksamheten måste även fortsättningsvis vara stor då små men inflytelserika opinionsgrupper plötsligt kan starta nya vågor av liberaliseringssträvanden, då med nya typer av argument, t ex att samhällets kostnader för narkotikakontrollen blivit oförsvarligt stora.

11

**METADONET:
EN VATTENDELARE
I NARKOTIKA-
POLITIKEN**

Nils Bejerot och Jonas Hartelius

Metadon löser inga narkotikaproblem

Vid mitten av 60-talet utvecklades i USA en ny metod för behandling av heroinister: man tillförde heroines-terna via saft morfinersättningsmedlet metadon i så stora doser att de tillfälligt blev "immuna" mot heroineffekterna. Metoden är praktiskt enkel men teoretiskt ytterst komplicerad och dubiös.

Sedan heroinmissbruket under 70-talet fått spridning också i Sverige har frågan om metadonbehandling diskuterats av och till, och en försöksverksamhet med ett hundratal heroinister har sedan slutet av 70-talet pågått vid Ulleråkers sjukhus. Efter många års utredningar och betänketid har socialstyrelsen 1984 beslutat att metadonbehandlingen skall byggas ut och ingå i den ordinarie behandlingsarsenalen för heroinmissbrukare.

Metadonfrågan är komplex. Men den rör dessutom mer grundläggande narkotikapolitiska frågeställningar än bara ställningstaganden till en viss form av behandling av enskilda heroinmissbrukare och de individuella behandlingsresultaten. Det bör påpekas att metadonprogrammen inte i något land där de prövats förmått vända missbruksutvecklingen, men i flera länder har programmen bidragit till att försämra utvecklingen.

Denna artikel, som ursprungligen publicerades i Dagens Nyheter (16.3.83), behandlade metadonprogrammen för första gången i massmediadebatten från ett övergripande narkotikapolitiskt perspektiv.

Metadonfrågan – om avancerade heroinmissbrukare skall behandlas med det syntetiska morfinersättningsmedlet metadon eller inte – har fått förnyad aktualitet genom att Stockholms läns landsting beslutat att vissa av Ulleråkers metadonpatienter skall överföras till narkomanvårdsklinikerna i Danderyd och Huddinge. Därigenom skulle Ulleråker få möjlighet att med oförändrade resurser ta emot nya heroinmissbrukare för denna mycket intrikata och kontroversiella behandling.

Ett TV-program nyligen om metadonmetoden gav inte någon djupare inblick i problemet. Eftersom villrådigheten tycks vara allmän på alla nivåer, från departement och socialstyrelse, via behandlande läkare och socialarbetare, till patienter och anhöriga, vill vi markera några allvarliga förbiseenden och missförstånd i debatten.

1. Metadon skiljer sig i princip inte från exempelvis morfin som smärtdämpande medel eller som rusmedel. Den väsentligaste skillnaden är att metadonet har en mycket längre verkningstid.

2. Alla rusmedel kan ge upphov till beroende, som brukar kallas morfinism, metadonism, alkoholism, barbiturism etc efter medlets kemiska natur.

3. Tillförseln av exempelvis morfin och metadon ger upphov till fenomenet *tolerans*, vilket innebär att kroppen anpassar sig till det tillförda medlet och doserna måste höjas för att effekten skall uppnås. Detta har tidigare olyckligt kallats "fysiskt beroende".

4. Denna kroppsliga anpassning (toleransen) har inte något med narkomani att göra utan utgör endast en tillfällig *komplikation*.

5. Just när metadonet eller andra opiater går ur kroppen finner sig obehagliga kroppsliga abstinensreak-

tioner, som medför att individen starkt eftersträvar en ny dos, dels för att avvärja obehaget, dels för att uppnå ruset. (Ett i princip likartat fenomen förekommer vid alkoholism.)

6. Efter avgiftningen är kroppen normaliserad, men längtan efter medlet återstår. Det är just denna intensiva, inlärda fixering som utgör *själva* narkomanin, beroendet, en djupgående och mycket svårbehandlad "förälskelse" i medlets behagliga effekter. (Ett i princip likartat fenomen förekommer vid nikotinism.)

7. Det korttidsverkande morfinet (6 till 7 timmar) och det långtidsverkande metadonet (36 till 40 timmar) är inte giftiga, frånsett risken för överdos och död i andningsstillestånd; däremot medför de tillfälliga störningar i vissa kroppsfunktioner.

8. Just metadonets långa verkningsstid utgör den grundval på vilken den amerikanske farmakologen Dole vid mitten av 60-talet utvecklade sin speciella blockeringsmetod för behandling av heroinister.

9. Att toleransen är ett fenomen helt skilt från narkomanin kan illustreras med ett belysande tankeexperiment:

Om en grupp personer skulle bo i internatmiljö en längre tid och någon skulle börja tillsätta metadon till kosten i sakta stigande dos, skulle samtliga efter tre fyra veckor ha en fullt utvecklad tolerans för metadon (och andra opiater som morfin och heroin) utan att de skulle få några rusupplevelser eller "kickar" och utan att de själva märkte den dolda medicineringen. De skulle visserligen få trög mage, och potensen skulle dämpas och försvinna, men det senare skulle man kanske tolka som resultat av trivsam tillvaro med andra stimulerande aktiviteter än sex.

Om i detta läge metadonet plötsligt inte längre tillsät-

tes till maten skulle alla inom två dygn bli mycket sjuka med feber, kräkningar, diarréer och kramper. Sjukdomssymtomen skulle klinga av inom loppet av ett par veckor, och man skulle tro att man råkat ut för någon traditionell matförgiftning. Om metadonet däremot i stillhet minskades sakta under en månad, skulle de återigen vara helt avgiftade utan att veta att de nyligen haft fullt utvecklad opiattolerans.

10. Metadonbehandling enligt Doles modell är alltså helt väsensskild från den legalförskrivning av narkotika, inklusive metadon, för injektion på egen hand i rusdoser som praktiserades i stor skala i Sverige 1965-1967. Den senare var narkomaniunderstödjande, medan den förra korrekt skött är narkomaniblockerande, eftersom ruseffekterna av morfin-heroin-metadon uteblir vid bibehållen hög toleransnivå.

11. Välinställda och välkontrollerade före detta heroinmissbrukare, som dagligen tar sin metadondos, får heroinsuget kraftigt dämpat eftersom rusmöjligheterna inte är omedelbart tillgängliga. Om de vid sidan av sin narkomani inte har djupgående personlighetsstörningar kan de då fungera som om narkomanin inte existerade; den är "blockerad".

12. En förutsättning för att ett metadonprogram skall fungera är att patienten är utvald enligt stränga kriterier, att medlet aldrig ges patienten i handen utan alltid intas under överinseende (på apotek, akutmottagning, hos företagssköterska etc), att urinprover tas under direkt kontroll etc för att motverka frestelser till manipulationer, läckage, missbruk av andra narkotika etc. Vid misskötsamhet måste vederbörande omgående tas ur programmet.

Så långt teorin och förutsättningarna för metadonbehandlingen enligt Dole. Men verkligheten är svårare att

behärska än teorin, som alltid innebär vissa förbiseenden och förenklingar.

Det är på sin plats att först beröra en del av den mycket osakliga kritik som framförts mot metadonbehandlingen.

Det är missvisande att säga att "narkomanin behandlas med narkotika" eller att "det är en form av legalförskrivning", då det enbart är toleransen som utnyttjas och denna i princip inte har med narkomanin att göra. Blockeringsdoser ger inte eufori eller kickar.

Det är i princip fel att hävda att metadonbehandling utgjort ett hinder för drogfri behandling, då ingen nyintagning skett i programmet under många år och avgiftningsklinikerna under tiden stått nästan tomma och många behandlingshem haft en mycket gles beläggning. Kritiken har varit de obotfärdigas förhinder. Detta framstår ännu klarare om man betänker att de frivilliga, drogfria metoderna för behandling av heroinister aldrig visats vara bättre än ingen behandling alls, medan professor Gunne kunnat visa lysande resultat för sin metadongrupp i jämförelse med en kontrollgrupp utan metadon men med sedvanligt stöd från socialvård och narkomanvård.

Däremot är det riktigt att amatörmässigt skött metadonförskrivning, t o m för intravenös tillförsel (!), som i dag praktiseras av en rad i frågan oinitierade läkare, är förödande för såväl patienten som för samhället med läckage, blandmissbruk etc som följd.

Vi anser emellertid de generella invändningarna mot en utbyggnad av metadonprogrammet vara avgörande.

1. Metadonprogrammen bygger på en negativ meritiering för intagning: man måste ha missbrukat heroin i flera år, man måste ha misslyckats med ett antal drogfria behandlingsförsök etc.

2. I ett liberalt narkotikapolitiskt klimat blir den negativa meriteringsgrunden särskilt förödande eftersom missbrukarna får gå kvar i missbruket för att kvalificera sig för metadon. De urskuldar alla sina misslyckanden med att de inte får metadon, att man måste bevisa att man är "ett hopplöst fall" osv.

3. Amatörmässig metadonbehandling med omfattande läckage ger heroinisterna orealistiska förväntningar om vad en korrekt blockeringsbehandling innebär: man hoppas kunna manipulera systemet.

4. Ökningen av heroinmissbruket och nuvarande svensk social och juridisk praxis att låta även unga heroinister gå kvar länge i ett intensivt missbruk har lett till en dramatisk ökning av det antal heroinister som meriterar för metadon enligt uppställda kriterier.

5. Inga program har kunnat hålla intagningskriterierna när heroinmissbruket i samhället ökat, utan kriterierna har med nödvändighet blivit successivt allt liberalare. Stockholms läns landsting är nu på väg att underblåsa en sådan utveckling.

6. Såväl försvaret för metadonmetoden som kritiken mot den har hela tiden varit baserade på individcentrerade perspektiv. Behandlingen ger missbrukaren fördelar på bekostnad av missbruksutvecklingen i samhället. Metadonet uppfattas som den fallskärm man till sist kan landa med om vanskligheterna i knarkarsvängen blir alltför stora.

7. Inte något land som haft metadonprogram i större skala har därigenom löst några narkotikaproblem. Tvärtom har problemen i stort ökat, med grå metadonmarknad, dubbelregistrering av missbrukare, indirekt popularisering av heroinmissbruket etc.

8. I länder som i övrigt fört en mycket liberal narkotikapolitik tilltalas många politiker av metadonprojek-

ten, då dessa tillfredsställer kraven på enkla, snabba, spektakulära och aktiva ingripanden mot "heroindöden", "knarkmarknaden" etc.

9. För att bryta heroinisternas destruktiva livsföring med åtföljande socialt invalidiserande missbruk och omfattande egendomsbrottslighet behövs bevisligen inga kemibaserade behandlingsprogram. Professor George Vaillant vid Harvard har visat att man kan hålla huvudparten av hårt belastade gatunarkomaner drog- och kriminalitetsfria med noggrann övervakning inom ramen för distinkta frivårdsprogram inom en konsekvent kriminalvård.

10. Metadonprogram har ingen funktion att fylla om ett land för en restriktiv narkotikapolitik med offensiv behandlingslagstiftning. Inga heroinister får då tillfälle att bli tillräckligt negativt meriterade för metadon.

Det finns ytterligare en lång rad invändningar mot metadonprojekten. Sammanfattningsvis vill vi föreslå att Ulleråker (av individuella skäl) får fortsätta programmet för de redan antagna men att ytterligare nyintagningar (av allmänpreventiva och narkotikapolitiska skäl) inte skall göras. All metadonbehandling av heroinister utanför Ulleråkers program bör upphöra och de på många händer (miss-)skötta fallen överförs till Ulleråker.

Därmed blir metadonfrågan en parentes i den svenska narkotikapolitikens historia.

Nils Bejerot och Jonas Hartelius Metadon — en förevändning för fortsatt missbruk

Chefen för metadonprogrammet vid Ulleråkers sjukhus, professor Lars-Magnus Gunne, försvarade detta i ett genmäle i Dagens Nyheter (23.3.83). Gunne hänvisade till de ovedersägligt goda behandlingsresultat som metadonpatienterna uppnått i förhållande till gängse behandling, dvs ingen relevant eller meningsfull behandling över huvud taget i det rådande svenska behandlingssystemet.

Av professor Gunnes inlägg och följande slutreplik framgår tydligt att metadonfrågan i sista hand är ett uttryck för vilken narkotikapolitik samhället skall tillämpa i stort: om målsättningen skall vara att administrera narkotikaproblemet eller eliminera det.

Professor Lars-Magnus Gunne har uppenbarligen känt sig sårad (DN 23.3.83) över vår generella kritik mot metadon (DN 16.3.83).

Motsättningarna mellan oss har sin grund i olika synsätt. Frågan gäller om narkotikaproblemet främst skall ses som en ansamling av individuella behandlingsfall eller som samhälleligt folkhälsoproblem med tyngdpunkt på förebyggande och tidigt ingripande insatser. Det finns en omfattande historisk och internationell erfarenhet till grund för det senare synsättet.

I olika sammanhang har vi ifrågasatt om individcent-

rerade frivilliga behandlingsprogram i något land har visat sig ha mer än ytterst marginell effekt på problemet omfattning. I fråga om drogfria program har ingen kunnat hävda annat. Gunne anför att heroinmissbruket avtagit i USA sedan metadonbehandlingen infördes i stor skala. Tillbakagången i amerikanskt heroinmissbruk har en rad orsaker, kanske främst förändringar i befolkningens ålderssammansättning. Sextitalets stora ungdomskullar är nu medelålders. Den amerikanska narkotikapolitiken har blivit alltmer restriktiv. Det är också möjligt att det enorma läckaget av kostnadsfritt eller billigt metadon delvis har konkurrerat ut det dyrbara heroinet som rusmedel. Vi vill dock erinra om att vi aldrig ifrågasatt — vilket Gunne antyder — de svenska apotekens hantering av metadon. Läckaget sker från missbrukarna som får ta med det hem.

Nu till Gunnes detaljargument, som inte i sak ändrar våra tidigare principiella argument mot metadonbehandlingen — hur bra de än mår som hamnat i den.

Gunne påpekar att minst tjugo heroinister avlidit i väntan på metadon. I Sverige har tusentals unga narkotikamissbrukare avlidit i väntan på en restriktiv narkotikapolitik, som politiker, myndigheter och behandlingsläkare inte har vågat ta strid för. Några missbrukare har faktiskt avlidit till följd av att metadon har kommit på avvägar.

Gunne anför att socialstyrelsen i cirkulär (1983:2) numera betecknar metadonbehandling som "vetenskap och beprövad erfarenhet". Just detta är olyckligt, eftersom det öppnar vägen för reguljär metadonbehandling inom sjukvården i allmänhet.

Vad som räknas som "vetenskap och beprövad erfarenhet" har varierat betydligt, särskilt inom narkotikaområdet. Under femtitalet förskrevs amfetamin till al-

koholmissbrukare för att häva deras baksmälla. Under sextitalet förekom med medicinalstyrelsens medgivande legal förskrivning av narkotika på indikationen narkomani till missbrukare för injektion på egen hand. I England har det länge varit tillåtet för läkare att skriva ut heroin för intravenöst missbruk. Det politiska opinionsläget har stor betydelse för vad som vid ett visst tillfälle uppfattas som vetenskapligt och kliniskt acceptabelt.

Gunne har visat att en del heroinister har blivit socialt väl fungerande på underhållsdoser av metadon. Därav följer dock inte – och det är kärnfrågan – att metadon fungerar för stora program med stora patientgrupper.

Gunne hävdar att Ulleråker bibehållit sina intagningskriterier under sexton år. Detta har man kunnat göra till stor del genom att det har rört sig om ett forskningsprogram med goda resurser. I USA har under ett tilltagande politiskt tryck en del program sänkt sina intagningskriterier så att redan sex månaders heroinmissbruk är tillräckligt för antagning. I Holland kör man omkring med metadonbussar på gatorna och portionerar ut till behövande. Italien tycks mer eller mindre ha gett upp försöken att styra sina program.

Om metadon i fortsättningen skall skötas rutinmässigt vid landstingsdrivna metadondispensärer, kommer behandlingen att hamna under ett kraftigt politiskt tryck. Dådkraftiga politiker som "vill göra något åt knarket och heroindöden", landstingsekonomiska hänsyn och medicinska imperiebyggare kommer snabbt att äventyra intagningskriterierna. Risken för en snabbt liberaliserad praxis blir överhängande. Försvaret för en sådan ger sig självt. "Om metadon är bra för dem som har missbrukat heroin i fyra år – varför är

det då inte bra för dem som bara hållit på i några år...?"

Gunne har refererat Vaillants studie på ett missvisande sätt. Vi påpekade att Vaillant har visat "att man kan hålla huvudparten av hårt belastade gatunarkomaner drog- och kriminalitetsfria med noggrann övervakning inom ramen för distinkta frivårdsprogram inom en konsekvent kriminalvård". Det var endast 34 av de 100 heroinisterna i gruppen som erhållit denna typ av behandling. De nådde 70 procents narkotikafrihet och social produktivitet under övervakningsperioden. Gunne räknar in även de 66 som inte erhöll denna behandling. Vaillants studie finns i Skandiarapporten *Drug Dependence*, Almqvist & Wiksell 1975.

Med ett snarlikt program fick Quinn 92 procent av 130 narkomaniserade läkare drogfria under en tioårig övervakningsperiod. Metadon behövs uppenbarligen inte om man för en strikt behandlingspolitik.

Den negativa meriteringen i metadonprogrammet är destruktiv. Den påverkar missbrukarnas bild av sig själva. Metadon fungerar som extra förevändning för fortsatt missbruk. Om individen kan vinna vad han själv upplever som fördelar genom fortsatt missbruk, upphör den sista resten av motivationen för att ändra sin livsföring innan han har nått botten. Att heroinisterna till slut meriterar sig för metadon har sin orsak i att de av samhället tillåtits att gå ner sig genom långvarigt avancerat missbruk. Med en ny behandlingslagstiftning som möjliggör tidiga ingripanden får inga heroinister möjlighet att meritera sig för metadon.

Avslutningsvis hävdar Gunne att vi skulle företräda "en människosyn som är svår att acceptera". Vi representerar veterligen den enda gruppering som i den svenska debatten har tillerkänt missbrukarna (utom de psykotiska) fullt ansvar för sina handlingar. Därför har

vi också krävt att de skall ta konsekvenserna av sina destruktiva och asociala beteenden, sin olagliga narkotikahantering och sin parasiterande livsföring.

Under de senaste decennierna har politiker och myndigheter i stället ursäktat missbrukarnas beteenden med allehanda psykologiska förevändningar och tillåtit att tusentals ungdomar utvecklats till sociala invalider.

Vi har ställt upp ett genomarbetat alternativ till dagens låt-gå-praxis. Tillsammans med jurister och socialarbetare har vi utarbetat den s k Alternativutredningen (Ordfront 1981).

"Människosynen" bakom Alternativutredningen är densamma som bakom den gamla nykterhetsvårdslagen. Den höll dödligheten bland dem som var föremål för nykterhetsvårdande åtgärder 1939-1947 på samma nivå som för normalbefolkningen. I dag är alkoholisternas dödlighet i åldrarna under 50 år 8-10 gånger högre än i normalbefolkningen.

Om Alternativutredningen skrev DN på ledarplats (7.2.81): "Det är inte varje dag riksdagen utan kostnader och besvär får ett färdigt och klart lagförslag – därtill ett alldeles utmärkt. Svälj förtreten, tacka och ta emot."

Professor Gunne är en så framstående forskare att han bör kunna svälja förtreten över att inte vara lika välorienterad i de drogpolitiska strategierna som i farmakologin.

**NARKOTIKA-
POLITIKEN
I PRAKTIKEN:
DIREKTIV
OCH ATGARDER**

Nils Bejerot

Återför makten över missbruksfrågorna till folket

Under valrörelsen 1982 blev narkotikafrågan politiskt uppmärksammasad. Debatten kom huvudsakligen att handla om tillsättandet av en narkotikakommission för att vidtaga skyndsamma åtgärder. Inte från något politiskt håll diskuterades de strukturella bristerna i samhällsapparaten eller de allt påtagligare störningarna i välfärdssamhället.

I denna artikel, som Svenska Dagbladet beställt för sin debattserie "Vad bör valet handla om?" (publicerad 3.8.82) togs frågan upp om att skapa en helt ny, starkt decentraliserad kommunal organisation, en modern motsvarighet till 50-talets nykterhetsnämnder. Målet skulle vara att återföra kontrollen över missbruksutvecklingen från byråkratin till folket, som ju i sista hand skall betala både för massmissbruket och för den passiviserande socialbyråkratin.

Inför höstens val försöker de båda blocken efter bästa förmåga begåpolitisk harakiri med var sin illa hopkommen kompot — karensdagar respektive löntagarfonder — när det uppenbart finns en rad anrättningar som en bred allmänhet skulle uppfatta som betydligt aptitligare än de förelagda två standardrätterna. Förunderliga äro maktens kockar.

Efter 25 års arbete inom kroppssjukvård, mental-

vård, omsorgsvård, socialvård, barnavård, alkoholist- och narkomanvård, kriminalvård, socialmedicinsk forskning och samhällsdebatt har jag smärtsamt kunnat konstatera (bl a i *Missbruk och fnissförstnnd*, Ordfront 1981) att störningarna i det svenska systemet blivit allt svårare och allt mer komplicerade.

Den beivrade brottligheten bland pojkar i åldern 15–17 år har 32-faldigats på 50 år. Antalet inläggningar för alkoholrelaterade tillstånd inom mentalvården har 20-faldigats under samma tid. I dag bor 40 procent av stockholmsbarnen under 15 år hos ensamstående föräldrar.

Familjerna fragmenteras och människorna mals sönder och alieneras medan politikerna nödtorftigt försöker hålla systemet flytande med horder av socialarbetare, kuratorer, psykologer, läkare, hemmahosassistenter, konsulenter, speciallärare, poliser, åklagare, advokater, domare, kriminalvårdare, övervakare och brigader av dag- och nattvakter samt svärmar av lapplisor i fantasifulla uniformer. Alla lever de gott på eländet.

Detta, menar jag, är den helt nya och annorlunda fascismens förstadium: stats- och socialfunktionärer övertar individens ansvar för de egna, allt mer säregna beteendena. Enligt en opinionsundersökning tror i dag halva svenska folket på fullt allvar att det är tillåtet att snatta för upp till 50 kronor åt gången i butikerna medan det skulle vara butikskontrollanternas skyldighet att hålla i prylarna!

Det är nu nödvändigt och brådskande att försöka tolka missljuden och lokalisera var samhällsprocessen spårade ur. Var ligger de grundläggande systemfelen i välfärdsbygget? Konstruktionsfelen är uppenbarligen många i historiens första heltäckande välfärdssystem,

liksom de naturligtvis var otaliga i den första bilen, det första flygplanet eller den första skolan. Underligt vore det annars.

Jag skall omedelbart säga att jag tror att en storbov bakom förfallsprocesserna var kommunreformerna — inte alla men en del.

Vi är många som minns hur det här landet fungerade på 40- och 50-talen. Efter krigsslutet gick vi in i en ekonomiskt lysande period, där produktionen steg med frö procent om året och optimisterna räknade med fördubblad levnadsstandard vart tjugonde år intill evigheten. Framgångarna var delvis oförtjänta och byggde på vår långa fred och intakta industri medan Europas fabriker låg i ruiner.

Under denna period skedde en mycket snabb urbanisering och utveckling av industrin, medan rationaliseringsexperter skröt med att man lade ned tiojordbruksenheter om dagen. Folk slets upp med rötterna och skyfflades i väg till industriorterna. Nu skulle allt bli storskaligt, även på det mänskliga planet.

Väl fungerande sjukstugor och odelade lasarett lades ned till förmån för nybyggda mastodontsjukhus, dit folk fick resa långa vägar och undersökas av specialister som alla sysslade med var sitt organsystem i kroppen, men folk blev inte friskare eller mer långlivade för det. Nu skulle man ha storskolor och ungarna bussades genom bygderna, men ungarna blev inte klokare, lugnare eller mognare av det.

Småkommunerna var ett hinder för stordriften, framför allt för uppbyggnaden av det nya skolsystemet. Vid årsskiftet 1951/52 förvandlades Sverige därför från 2 498 till 1037 kommuner. Gotland förvandlades från 93 till 14 kommuner, och det var likartat över hela landet.

Personligen tror jag att detta väsentligen var en väl-motiverad och riktig reform, eftersom huvudparten av de gamla småkommunerna inte utgjorde tillräcklig bas för en differentierad social serviceapparat.

Framgångarna med den första kommunreformen var uppenbara. Alla fick det bättre, men detta berodde kanske i grunden mera på industrins gyllene år än på kommunreformen som sådan.

Nu hade vi lagt grunden till en omfattande kommunal byråkrati, som inom sig bar en enorm expansionskraft. Huvudparten av landets kommunalpolitiker föstes av plan och ingen frågade efter dem. Högutbildade tjänstemän tog över kommunala göromål efter jobbare och bönder.

Allmänhet och politiker var nöjda med reformen och välståndsutvecklingen och hade följaktligen inte mycket att sätta emot när den nyetablerade byråkrat-klassen ville utvidga sina domäner. Och de ekonomiska guldåren fortsatte. Efter riksdagsbeslut 1962 om frivilliga kommunsammanslagningar blev det 1969 dags för de obligatoriska. 1970 hade vi 848 kommuner som 1971 förvandlades till 464 för att 1974 bli 278.

Nu hade man på 22 år rationaliserat bort 90 procent av landets kommuner. Men inte nog med det. Inom de kvarvarande kommunerna slog man i början av 70-talet samman social-, barnavårds-, nykterhetsvårds- och hemhjälpnämnderna till en enda social centralnämnd. Därmed hade man i demokratins namn på två decennier de facto eliminerat cirka 95 procent av de förtroendevalda lokalpolitikerna eller omkring 250 000 hämndledamöter.

De hade till stor del utgjorts av människor som var uppvuxna i trakten, som ofta kände befolkningen generationer bakåt, folk som stod ute i produktionen och i

alla dessa cirka 10000 eliminerade nämnder hade försvarat de folkliga värderingarna kring solidaritet och bistånd men också kring superi, brott och asocialitet. För sitt fögderi hade de varit direkt ansvariga inför sin mycket lokala valmanskår, som de stod nära.

Socialbyråkratin tog över och de bortrationaliserade nämndemännen ersattes successivt av några tiotusental högutbildade personer, till stor del unga, söta sociomer från olika överbeskyddade överklassgetton, där de aldrig riskerat att träffa några sociala problemfall.

Fullproppade med dålig, individeentrerad, amerikansk socialpsykologi och psykoanalytiska mystifikaationer och färgade av 60-talets massmediaproducerade knarkliberalism och popradikalism skulle de bistå sina allt mer förvirrade klienter med orientering i en allt mer kaotisk verklighet. Socialarbetarna blev aldrig ansvariga inför någon valmanskår men väl oavsättliga.

Eftersom socialtjänstemän och läkare inte har större behov av besvärliga alkoholister och narkomaner än polisen och kriminalvården har behov av svåra brottslingar började man mystifiera supandet, man utnämnde det till sjukdom, såg till att missbrukarna kunde kopplas loss från kommunens budget och dricka på försäkringskassans bekostnad och vid behov få erforderliga landstingsfinansierade rundsmörjningar inom sjukvården.

Mera progressiva socialförvaltningar såg till att hemtjänsten bar hem brännvinet till dem som själva inte längre orkade ta sig till systembolaget. Nu kunde man i lugn och ro avveckla den kommunala nykterhetsvården "Tör missbrukarna föredrar frivilliga behandlingshem framför statliga tvångstorkar". Tacka tusan för det. De kriminellt högaktiva skulle säkerligen också föredra en helt frivillig kriminalvård på trivsamma

skärgårdspensionat framför den nuvarande oordningen.

Nu producerar vi i bästa välmening hundratusentals unga alkoholister, narkomaner och sociala invalider, medan alla vårdorgan ropar efter ökade resurser. Men ju mer vi pumpar in i detta system med nuvarande strategi desto fler slår vi ut och desto värre blir den slutliga katastrofen, den moraliska, sociala och ekonomiska bankrutten.

Jag tror att följande sats är en lärdom på gränsen till social grundlag: *När den informella kontrollen avtar under en snabb urbaniseringsprocess måste, oavsett samhällssystem, den formella kontrollen mot asociala och destruktiva beteenden (missbruk, kriminalitet etc) byggas rrt för att kompensera bortfallet av informell kontroll.*

Vi gjorde precis tvärt om: När vi blev rika under den snabba urbaniseringsprocessen på 40- och 50-talen blev vi i dålig mening liberala, men därtill också i hög grad odemokratiska. "Folkliga värderingar är ju mest gammalt reaktionärt gnäll", tyckte de socialt nyfrälsta överklassbarnen unisont i sin reglerade socialbyråkratiska befordringsgång och etablerade i stället ett symbiotiskt förhållande till sina gelikar i massmediaindustrin, som nu började fösa allt ängsligare politiker framför sig i popradikal anda.

Skall vi nu få någon fason på det här innan det definitivt är för sent måste vi nog återföra huvudparten av den socialbyråkratiska makten till folkligt valda nämnder och organ. Upprätta till att börja med ett par tusen nya kommunalråd landet över och ge dem politiskt ansvar, ekonomiska resurser och erforderliga juridiska instrument.

Inrätta vid behov underorgan iör barnavård, åld-

ringsvård, nykterhetsvård etc och mobilisera återigen en kvarts miljon förtroendevalda nämndledamöter, sätt de socialpsykologiska tungomålstalarna på plats, återför socialbyråkraterna till verkligheten och återupprätta respekten för folkliga värderingar och grundläggande sociala trafikregler, så att exempelvis brott och asocialitet inte lönar sig lika bra som idag.

Jag har testat den här analysen på tiotusentals människor, till stor del lärare, socialarbetare och sjukvårdspersonal, under studiedagar landet över de senaste åren. Mottagandet brukar vara överväldigande, med stämningar på gränsen till ett bättre Dacke-uppror eller bondetåg. Så jag vågar nog hävda att det parti som på allvar tar upp och genomdriver den här folkliga revolutionen inte bara räddar och förbättrar välfärdsystemet utan också sitt partis inflytande inom en rad andra områden.

Det här är, menar jag, den politiska kärnfrågan i vårt samhälle i dag, vid sidan av den djupgående statsfinansiella krisen som i sig är ett utslag av samma slags tänkande. Det är bara att ta steget från rituell, oansvarig MBL-förhandlare till reellt ansvarig kommunaldemokrat.

Nils Bejerot

Narkotikakommissionen

– en skiljeväg

Opinionsundersökningar under 1982 visade att narkotikafrågan av svenska folket uppfattades som vårt viktigaste sociala problem. I valrörelsen utlovade socialdemokraterna att vid en valseger ta itu med narkotikaproblemet på allvar i regeringsställning och tillsätta en kommission, som skyndsamt skulle framlägga förslag om erforderliga motåtgärder.

Med denna artikel i Svenska Dagbladet (11. 10.82) inleddes debatten om kommissionens direktiv redan innan dessa offentliggjorts. I artikeln gavs en översikt över de grundläggande förhållanden som samhället måste beakta för att komma till rätta med narkotikaproblemet.

Narkotikafrågan har stått i centrum för den socialpolitiska debatten sedan 1965. Då övergavs den traditionellt restriktiva politiken i och med den beryktade läkarförskrivningen av kopiösa mängder narkotika till missbrukare för injektion på egen hand. Därmed förändrades synsättet på narkomani och åtföljdes av en explosionsartad utveckling av missbruket, först i storstadsområdena, senare ut över hela landet.

Narkomanvårdskommitten tillsattes i hägnet av det nya, ultraliberala synsättet. Ingen som var kritiskt inställd till förskrivningsverksamheten togs med i kom-

mitten, vars sekretariat hade utgjort själva motorn bakom den nya och som det snart visade sig katastrofala förskrivningspolitiken.

Legalförskrivningen kraschlandade redan efter två år, men den grundsyn som knäsatte 1965 har sedan dess präglat den svenska narkotikapolitiken, som endast skiftat i nyanserna. Orsaken till den långa homogeniteten i synsättet är att samma gruppering utformat narkotikapolitiken sedan mitten av 60-talet.

Man har visserligen tvingats acceptera straffskärpningar 1968, 1969, 1972 och 1981. Dessa har emellertid främst varit riktade mot den grova och organiserade narkotikabrottslighetens övre strukturer.

Politiken har hela tiden gått ut på att missbrukaren själv skall betraktas som ett oansvarigt offer som inte kan ställas till ansvar för sin närmast dagliga brottslighet i befattningen med de illegala drogerna och den vanligen omfattande egendomsbrottslighet som är hårt sammanvävd med den asociala livsstilen och det kostnadskrävande missbruket.

Missbrukaren själv har sedan 1965 bemötts med en exceptionell tolerans från samhällets sida beträffande sitt olaga innehav av narkotika, med successivt höjda gränser för hur stora narkotikainnehav som tillåts, vilket endast resulterat i ständiga åtalseftergifter (fram till 1980). Skyddstillsyn har beviljats även för mycket omfattande och upprepad brottslighet av annan typ.

Toleransen har varit stor för fortsatt missbruk även på kriminalvårdsanstalter, utan konsekvenser för permission och frigivning (fram till 1.10.82). Möjligheterna har också varit goda för överlämnande till kortvarig, närmast rituell och i praktiken meningslös sluten psykiatrisk vård i stället för fängelse.

Det har varit omöjligt att omhänderta knarkare för

några vård- eller rehabiliteringsåtgärder oberoende av vederbörandes samtycke, utom nominella och verkningsslösa två månader (sedan 1.1.82).

Kort sagt, missbrukaren har sedan 1965 i praktiken varit fridlyst och aldrig själv gjorts ansvarig för sitt missbruksbeteende. I stället har han premierats med oändliga sjukskrivningar, med till intet förpliktande viloperioder på frivilliga och angenäma behandlingshem som aldrig tålt en vetenskaplig utvärdering. Han har fått förtur till utbildning (som missköts), till bostäder (som förvandlas till kvartar) och fortlöpande till-låtits föra en parasitär och asocial livsföring. På detta sätt har samhället odlat upp en ständigt växande missbrukarpopulation.

Det senaste exemplet på att politiken fortsätter i samma nedkörda hjulspår är Brottsförebyggande rådets arbetsgrupp för översyn av narkotikastrafflagen. Den leddes av rikspolischefen Holger Romander, som under sin tid som riksåklagare utfärdade direktiven för mycket generös praxis för ökad åtalsunderlåtelse vid narkotikainnehav "för eget bruk".

BRÅ:s arbetsgrupp gav följaktligen inte heller några förslag till ändringar i bestämmelserna avseende smärre innehav. De nya påföljder, som måste skapas för detta och ersätta fiktiva bötesstraff som vederbörande inte behöver betala och som för närvarande inte heller kan förvandlas till annan påföljd, lyser fortfarande med sin frånvaro.

I sin fåfänga strävan att kapa narkotikabrottslighetens rikt förgrenade träd uppifrån har Romander och rikspolisstyrelsen lagt fram SPANARK-förslaget om allt mer sofistikerad teknisk utrustning och polistaktik för att komma åt den internationella narkotikabrottslighetens toppgrenar. Samtidigt lämnas narkotika-

brottslighetens outhärliga rottrådar, de för sitt beteende oansvariga missbrukarna och deras illegala befatning med medlen, fortfarande utanför analysen och strategin.

Vi bedriver i Sverige sedan 1965 en narkotikapolitik som aldrig någonsin i något samhälle vid någon tidpunkt visat sig kunna vända missbruksutvecklingen. De väldokumenterade historiska fall där olika länder kommit till rätta med ett omfattande massmissbruk grundade sig alltid på att missbrukarna själva blivit tvingade att ta konsekvenserna av sin outhärliga del av brottsligheten.

Vi satsar årligen hundratals miljoner på ett rättssystem som inte fungerar beträffande narkotikamissbrukare. Vi satsar därtill hundratals miljoner årligen på frivilliga behandlingsarrangemang som aldrig tålt fristående utvärderingar eller i vetenskapligt hållbara undersökningar visat sig bättre än ingen behandling alls.

Nu står Sverige vid en skiljeväg. Om den narkotikakommission, som den nya regeringen aviserat, präglas av de grupperingar och synsätt som varit dominerande i svensk narkotikapolitik sedan 1965, är den definitiva katastrofen oundviklig, inte bara för den närmaste framtiden utan för oöverskådlig tid.

År 1965 hade det varit möjligt att på kort tid stoppa narkotikamissbruket med blygsamma resurser, om man valt en realistisk strategi. I dag är problemet så enormt att endast en lång rad åtgärder, väl samordnade efter en gemensam plan, baserad på en restriktiv strategi och djup förtroenhet med missbruket som individuellt, socialt, juridiskt och politiskt fenomen, kan vända utvecklingen.

Kommissionen måste få ett samlat uppdrag och se

över alla lagar som berör narkotikaproblemet. Det medför att vissa delfrågor måste brytas loss från andra kommittéer och utredningar. Det innebär exempelvis:

att vårdlagstiftningen LVM och LVU överförs från socialberedningen,

att påföljdsfrågorna tas från frivårdskommittén,

att nya påföljdsformer tas fram,

att polisens arbetsmetoder tas över från tvångsmedelskommittén,

att narkotikastrafflagen skyndsamt ses över i sin helhet,

att straffvärdet för det personliga innehavet omvärderas, etc.

Kommissionen måste alltså lägga fram ett samlat och välintegrerat åtgärdsprogram som skall ange hur delmålen skall lösas. Därtill måste man utveckla ett system för utvärdering av gjorda insatser med möjligheter att fortlöpande korrigera politiken på de punkter där åtgärderna brister.

Det är vidare oundgängligen nödvändigt att kommissionen blir helt fristående från de grupperingar som nu är ansvariga för den administrativa handläggningen av narkotikafrågan. De skall inte utreda sina egna misstag och tillkortakommanden och återigen få möjlighet att söpa kärnfrågorna under mattan.

Men det hastar. Sverige har nu endast några år på sig för att få ett grepp om problemet innan det övergår i olösliga dimensioner och kvaliteter. Då kommer samhället på de enorma kostnaderna för ett inte fungerande rättssystem att tvingas kapitulera, dvs legalisera först en, senare andra narkotikaklassade droger.

En sådan utveckling hotar redan i andra länder. Vi skulle då vara tillbaka där man var i USA före 1914: alla preparat till salu för en billig penning på apoteken och

envar får knarka sig sönder och samman. Därmed upphör eller förändras i grunden välfärdssamhället som vi känner det. Då kommer enskilda grupper att utveckla egna strategier för att skydda de sina och bilda separatistiska enklaver, och vi får ett helt annorlunda samhälle.

Narkotikafrågan är socialpolitiskt specifik såtillvida att den inte kan lösas med Vietnam-krigets ledande doktrin: "Pengar, pengar, pengar". Den kan därmed inte heller lösas inom ramen för hittills gällande socialpolitiska reformsträvanden som i ytterligt permissiv anda karakteriserats av flera och större individuella rättigheter men mindre skyldigheter att iaktta elementära sociala trafikregler, samt allt mer ökade anslag.

Nu måste alltså samhället hävda vissa rättigheter visavis missbrukaren och denne underkasta sig vissa skyldigheter gentemot samhället. Konstigare än så är inte grundprincipen i en restriktiv narkotikastrategi.

Narkotikakommissionens uppgift blir alltså att utveckla "en svensk modell" för hur missbruket skall kunna trängas tillbaka inom ramen för västerländsk tradition och grundläggande demokratiska värderingar. Lyckas man med detta torde politiken bli internationellt stilbildande. Misslyckas man torde sista tåget ha gått. Lycklig resa!

Nils Bejerot
Narkotikakommissionen
—en svensktragedi

Regeringen offentliggjorde narkotikakommissionens direktiv den 26 oktober 1982, vilket blev startsignal för en ny debattrunda. Dagens Nyheters chefredaktör Svante Nycander avfärdade raskt (27.10.82) kommissionen på ledarplats genom att hävda att "narkotikakommissionen är en olycka" p g a sin sammansättning och sina direktiv.

En helt annan typ av kritik framfördes av chefen för Brottsförebyggande rådet (BRA), överdirektören Bo Svensson. Han hävdade att narkotikasituationen inte försämrats på länge och att regeringen över huvud taget inte borde ha tillsatt någon kommission.

Mot denna bakgrund gjordes följande granskning av kommissionens direktiv i Dagens Nyheter (2.11.82). Här påvisas att regeringen med den valda utformningen av direktiven försuttit chansen att skapa en internationellt stilbildande "svensk modell" för en framgångsrik hantering av problemet. Direktiven förebådade att kommissionen i allt väsentligt skulle fortsätta den gamla narkotikapolitiken med dess missbedömningar och brister.

När den nya regeringen föredömligt snabbt tog tag i narkotikafrågan och tillsatte den ivalrörelsen utlovade kommissionen levererade överdirektören vid Brottsfö-

rebyggande rådet (BRÅ) Bo Svensson omgående en mycket besk kritik av initiativet i ett långt föredrag inför landets chefsåklagare (DN 28.10.82).

Svensson varnade för "oöverlagda krafttag" och förklarade att man vet för litet om vad som skall åtgärdas och hur olika ingripanden fungerar. Verkligheten är närmast den rakt motsatta. Man vet – som jag visat i ett dussintal böcker – mycket väl hur olika typer av åtgärder fungerar. Jag skulle t o m vilja hävda att den omfattande internationella forskningen bringat fram hundrafalt mer kunskap än vad som erfordras för att utforma en framgångsrik narkotikapolitik. En svårighet är dock att kunskaperna ligger inom ett tjugotal olika vetenskapliga discipliner och att de inte enkelt kan adderas utan måste integreras. Detta i sin tur förutsätter en omfattande klinisk förtrogenhet med problemområdet. När kunskapssyntesen är hyggligt genomförd kan den förstås av alla, även av missbrukarna själva.

Bo Svensson levererar det häpnadsväckande påståendet att BRÅ:s analyser entydigt talar för att narkotikamissbruket inte ökat sedan mitten av 60-talet. Då var missbruket ett utpräglat storstadsfenomen, nu är det spritt över hela landet. BRÅ tycks inte känna till att de refererade källorna (skolenkäter och värnpliktsundersökningar) har så begränsad giltighet att de inte utsäger något om missbruket ute i samhället. Den genomsnittliga debutåldern för exempelvis injektionsmissbruk ligger två år över månstringsåldern. Därtill kommer att BRÅ:s egna studier, som framkommit vid kontrollundersökningar i bl a Mora och Borlänge, visat sig så bristfälliga att de endast noterat omkring en tredjedel av de aktiva missbrukarna.

Det samordnade administrativa ansvaret för narkotikapolitiken och missbruksutvecklingen har till stor del

legat på BRA och dess överdirektör. Att regeringen nu tillsätter en kommission är därför en klar desavouering av BRÅ och andra berörda myndigheter. Hade de fyllt sina uppgifter hade någon ny kommission inte behövts.

I själva verket är det ultraliberala jurister och skrivbordsteoretiker av Bo Svenssons typ som möjliggjort den svenska narkotikaepidemins stora omfattning och därtill under snart två decennier fortlöpande avväpnat samhället verkningsfulla motåtgärder, helt enkelt på grundval av bristfälliga problemanalyser: man har aldrig insett att det är missbruket i sig och inte de internationella knarksyndikaten som är pudelns kärna.

Nu är det välgörande att Ingvar Carlsson öppet och ärligt slår fast att den hittills förda politiken varit otillräcklig därför att man inte till fullo insett problemets natur. Detta beror dels på att man i allt för hög grad har förlitat sig på sina administrativa rådgivare, dels på att man inte haft förmåga att göra en förutsättningslös prövning av narkotikapolitiken. Nu trycker verkligheten och opinionen på och kräver en ny politik.

När kommissionen nu skall se över narkotikapolitiken och justera vad som brustit borde den ha fått ett förutsättningslöst uppdrag och en högkompetent samsättning. Så är emellertid inte fallet, vilket framgår av formuleringen av uppdraget och personvalet. Återigen tycks ett platt fall vara ofrånkomligt, eftersom kommissionen i allt väsentligt uppenbarligen skall fortsätta traditionen från tidigare missbedömningar och inriktade kampen mot knarkbrottslighetens toppar, medan missbrukarna själva tydligen även i fortsättningen skall förbli fridlysta. Detta är en svensk tragedi som kommer att få historiska dimensioner.

Jag skall i största korthet kommentera kommissio-

nens uppgifter och citera de sju punkter som man fått uppdrag att lägga fram förslag om:

1. *"Insatser genom internationella organ i syfte att effektivt motverka världshandeln med narkotika."*

Detta är att börja i fel ända av problemet eftersom den internationella narkotikahandeln inte är orsak till utan effekt av narkotikamissbruket. Den välorganiserade narkotikabrottsligheten är faktiskt ett mycket sent fenomen och tillkom som en direkt följd av att samhället genom missriktad "tolerans" låtit missbruket breda ut sig och skapa en stark marknadsefterfrågan för de nya rusmedlen.

Den producentorienterade strategin har alltid fungerat dåligt av en rad skäl: den administrativa kontrollen i odlingsländerna är ofta obefintlig, korruptionen är utbredd, den höga prisnivån — som stiger med ökade polisiära insatser — är en ytterst stark drivkraft för den organiserade brottsligheten att förfina sina arbetsmetoder etc. Därtill kommer att en mängd högpotentiella droger numera enkelt kan produceras helt syntetiskt.

2. *"Insatser genom tullväsendet som verksamt bidrar till att hålla narkotikan utanför landets gränser."*

Detta är ett önsketänkande eftersom såväl person- som godstransporterna över gränserna numera är synnerligen omfattande. Tullen uppskattar att den f n kanske tar fem procent av narkotikan vid gränserna. Att dubbla detta till tio procent kräver betydligt mer än en fördubbling av resurserna, och varje ny procentenhet i beslag kräver snabbt allt större insatser i geometrisk progression. Därtill praktiseras redan smuggelmetoder där vederbörande enligt västerländsk rättstradition inte kan bindas vid brott och dömas även om individen ertappas på bar gärning med de förbjudna drogerna.

Insatserna påverkar givetvis inte heller den inhemska produktionen, som beträffande amfetamin och cannabis redan är betydande.

3. *"Insatser genom polisväsendet som leder till att all illegal narkotikahantering i vårt land uppdagas och beivras."*

Det är en naiv formulering eftersom ingen brottsbekämpning, hur stora resurser man än sätter in, någonsin kan beivra "all brottslighet" inom ett område. Men den tanke som kan anas bakom den valhända formuleringen är intressant. Den förutsätter dock en helomvändning i kriminalpolitiken och ett hävdande av allmänpreventionen som ledande princip i stället för 60- och 70-talens individualterapeutiska synsätt på lagöverträdare. Ingenting i regeringens kommentarer till kommissionens uppdrag ger emellertid stöd för en sådan radikal tolkning.

4. *"Åtgärder som leder till att fängelser och ungdomsvårdsskolor blir narkotikafria miljöer."*

Förslag finns redan om tätare urinprovskontroller inom anstalterna, men proverna måste också omfatta frivården och de s k §34-placeringarna utom anstalt. Problemet är dock att det för närvarande saknas realistiska sanktioner för dem som knarkar, t ex fördröjd villkorlig frigivning, återgång från frivård till anstalt etc. Här räcker det alltså inte med föreliggande förslag om viss tids permissions- och besöksförbud etc.

5. *"De lagstiftningsåtgärder som behövs för att kampen mot narkotika skall kunna föras effektivt."*

De lagstiftningsåtgärder som berördes vid kommissionens presskonferens och i regeringens kommentarer i riksdagsdebatten avsåg enbart de grövre narkotikabrotten, men detta är helt otillfredsställande. Det avgörande problemet är att det för närvarande saknas

realistiska påföljder för de mindre narkotikabrotten. Själva basbrottet, det personliga knarkinnehavet, räknas nu inte ens som "brott" utan som "förseelse" och har under ett par decennier behandlats mildare än exempelvis felparkering. Just ställningstagandet till straffvärdet för narkotikainnehav liksom frågan om nya påföljder blir den centrala frågan för om kommissionens arbete kommer att medföra några avgörande narkotikapolitiska förändringar.

6. *"Opinionsbildning genom skolor, massmedia, frivilliga organisationer, så att inånga medborgare kan engageras i kampen mot narkotika och i sina närmiljöer verka för att all narkotika trängs ut."*

Opinionsbildning har genomgående visat sig ha liten effekt på alla typer av missbruk. Möjligen kan den påverka ungdomar som ännu inte börjat, men effekterna blir små i jämförelse med de krafter som utövas av kamrattryck, drogeffekterna etc. Opinionsbildning för en realistisk narkotikapolitik vore ypperlig. Men då krävs ett avgörande ideologiskt uppbrott från vissa rådande socialpolitiska doktriner, tex socialtjänstlagens syn på missbrukaren som ett offer som inte kan hållas ansvarigt för sitt missbruk, sin kriminalitet och sin asociala livsföring. Det är tveksamt om man ens orkar eller vågar tänka i så kätterska banor.

Först när missbruket och det personliga innehavet ställs i centrum för debatt och åtgärder kan vi vänta oss en lösning på problemet. Det är detta opinionsbildningen skall ta fasta på, tydligen även i fortsättningen utan stöd från höga vederbörande.

7. *"Ett statistiskt informationssystem så att vidtagna åtgärder kan utvärderas."*

Detta föreslog jag i Läkartidningen 1965, men tiden var då inte mogen. UNO-utredningen försökte här-

området att lösa uppgiften men misslyckades. Problemet är att systemet bör vara individbaserat, dvs bygga på rapportering av enskilda fall och få aktivt stöd från berörda lokala myndigheter. Men socialvården är för närvarande inne i en protektionistisk fas i fråga om den personliga integriteten och ställer sig avvisande till rapportering. Ett tillförlitligt register, förslagsvis placerat i socialstyrelsen, skulle också kunna användas för utvärdering av olika behandlingsformer, men behandlingsfolket har inte någon önskan att bli utvärderat och tar skydd bakom sekretesskravet. Stickmärkesundersökningen vid Allmänna häktet i Stockholm ger dock sedan 1965 fortlöpande en bevisligen mycket tillförlitlig bild av injektionsmissbrukets utveckling och fluktuationer.

"Kommissionen skall också verka för samordning av insatserna genom skolan, socialtjänsten, sjukvården, kriminalvården, polisen och tullen", men den får inte befatta sig med vårdfrågorna, utan dessa skall ligga kvar hos socialdepartementet och socialberedningen. Detta är illavarslande, för det var i dessa organ man skrotade en väl fungerande barnvårdsplan och tog fram en illa genomtänkt "lag om vård av unga" (LVU). Denna överlämnar i praktiken unga missbrukare till kriminalvården och låter socialvården två sina händer beträffande behandlingsplikten.

Kommissionen fullföljer också i ett annat avseende en dålig tradition från narkomanvårdskommittén, socialstyrelsen, BRA och den gamla ledningsgruppen: alla i kommissionen har sin egentliga kompetens från andra områden än det som uppdraget omfattar.

Vad som kunde ha blivit en internationellt stilbildande svensk modell för framgångsrik hantering av narkotikamissbruk som socialt massfenomen ser nu ut att

följa den stolta narkomanvårdskommitten till glömskans hyllor i riksarkivet. Så striden för en realistisk narkotikapolitik måste gå vidare.

Nils Bejerot

Narkotikapolitiken avgör välfärdssamhällets framtid

Debatten om narkotikakommissionens direktiv och utformningen av narkotikapolitiken blev lång och intensiv.

Överdirektören Bo Svensson i BRÅ, som genom sin befattning länge haft det övergripande ansvaret för narkotikafrågan i administrativt hänseende, var den starkaste motståndaren till förändringar i den rådande narkotikapolitiken.

Statsrådet Ingvar Carlsson, ansvarig för tillsättandet av narkotikakommissionen, skrev i Dagens Nyheter (5.11.82): "Ge kommissionen en chans. Frågan är för allvarlig för att låta all energi gå åt till ett ofruktbart skyttegravskrig." Samtidigt markerade han att regeringen inte delade BRÅ-chefen Bo Svenssons syn på narkotikautvecklingen.

Med följande inlägg, som publicerades i Dagens Nyheter (7.12.82), avslutades debatten om narkotikakommissionens direktiv.

Brottsförebyggande rådets chef Bo Svensson medgav i en korridoriskussion efter vår rumphuggna TV-debatt nyligen att han aldrig träffat en knarkare. Jag tror att han inte ens lärt känna någon yrkeskriminell person. Denna erfarenhetsbakgrund delar han med många ultraliberala jurister och skrivbordsstrateger, som ge-

nom bristande förtrogenhet med narkotikahandlingens och kriminalitetens dynamik i bästa välmening medverkat till att nedrusta samhällets försvar mot brottslig verksamhet och därmed fungerar som välfärdssamhällets dödgravare.

Svensson tycker att regeringens nya narkotikakommission präglas av polisiära tongångar (DN 28.10.82) och har i det avseendet rätt, men på helt felaktiga grunder. Kommissionen är hårt inriktad på den högre och välorganiserade narkotikabrottsligheten, och dess ordförande, polismästare Hans Holmer, har redan dokumenterat sig som försvuren till rikspolisstyrelsens SPANARK-strategi att med förfinad elektronik och infiltration försöka kapa knarkträdets övre grenar och toppskott, -de professionella ligorna, medan man lämnar de enda oumbärliga delarna, rotträderna, de enskilda knarkarna, i fred som tidigare.

Bo Svensson är i än mindre grad än kommissionen eller den nybildade socialpolitiska narkotikagruppen under Bror Rexed beredd att utkräva ansvar för personligt knarkinnehav. För Svenssons del har knarket stagnerat sedan ett decennium: att ifrågasätta den nuvarande ordningen är "knarkhysteri", att kräva verkningfulla påföljder för knarkinnehav är uteslutet och "oförenligt med vår rättstradition".

Bo Svensson klagar också över att fängelserna nu är överfulla (DN 15.11.82) och att många står i kö för att avtjäna sina straff. Detta är högeligen sorgligt, men Svensson tycks inte ens ana att detta är det ofrånkomliga skörderesultatet av den alltigenom brotts- och missbruksvänliga politik som drevs fram under den popradikala perioden 1965-1975, då Svensson var verksam i lagstiftningsarbetet.

Vad vi i dag bevittnar är den ultraliberala social- och

kriminalpolitikens nedgång och förestående sammanbrott. Tiotusentals unga människor har på ett decennium gått under i knark, fylla, brott och misär som följd av en missriktad politik, som därtill medfört en kostnadsexplosion inom polis- och rättsväsende, social- och sjukvård, de mänskliga tragedierna inte att förglömma. För första gången i Sveriges historia steg under 70-talet dödligheten bland unga svenska män.

Bo Svensson vill inte vidgå:

att narkotikamissbruket sedan mitten av 70-talet spritts ut över hela landet,

att injektionsmissbruk numera förekommer på praktiskt taget alla orter,

att haschandet spritt sig till stora grupper av väletablerade medelålders människor,

att narkotikainnehav "Tör eget bruk" fram till 1980 bedömts mildare än felparkering,

att de böter som numera utdöms inte behöver erläggas och inte heller kan omvandlas till annan påföljd,

att det är missbruket som är roten till narkotikaproblemet,

att missbrukaren själv är basen för narkotikabrottsligheten,

att den välorganiserade internationella narkotikabrottsligheten är en sen och sekundär följd av missbruket och inte dess orsak,

att den hittills förda politikens ensidiga inriktning på de stora knarkligorna omöjligen kan leda till bestående förbättringar så länge basen – missbruket – lämnas intakt,

att framgångsrik narkotikapolitik i historisk tid vederligen alltid byggt på att missbrukaren själv fått ta ansvaret för sin dagliga brottsliga verksamhet,

att påföljderna för det grundläggande brottet, det

personliga innehavet, inte behöver vara stora eller dramatiska, men att de oundgängligen måste vara logiska, konsekventa, förväntade, trovärdiga och snabba,

att den nuvarande kriminalpolitiken inom detta område är ologisk och inkonsekvent och därtill saknar trovärdighet bland missbrukarna.

För att exemplifiera enbart den sista att-satsen kan jag nämna att samhället på grund av felanalyser och välvillig aningslöshet länge tenderat att premiera brottsliga beteenden. Om man exempelvis är under 25 år har man inte någon chans att få egen bostad i Stockholm, såvida man inte är missbrukare och kriminell.

Några års hårt missbruk, fortlöpande finansierat med missriktade sjukskrivningar, kravlös socialhjälp och framför allt omfattande kriminalitet, leder numera i stor utsträckning till förtidspension med full ATP i unga år. Därefter är man befriad från arbete även under fängelseperioderna!

Några exempel på den nuvarande huvudlösa politiken: En 35-årig knarkare, som före missbruket kom upp i höga inkomster som specialtekniker, har i dag en förtidspension på över 17 000 kr i månaden. Därtill kostar han samhället lika mycket per månad när han under långa perioder lägger in sig på olika frivilliga behandlingshem och vilar upp sig mellan missbruksperioderna. En person som dömts till åtta års fängelse för grova narkotikabrott får avtjäna strafftiden genom läkarutbildning på kriminalvårdens bekostnad etc, etc.

När samhället bedriver en brottsbefrämjande politik ökar helt naturligt brottsligheten lavinartat i samhället. För pojkar i åldern 15–17 år har den beivrade brottsligheten 32-faldigats på 50 år. Men även upprepad grov brottslighet leder i regel endast till upprepade åtalseftergifter om man ännu inte fyllt 18 år. Sedan man nu

avskaffat en väl fungerande barnavårdsdag har man nära nog tappat de sista styrmedlen för ungdom på glid.

När kriminalvården kommer i gungning genom den brottsbefrämljande politiken och anstormningen av nyproducerade brottslingar svarar samhället med ytterligare premieringar av brottsligt beteende. Långe har man tillämpat en automatisk straffavkortning på en tredjedel av den utdömda strafftiden, oavsett om vederbörande skött sig eller inte. Nu föreslår justitieministern att rabatten skall höjas och strafftiden sänkas till hälften med hänvisning till att fångelserna är överfulla. I dagarna släpps en person som dömts till åtta års fångelse för grova narkotikabrott helt fri efter fyra år. Samtidigt orerar Bo Svensson om att man redan vidtagit drastiska skärpningar i kriminalpolitiken.

Den nuvarande politiken kommer med nödvändighet att ytterligare stimulera den brottsliga verksamheten, varefter kriminalvården om några år återigen måste begära ytterligare höjda straffrabatter för att för allt kortare perioder "vårda" de ökande skarorna av kriminella.

Den nuvarande politiken bäddar för en ständigt ökad utslagning av socialt kantstötta människor som drivs till social invaliditet och undergång. Samtidigt rullar man hundratals miljoner årligen på allehanda frivilliga behandlingsgeschäft som aldrig tålt en fristående utvärdering.

Om Bo Svensson känner till en enda vetenskapligt hållbar rapport som utvisar att frivillig terapeutisk behandling av knarkare ("street-addicts") är bättre än ingen behandling alls, bör han inte hemlighålla den. Om Svensson känner till ett enda land där man trängt tillbaka ett omfattande narkotikamissbruk genom att koncentrera sig på storhandlarna, medan man lämnat

konsumenterna i fred, får han inte undanhålla mänskligheten denna visdom. Kan inte Svensson lämna svar på dessa frågor så bygger hans politik uppenbarligen inte på empirisk grund utan på tro, känslotänkande eller helt enkelt på rådande modeuppfattningar.

Vad som nu oundgängligen krävs för att komma till rätta med den omfattande kriminaliteten och knarkmissbruket i samhället är en genomgripande kriminalpolitisk reform. Den bör ta fasta på:

att brottsligt beteende skall beivras och korrigeras så tidigt som möjligt i den asociala felutvecklingen,

att åtgärder skall kunna sättas in enligt ett rikt differentierat påföljdssystem,

att påföljderna skall komma snabbt efter upptäckten av brottet,

att kriminalvård i frihet kan fungera alldeles utmärkt vid noggranna direktiv och täta kontroller (bl a med urinprov) och omedelbara sanktioner vid misskötsamhet,

att olika former av samhällstjänst kan utformas,

att exempelvis kriminalvårdens numerärt största grupp, rattfylleristerna, mycket väl kan slippa traditionellt anstaltsstraff och samtidigt få behålla körkortet om de i stället tar Antabus/Dipsan regelbundet vid godkänd behandlingscentral under fastställd period,

att en mångfald påföljder i frihet bör tas fram och att den dömda själv bland jämförbara påföljder skall kunna få välja den som passar honom bäst.

Att vi också måste ta itu med alkoholen, arbetslösheten, familjens, skolans och socialvårdens kris, storkommunernas anonymitet och tusen andra ting är självklarheter som inte får skymma den narkotikapolitiska kampens centrala strategi.

Den allmänna opinionen har länge givit ett starkt

stöd för en restriktiv narkotikapolitik, även om denna länge har saboterats av inflytelserika tjänstemannagrupper, först av socialchefernas förbund, senare av deras socialpolitiska samrådsgrupp och nu av deras senaste täckorgan, Bror Rexeds "socialpolitiska narkotikagrupp". På grund av lobbyverksamhet från denna gruppering och från de s k klientorganisationerna, missbrukarnas egna fackföreningar, har politikerna inte på allvar vågat ta itu med missbrukets kärnfråga, det personliga knarkinnehavet, och ställa knarkaren själv till ansvar.

Om riksdagspartierna samfällt deklarerar att det är ett uttryck för asocialitet att knarka och att minsta befattning med de illegala drogerna skall medföra kännbara påföljder, skulle vi vända utvecklingen i sista stund. Saknas detta politiska mod är nog loppet kört, och narkotikamissbruket blir då för oöverskådlig framtid en fast etablerad företeelse över hela landet, snart också inom alla åldrar och samhällsskikt. På just detta frontavsnitt avgörs välfärdssamhällets framtid.

Nils Bejerot
Narkotikakommissionen
flaggar iväg sista tåget

Den 29 februari 1984 offentliggjorde narkotikakommissionen sitt slutbetänkande betitlat "Samordnad narkotikapolitik" (SOU 1984:13). Tidigare hade kommissionen avlämnat en rad promemorior om olika delproblem, som skolans förebyggande insatser, samarbetet mellan polis och tull samt narkotikalagstiftningen.

Slutbetänkandet blev föremål för en omfattande kritik. Den inleddes av den liberalistiska falangen och paret Bengt Börjesson och Paul Lindblom, företrädare för den s k "socialpolitiska narkotikagruppen". I ett par artiklar i Dagens Nyheter (20.2 och 13.3.84) angrep de kommissionen för dess i sak mycket försiktiga skärpning i synen på illegal befattning med narkotika.

Samtidigt verkade ingen, inte ens kommissionen själv, beredd att ta itu med de strategiskt viktiga frågorna. I denna artikel, som publicerades i Dagens Nyheter (13.4.84), påtalades de avgörande svagheter i kommissionens analys och åtgärdsförslag. Slutatsen blev att kommissionen försuttit chansen att skapa en stilbildande "svensk modell" och i stället nöjt sig med att flagga av sista tåget i narkotikafrågan.

Regeringens narkotikakommission har arbetat snabbt, och slutresultatet är vida bättre än befarat: alla presen-

terade förslag går i rätt riktning; men tyvärr går de inte så långt att det uppsatta målet någonsin kan nås – att tränga tillbaka och eliminera den svenska narkotika-epidemin. Ändå ingick den uppgiften i utredningsdirektiven.

Mina diskussioner med kommissionen har övertygat mig om att insikterna nog borde ha räckt för att formulera ett program som skulle ha haft möjlighet att lösa problemet. Men de ultraliberala, popradikala och utopiska åsikterna hos de sargade, men inom socialvården ännu relativt inflytelserika grupperingarna kring Bengt Börjeson och Paul Lindblom (DN 20.2 och 13.3.84) har uppenbarligen fungerat som en politisk löplina med strypsnara. Trots sina ängsligt återhållsamma förslag har kommissionen ändå fått romantikerna på halsen, och de hugger efter strupen därför att de kämpar för sina liv.

Det är framför allt i två huvudfrågor som kommissionen inte vågat ta steget ut i den bistra verkligheten, nämligen dels frågan om meningsfulla påföljder för hanteringen av de illegala drogerna i samband med eget missbruk, dels det akuta behovet av en realistisk vårdlag för missbrukare, alltså en ersättning för dagens eländiga LVU- och LVM-lagar. Visserligen har socialberedningen tilldelats huvudansvaret för vårdlagarna, men därifrån är inga offensiva synsätt eller metoder att förvänta, och utan en offensiv socialvård är kampen mot knarket dömd att misslyckas.

Kommissionen tycks ha insett att det är missbruket i sig och missbrukaren själv som är roten till problemet, men man föredrar att med avancerad SPANARK-elektronik skjuta in sig på den internationella knarkhandeln.

Det är onekligen politiskt mer gångbart att hävda att

problemets kärna ligger i Gyllene Triangeln, Mellersta Östern, Sydamerika eller något annat område, som vi inte har ansvar för, än att konstatera att det faktiskt ligger i illa genomtänkta sociala och juridiska trafikregler här hemma.

Under alla år som det svenska samhället har kämpat mot knarket har det varit helt tillåtet och fullt lagligt att knarka, och så skall det enligt kommissionen förbli. Detta känner folk i regel inte till; ändå är detta kärnpunkten i hela narkotikafrågan.

Om polisen gör razzia på ett party där alla är narkotikaberusade, och man därtill beslagtar preparat på platsen, så går alla i regel fria från straffansvar därför att polisen inte brukar kunna fastställa äganderätten och därmed bevisa vem som är "innehavare" av de illegala drogerna.

Att man helt uppenbart har befattat sig med de illegala drogerna medför inte något straffansvar, och urinprov skall inte heller i fortsättningen få tillgripas som bevissäkring på det sätt som sker vid misstänkt rattfylleri. Samhället tvingar oförvitliga människor att underkasta sig provtagning vid trafikrazzior, men knarkandet skall även i fortsättningen vara ett fridlyst privatnöje.

Vad som rubriceras som "narkotikabrott" är stora knarkinnehav och professionell handelsverksamhet, men det personliga innehavet är fortfarande 1984 inte något "brott", utan en "förseelse".

Sedan riksåklagaren efter ihållande kritik från Riksförbundet Narkotikafritt Samhälle avskaffade de ändlösa åtalseftergifterna för smärre knarkinnehav kvarstår dels att påföljden endast utgörs av böter, som man naturligtvis inte behöver betala om man lever i missbrukarsvängen, dels att "innehav" inte betyder inne-

hav utan är liktydigt med bevisat ägande av drogen.

Kommissionen föreslår nu att den bagatelliserande rubriceringen "narkotikaförseelse" äntligen skall tas bort. Den föreslås i stället bli ersatt med "ringa narkotikabrott". Förutom böter skall då även fängelse i upp till sex månader ingå i straffskalan. Den rättsligt obehövade kan av detta förledas tro att förslaget i sak innebär att knarkandet i fortsättningen skall beivras, men så är faktiskt inte fallet.

Även om "innehav" = "ägande" i lagen ersätts med det betydligt bredare begreppet "olovlig befattning" med knarket, och även om fängelse införs i straffskalan, så blir de praktiska återverkningarna minimala. För det första utdöms i praktiken aldrig fängelse exempelvis för "ringa ekonomiskt brott", och så kommer följaktligen inte heller att ske för "ringa narkotikabrott". För det andra skall obetalda böter inte heller enligt kommissionens förslag kunna förvandlas till annan påföljd.

Narkotikamarknaden fungerar bra även utan knarkkungar och internationella ligor men aldrig utan missbrukarna, som själva utgör den oersättliga länken eller nödvändiga basen för hela verksamheten. Den föreslagna åtstramningen beträffande missbrukarna stannar således vid att polisen får rätt till kroppsvisitation och möjligen husrannsakan vid misstanke om smärre knarkinnehav. Därtill kommer att den symboliska åtgärden skyddstillsyn kan utdömas, men i praktiken kommer alltså allt väsentligt att förbli vid det rådande.

Om regeringen i sin höstproposition om missbruksproblemen inte går två steg längre än kommissionen, så är det fråga om inte sista tåget har gått. Då har vi försuttit chansen att någonsin inom det nuvarande samhällets ramar komma till rätta med narkotikamiss-

bruket, som då kommer att addera sig till det urgamla alkoholmissbruket och på sikt underminera välfärds-samhället. Som en sista desperat nödåtgärd kan då samhället så småningom tvingas kapitulera och släppa knarket fritt på apotek och systembolag för att rädda rättsmaskineriet från kollaps. Flera länder står redan snubblande nära en sådan katastrof.

En lämplig påföljd för första resan "illegal befattning med narkotika" kan vara böter, motsvarande exempelvis en veckoinkomst. Böterna skall också verkligen betalas eller sittas av en vecka i en trist häktningscell. Upptrappningen göres lämpligen med en vecka för varje nytt strafftillfälle. Tidigare har jag som lämplig påföljd föreslagit samhällstjänst i skogen eller på hemmaplan, med förlängning vid varje nytt strafftillfälle. Kommissionen avfärdar förslaget med att det inte hör hemma i en seriös debatt, vilket utsäger en del om allvaret i kommissionens resonemang.

Å andra sidan inser kommissionen att de sociala åtgärderna mot ett begynnande narkotikamissbruk måste sättas in så tidigt som möjligt i missbruksutvecklingen och att de tidiga åtgärderna skall minimeras till det oundgängligen erforderliga för att uppnå effekt: kanske skyldighet att inställa sig på socialbyrå för ett rådgivande samtal (dock inte efter anonyma men väl anonymitetsskyddade anmälningar, vilket är något helt annat), skyldighet att lämna urinprov etc.

Åtgärder av denna typ faller inom den traditionella socialvårdens ram, och polisen skall inte överta socialvårdens uppgifter. Men eftersom de ultraliberala ideologiproducenterna i Börjeson/Lindblom-kretsen har fått socialutskottet och socialvården att abdikera från ansvaret för missbrukarna, blir det även i fortsättningen polisen och kriminalvården som skall ta hand om de

nedgångna knarkarna, medan sjukvården och riks försäkringsverket får förbarma sig över de söndersupna alkoholisterna.

Kommissionen gör goda ansatser men borde klart ha deklarerat att socialtjänsten måste få stöd i en modern motsvarighet till de gamla barnavårds- och nykterhetsvårdslagarna, om inte stora missbrukargrupper helt skall lämnas till fysisk undergång.

I Stockholms södra förorter har man ett gäng om ett par dussin vuxna toluensniffare i åldern 25–35 år. De har inte varit nyktra en dag under det senaste decenniet. De bor i källare, garage och trapphus, där de lever bland sina exkrementer och uppstår löpande socialhjälp för finansiering av sin livsföring. Detta är resultatet av modern socialtjänst enligt Börjesons/Lindbloms knäsatta modell: alltså frivillighet till döds.

Kommissionen borde på ett mera uttalat och konsekvent sätt ha satt romantikerna, i och utanför socialberedningen, på plats, mobiliserat opinionen och utnyttjat politikerna, som med mycket få undantag aldrig har orkat eller vågat sätta sig in i problemet. Nu har man i stort nöjt sig med att flagga av vad som synes bli sista tåget i narkotikafrågan. Kommissionen tror inte mer på sina egna förslag än att den aviserar att det nog inom ett decennium kan vara dags för en ny narkotikakommission. Den kan då, förslagsvis, förläggas till någon universitetsinstitution i socialhistoria, för vid det laget är kampen mot knarket sannolikt för länge sedan förlo-rad. Men det har onekligen ett historiskt intresse att studera hur ett välfärdssamhälle bryts ned av enfald och opportunistisk i symbiotisk förening. Det är en svensk tragedi.

Jonas Hartelius

Bör narkotikamissbruk kriminaliseras?

Något överraskande har vissa domar från Högsta Domstolen visat att det inte är straffbart att konsumera narkotika. Detta har lett till en debatt om hur narkotikastrafflagen bör vara utformad och särskilt om det bör vara straffbart att "missbruka" narkotika.

I denna uppsats belyses några svårigheter och möjligheter i den riktningen. Uppsatsen bygger på ett anförande vid det sjunde Carnegie-seminariet, "Översyn av narkotikastrafflagen", som hölls den 3 maj 1984 på Svenska Läkaresällskapet i Stockholm. Den har tidigare varit publicerad i Alkohol och Narkotika nr 4, 1984.

I den svenska narkotikadebatten har de senaste åren rests krav på att "narkotikamissbruk" skall kriminaliseras. Tanken bakom detta krav är att det skall bli möjligt att ingripa mer effektivt mot de enskilda narkotikamissbrukarnas framfart, särskilt själva "knarkandet", samt att komma till rätta med en del luckor i narkotikastrafflagen. Frågan har också behandlats av regeringens narkotikakommission.

Vilka handlingar bör vara straffbara?

Narkotikastrafflagen har ny lydelse från den 1 juli 1983. Ändringarna rör främst den grövre narkotikabrottsligheten.

Vissa gärningar täcks idag inte av narkotikastrafflagen. I nuvarande praxis är det *inte straffbart*:

att handskas med små mängder narkotika i direkt anslutning till själva konsumtionen,

att låta en pipa med hasch vandra runt i ett sällskap,

att tillföra sig narkotika genom injektion, rökning, snusning, nedsväljning eller på annat sätt,

att vara narkotikapåverkad (utom i vissa situationer som regleras av trafikbrottslagen och liknande lagar), samt

att "vara knarkare", dvs ha en mer eller mindre utvecklad narkomanidentitet.

Många gärningar kring konsumtionen eller missbruket av narkotika, dvs gärningar som avser användning av narkotika utan samband med medicinsk eller vetenskaplig verksamhet, har stor betydelse för den enskilde missbrukarens fortsatta intag av narkotika, för spridningen av narkotikamissbruket till nybörjare och för överlåtelse i liten skala. Det är därför intressant att undersöka hur långt det är tekniskt möjligt att utsträcka det straffbara gärningsområdet med bibehållande av grundläggande krav på rättssäkerhet. En annan fråga är huruvida detta är önskvärt och ytterligare en är om det är "politiskt möjligt". Ytterligare frågor i detta sammanhang rör utformningen av påföljderna.

Narkotika är ett entydigt begrepp. Som narkotika räknas endast de medel som finns upptagna på socialstyrelsens narkotikaförteckningar. Medlen (preparaten) är också entydigt bestämda genom att de anges enligt sina kemiska substansnamn eller i vissa enstaka

fall som t ex cannabis har särskilda definitioner.

Enklaste sättet att analysera det straffbara gärningsområdet torde vara att undersöka vad som kan hända med en narkotikamolekyl eller någon annan liten mängd narkotika från dess tillblivelse över olika former av handhavande, till konsumtion, elimination och slutligen förstörelse, samt vilka av dessa händelser som är gärningar och kan straffbeläggas. Detta blir en beskrivning av vad som sker innan, under och efter det att någon "missbrukar" narkotika.

Beskrivningen bör kunna göras entydig eftersom en enskild molekyl eller någon annan mindre mängd narkotika vid varje tidpunkt befinner sig i någon fas i hanteringskedjan. De olika faserna kan också avskiljas från varandra förhållandevis skarpt med klara avgränsningar. Därmed bör gränsdragningsproblem kunna undanröjas.

Endast gärningar, dvs aktiva handlingar, bör straffbeläggas. Underlåtenhet att handla eller ingripa är vanligtvis svår att straffbelägga.

Lagstiftningen bör vara praktiskt tillämpbar. Den bör inte heller i allt för stor utsträckning vara avhängig av om det i dagsläget finns tekniska hjälpmedel, t ex apparatur för rättskemisk analys eller dylikt.

1. Tillblivelse (produktion)

Narkotika kan erhållas genom "naturlig produktion", dvs finnas som en naturligt förekommande beståndsdel i någon växt, t ex opium, cannabis, coca, peyotl och psilocybinsvamp.

Vissa narkotika är halvsyntetiska, dvs framställs genom förädling av någon substans ur en växtprodukt, t ex heroin ur morfin.

Andra narkotika framställs helt syntetiskt, dvs genom kemiska laboratorieprocesser från handelskemikalier. Exempel på detta är syntetiska centralstimulantia (amfetamin m fl), LSD, PCP m fl.

I vissa fall kan samma substans framställas på båda sätten. Referenssubstans för laboratorieanalyser framställs vanligen genom syntes för att säkerställa renheten.

Framställning av narkotika är straffbar enligt narkotikastrafflagen. Med den nya lydelsen har också det straffbara området utvidgats till att omfatta en del gärningar som tidigare inte räknades in, t ex odling av cannabis.

2. Distribution

En del narkotika konsumeras mycket snart efter sin tillblivelse, t ex genom att den tillvaratages och nyttjas på platsen. I Sverige är detta dock ett undantag. Det finns i vårt land vanligen ett distributionsmoment (ompackning, förflyttning, "insmuggling", uppdelning, försäljning eller överlåtelse) före konsumtionen. Sådana gärningar är straffbara enligt narkotikastrafflagen och någon gång enligt varusmuggningslagen. Detta område har också av lagstiftaren tillmätts avgörande betydelse eftersom narkotikastrafflagen gjort överlåtelsebrottet till det centrala brottet.

3. Innehav

Innehav av narkotika tolkas enligt svensk rättspraxis i civilrättslig mening, dvs individen skall vara ägare till narkotikan eller ha annat liknande förfogande över denna.

Den rättsliga tolkningen av begreppet "innehav" skiljer sig från den vardagliga. Enklast förstås detta mot bakgrund av traditionella förhållanden. Innehavs-brottet har definierats huvudsakligen som ett komplet till överlåtelsebrottet för att ge möjligheter att ställa en person till ansvar i de fall då han påträffas med stora mängder narkotika men något överlåtelsesyfte inte kunnat styrkas.

En rad förfaranden kring konsumtionen av narkotika räknas *inte* som innehav:

att handhava små mängder (någon dos) i samband med konsumtionen, t ex att stoppa en haschpipa eller ladda en spruta,

att låta en preparerad pipa eller spruta vandra runt,

att tillföra sig själv narkotika genom olika metoder som rökning, snusning, injektion eller nedsväljning, eller

att vara påverkad av narkotika.

Utöver gärningen "innehav" av narkotika finns alltså ett område som lagstiftaren inte straffbelagt. Det är ur denna observation som kravet på att "missbruk" av narkotika skall straffbeläggas vuxit fram.

4. Annat handhavande - befattning

Vissa gärningar kring konsumtionen av narkotika räknas *inte* som innehav. Gemensamt för dem alla är:

att missbrukaren (aktören) har någon form av fysisk kontroll över narkotikan, dvs kan avgöra hur den skall användas eller till och med förstöra den om han så skulle önska,

att handhavandet har stor betydelse för spridningen av narkotika till noviser, dvs för rekryteringen av nya missbrukare, samt,

att förfarandena har stor betydelse för det aktiva missbruket och framkallandet av den åstundande berusningen (påverkan på centrala nervsystemet).

Som ett skarpt kriterium för alla dessa förfaranden kan följande *destruktionskriterium* definieras: *handhavande av narkotika föreligger när någon har sådan fysisk kontroll över narkotika att han kan förstöra (destruera) denna.*

Förstörande är varje process som gör narkotikan obrukbar för rus- eller intoxicationsändamål, t ex förbränning, kemisk omvandling, bortkastande, utblandning med andra medel, utspädning (t ex genom bortspolande i avloppet).

Som benämning på denna gärning kan då uttrycket "*olovligt handhavande*" alternativt "*olovlig befattning*" användas.

Det blir med denna definition möjligt att avgränsa olovligt handhavande av narkotika som en särskild straffbar handling. Med denna definition knyts straffbarheten till den fysiska kontrollen av narkotikan och blir inte avhängig eventuella uppsåt. An viktigare är emellertid att denna avgränsning av det straffbara området gör att det inte kan förekomma någon hantering, befattning eller annat handhavande av illegal narkotika utan att åtminstone någon person är juridiskt ansvarig, vilket faktiskt kan ske idag! Så länge någon person alltså handhar narkotikan kan han påverka i vilken utsträckning fara skall framkallas samt vad som slutligen skall ske med narkotikan. Handhavandet kan därför inte avfärdas som något som enbart är konsumentens-missbrukarens ensak och bara en självskadande verksamhet.

Med ett straffbeläggande av själva handhavandet undanröjs också det egenartade förhållandet att det

endast är tillåtet att handha och använda ("bruka") narkotika för vetenskapliga eller medicinska ändamål men att det för närvarande inte är straffbart att göra det för andra ändamål.

För opinionsbildningen mot narkotika och för förklaring av gränserna för narkotikalagstiftningen har en sådan avgränsning också klara fördelar. Det blir enkelt att förklara för ungdomar och andra att det är straffbart blott och bart att "ta i narkotika".

5. Tillförsel (administration)

Tillförseln (administrationen) är den process som tillför narkotikan till människokroppen på ett irreversibelt sätt och som gör narkotikan biologiskt tillgänglig, dvs så att den kan åstadkomma någon viss påverkan på någon process i människokroppen. Vanligtvis sker detta i missbrukssyfte, dvs för att åstadkomma påverkan på centrala nervsystemet (rus).

Administrationen kan ske på två huvudvägar:

Autoadministration (självadministration), då individen själv tillför sig narkotika. Detta förfarande rymms inom definitionen ovan av olovligt handhavande, eftersom en individ kan förutsättas ha sådan kontroll över narkotikan att han kunnat förstöra den som alternativ till att själv inta denna.

Xenoadministration (av grek xenos=främling), då någon annan person tillför narkotikan. Xenoadministration förekommer först och främst i de fall någon novis introduceras i missbruket. Aktör och påverkad person är här olika. Att bli utsatt för xenoadministration är således inte en gärning.

I några fall av xenoadministration måste tillförselsättet tillmätas viss betydelse för frågan om den person

som blir tillförd narkotika skall anses ha medverkat i en straffbar gärning enligt det ovan angivna "destruktionskriteriet". De administrationsätt som idag förekommer är:

Nedsväljande (oral administration): i detta fall har individen möjlighet att spotta ut narkotikan i stället för att svälja denna och har därmed möjlighet att hindra tillförseln samt även mer eller mindre förstöra narkotikan. Detta rymms då under "handhavande".

Snusning (indragande genom näsan): i detta fall har individen möjligheten att blåsa ut narkotikan (pulvret) i stället för att inhalera det. Detta faller också under handhavande.

Rökning eller annan inhalation (av cigarett, pipa eller annat instrument): i detta fall har individen möjligheter att blåsa ut i stället för att inhalera. Även detta kan räknas som handhavande.

Injektion (vanligen intravenöst): detta är veterligen det enda fallet där en individ medvetet kan bli tillförd narkotika och därmed narkotikapåverkad utan att ha aktiv del i någon straffbar gärning. I de ytterst få fall där en person mot sin vilja tillföres narkotika (t ex enligt myten i massmedia om sprutan i tunnelbanan) torde det framgå av omständigheterna att den berörda personen inte haft någon del i vad som inträffat.

6. Biologiskt aktiv förekomst

Den biologiskt aktiva förekomsten skiljer sig från de fall då särskilt förpackad narkotika döljs i olika kroppshåligheter eller i mag-tarm-kanalen. Avsikten är då att narkotikan skall kunna återtagas för annan användning. Den biologiskt aktiva förekomsten av narkotika kan i många fall påvisas genom rättskemiska analyser

av olika kroppsvätskor (mag-tarminnehåll, blod, urin, osv). Den biologiskt aktiva förekomsten är en förutsättning för att uppnå den avsedda påverkan på centrala nervsystemet (ruset). Biologiskt aktiv förekomst av narkotika i människokroppen är inte en gärning utan ett tillstånd. Denna fas i narkotikans väg kan därför inte straffbeläggas.

7. Berusning (intoxikation)

Intoxikation (berusning i vidare betydelse) är det i missbrukssammanhang eftertraktade resultatet. Tidsmässigt och praktiskt rymms denna fas helt inom nr 6: biologiskt aktiv förekomst. I praktiken fordras dessutom att vissa koncentrationer uppnås i hjärnan.

Noga analyserat påvisar positiva prover inte berusning i sig utan endast biologiskt aktiv förekomst av narkotika eller omsättningsprodukter (metaboliter). Detta har betydelse främst vid påverkan av hasch, då de aktiva metaboliterna av den verksamma beståndsdelen delta-9-tetrahydrocannabinol kan påvisas under lång tid efter det att berusningen upphört. Berusningen är inte heller någon gärning och kan därför knappast straffbeläggas utom i särskilda situationer (vägtrafik, sjöfart, luftfart mfl). I sådana fall är den straffbelagda gärningen att köra bil och dylikt under påverkan.

8. Omsättning (metabolism)

Många typer av narkotika bryts ner biokemiskt i kroppen till mindre molekyler. Andra (t ex morfin) passerar helt intakta. Omsättningen (metabolismen) sker automatiskt och kan inte påverkas av missbrukaren. Den kan därför inte räknas som en gärning.

9. Utsöndring (elimination)

Narkotikan eller dess omsättningsprodukter (metaboliter) lämnar kroppen genom vanliga fysiologiska processer. Eliminationen är därför inte en gärning som har med narkotika att göra.

10. Avfall

Efter eliminationen blir, så när som på något enstaka exotiskt undantag, narkotikan till avfall.

Kriminalisering av "missbruk av narkotika"

Missbruk av narkotika kan, som både Världshälsoorganisationen och narkomanvårdskommitten gjort, definieras som icke-medicinsk användning av narkotika. Företeelsen omfattar i praktiken följande fyra steg i ovanstående analyschema: handhavande, administration, biologiskt aktiv förekomst samt berusning (intoxikation).

Handhavandet av narkotika är en praktisk förutsättning för missbrukets genomförande. Administrationen är det irreversibla steget. Den biologiskt aktiva förekomsten är ett farmakologiskt nödvändigt mellansteg. Berusningen (intoxikationen) är det åstundande eller avsedda tillståndet. Begreppet "missbruk" kommer därför att täcka en rad olika faser av vilka endast två kan betecknas som gärningar.

För lagstiftningsändamål blir det tydligare om begreppet "missbruk av narkotika" ersätts med en ny brottsrubricering: "olovligt handhavande av narkotika" eller "olovlig befattning med narkotika". Med det ovan definierade destruktionskriteriet knyts det straffbara gärningsområdet till den fysiska kontrollen över

narkotikan och blir inte avhängig eventuella uppsåt. Det bör inte heller möta några principiella hinder att straffbelägga en sådan gärning eftersom narkotika endast får användas för vetenskapliga eller medicinska ändamål (narkotikaförordningen respektive allmänna narkotikakonventionen). Inga legitima intressen äventyras vid en kriminalisering av "handhavandet".

I praktiken blir resultatet av ovanstående förslagsdetsamma som av att straffbelägga själva administrationen. Enda undantaget utgörs av xenoadministration med injektion utförd av någon annan person. Även om man kriminaliserar "tillförseln" (in i människokroppen) kan man inte bestraffa individen i den situation som uppstår då någon blir tillförd narkotika genom injektion eftersom individen själv inte utför någon aktiv handling. En kriminalisering av själva administrationen-tillförandet är dock idag svårare att få gehör för eftersom den uteslutande betraktas som en självskadande verksamhet och dylika inte bestraffas i västerländsk rätt.*

* *Aninärkning*: En annan fråga, som hör nära samman med ovanstående, rör straffbeläggande av de osjälvständiga giirningsformerna (förberedelse, försök, medverkan och stämpling) till innehav och befattning. Av särskilt intresse är den medverkan som sker när en person blir tillförd narkotika av någon annan. Mottagarens medgivande eller acceptering är avgörande för om han skall bli tillförd narkotikan och påverkad av denna. Frågan rymmer en rad delproblem som bör utredas särskilt i avsikt att finna en konstruktion av lagstiftningen som gör det möjligt att bestraffa även ovan nämnda medgivanden.

Nils Bejerot och Jonas Hartelius

Motåtgärder

— ett tjugofempunktsprogram

Pusselbitarna har länge funnits för ett samlat narkotikapolitiskt åtgärdsprogram. Ett par decenniers debatt har medfört att många föreslagna åtgärder har godtagits och realiserats. Ett problem har varit att många andraförslag inte uppfattats som "politiskt gångbara". De nödvändiga åtgärderna är inte särskilt uppseendeväckande. De har brett stöd i folkligt medvetande, forskningsrön och internationell erfarenhet och rymms samtliga inom den västerländska rätts- och välfärdstraditionen. Tillsammans utgör de en "svensk modell" och en allmänt tillämpbar strategi för hur massmissbruk av narkotika bör bekämpas.

Vi står inför en stor utmaning. Under efterkrigstiden har inget västland förmått tränga tillbaka narkotikamissbruket. En fungerande "svensk modell" skulle kunna bli en sporre för det internationella kontrollsamarbetet inom narkotikaområdet och ett välbehövligt alternativ till det kapitulationstänkande som nu florerar i många länder.

Nedan lämnar vi tjugofem förslag till angelägna åtgärder för statsmakternas samlade program; sammantagna vänder de med visshet narkotikautvecklingen. Särskilt viktigt är att skapa praktiskt användbara instrument, dvs lagregler som är användbara för dem som skall arbeta med narkotikamissbruket ute i samhället. Det är här som de narkotikapolitiska principerna omsätts i resultat.

- Vårt tjugofempunktsförslag
- leder till tidigare och mer verkningsfulla ingripanden mot narkotikamissbruk och narkotikabrottslighet,
 - ökar den sociala kontrollen över narkotikamissbrukarna,
 - täpper till väsentliga luckor i narkotikalagstiftning, rättspraxis och påföljdssystem, samt
 - återför kontrollen över den lokala narkotikautvecklingen till folkligt förankrade, demokratiskt valda nämnder.

Ändringar i narkotikalagstiftningen

Narkotikalagstiftningen, främst narkotikastrafflagen, är samhällets viktigaste juridiska instrument i kampen mot narkotikamissbruket. Fortfarande finns dock viktiga luckor som måste täppas till.

1. Straffbelägg "olovlig befattning med narkotika"

I narkotikastrafflagen straffbeläggs "olovlig befattning med narkotika" för att täcka de förfaranden som idag inte räknas som innehav. Som avgränsning bör gälla att olovlig befattning skall anses föreligga när en person har sådan fysisk kontroll över narkotikan att han kan förstöra den eller förhindra att den tillförs.

För denna utvidgning av det straffbara gärningsområdet talar en rad erfarenheter som visat att det idag inte är möjligt att ställa de enskilda missbrukarna till ansvar i många situationer som har stor betydelse för fortsatt missbruk och för spridningen av missbruket.

2. Brottsrubriceringen "narkotikaförseelse" slopas

Brottsrubriceringen "narkotikaförseelse" (narkotikastrafflagen 2§) bör avskaffas och varje form av olovlig

befattning med narkotika bör bedömas som narkotikabrott. För en sådan ändring talar bl a följande omständigheter:

- a. strafföreläggande kan ej längre användas,
- b. personundersökning blir möjlig i det enskilda fallet och schablonmässig bedömning av brottet och gärningsmannen kan undvikas,
- e. det blir möjligt att vid varje överträdelse av narkotikastrafflagen genomföra husrannsakan eller att använda andra processuella tvångsmedel som t ex kroppsvisitation,
- d. mer differentierade och verksamma påföljder än bara böter kan i princip utdömas för de enskilda missbrukarnas olovliga innehav av eller befattning med narkotika, samt
- e. en skarpare påföljd än böter kan utdömas vid upprepade små innehav.

3. Förberedelse och andra osjälvständiga gärningsformer till "innehav" och "befattning" kriminaliseras
De osjälvständiga gärningsformerna (försök, förberedelse, medverkan och stämpling) till innehav av och befattning med narkotika görs straffbara. Därmed blir det möjligt att ingripa i en rad situationer och händelser, t ex att en grupp samlar ihop pengar för att gemensamt finansiera narkotikainköp som ombesörjs av en medlem i gruppen.

4. Inskränkningarna i narkotikastrafflagen slopas

Idag finns en rad inskränkningar eller andra särskilda förutsättningar i narkotikastrafflagen. De säger att narkotika skall framställas *för missbruksändamål*, förvärvas *i överlåtelsesyfte*, anskaffas mm utan att vara avsett *för eget bruk*, för att gärningen skall vara straffbar.

Detta leder till komplicerade bevisfrågor. Dessa inskränkningar bör avskaffas. Straffbarheten bör avse själva förfarandet och inte mer eller mindre dunkla uppsåt.

5. Rekvisiten för grovt narkotikabrott vindras

Rekvisiten för grovt narkotikabrott (narkotikastrafflagen 3§) ändras till vad som gällde före den 1 juli 1981. De nuvarande bestämmelserna om att "bedömningen skall grundas på en sammanvägning av omständigheterna i det särskilda fallet" har visat sig leda till att en del fall, som tidigare skulle betraktas som grovt narkotikabrott, idag betraktas enbart som narkotikabrott.

6. Narkotikaförteckningarna 4 och 5 iii ei: Irs till en särskild ps ykotroplagsliftning

Narkotikaförteckningarna 4 och 5 upptar en rad läkemedel som sömnmedel och medel mot ångest och oro. De utgör inte narkotika i klassisk mening. Enda anledningen till att de intagits i de svenska narkotikaförteckningarna är att socialstyrelsen med denna åtgärd (1972, 1974) önskat få bort distinktionen mellan den "epidemiska" och den "terapeutiska" typen av narkotikamissbruk. Sverige är veterligen det enda landet som uppfört denna typ av medel på narkotikaförteckningarna. Dessa läkemedel bör överföras till en särskild psykotroplagstiftning. I recepthänseende bör inga förändringar göras.

Det viktiga med den föreslagna ändringen är att narkotikabegreppet behålles distinkt, missbruksformerna inte blandas samman och att vanliga patienter inte oroas i onödan.

7. Kokain och fencyklidin överförs till narkotikaförteckning 1

Narkotikaförteckning 1 upptar de medel som är särskilt farliga i missbrukshänseende och som saknar medicinskt berättigande. Hit räknas bl a LSD, heroin och cannabis.

Fencyklidin (PCP, "ängladamm") och kokain saknar idag medicinskt berättigande. Fencyklidin är helt utmönstrat ur medicinsk praxis. Kokainanvändningen är ytterst begränsad och avser främst användning som lokalbedövningsmedel. För detta ändamål kan det ersättas av Xylocaine eller andra beredningar. Tidigare har regeringen genom att totalförbjuda medel som Preludin även för medicinska ändamål markerat att det varit viktigare att få stopp på missbruket än att tillmötesgå medicinska behov som kan tillgodoses på annat sätt.

Avsikten med att föra över fencyklidin och kokain från narkotikaförteckning 2 till narkotikaförteckning I är att skärpa den juridiska bedömningen vid straffmätningen av dessa medel. Idag bedöms enligt Högsta Domstolen kokain som "något farligare" än amfetamin. Kokainet skulle i och med den föreslagna ändringen jämföras med heroin i farlighetshänseende. Fencyklidinmål har ännu inte förekommit i Sverige. För det internationella narkotikasamarbetet skulle ett svenskt initiativ ha stor betydelse. Utmönstrandet av kokain ur medicinsk praxis skulle betyda att producentländerna i Sydamerika inte kan hänvisa till att cocabusken odlas för "medicinska behov".

8. Särskild lagstiftning införs inot "knarkattiraljer"

Efter amerikansk förebild införs i särskild lagstiftning förbud mot försäljning av sk "knarkattiraljer" (engel-

ska "paraphernalia") såsom haschpipor och -vågar samt föremål med narkotikabudskap.

9. Handläggningen av narkotikamål påskyndas

Alla narkotikamål, även de som rör innehav av och befattning med mindre mängder, bör behandlas med förtur. Med en snabbare handläggning nås betydande fördelar: pedagogiska genom att rättegång och dom kommer snabbare och administrativa genom att andra åtgärder som kan bli aktuella, t ex körkortssindragning, kan komma i direkt anslutning till brottet. Slutligen undanröjs det märkliga förhållandet att försvaret idag ofta baseras på att det gått så lång tid sedan gärningen begåtts, att missbrukaren nu hävdas ha upphört med sitt missbruk, blivit en skötsam person etc.

Behandling och påföljder

Idag saknas ändamålsenliga påföljder för missbrukare och en fungerande behandlingslagstiftning. Detta gör att ingripanden mot narkotikamissbrukarnas beteende ofta inte får avsedd verkan.

10. Ny behandlingslagstiftning införs för vuxna missbrukare

En helt ny behandlingslagstiftning för vuxna missbrukare införs efter Alternativutredningens förslag från 1981. Det bygger på den gamla nykterhetsvårdslagen och utgör ett detaljerat förslag till hur lagstiftningen bör se ut, från indikationer för ingripande till differentierade insatser. I förhållande till den nuvarande Lagen om vård av missbrukare (LVM) medger Alternativutredningens förslag tidigare och mer graderade och individuellt anpassade åtgärder.

11. Lagen om vård av unga ändras

Lagen om vård av unga (LVU) behöver modifieras på en rad punkter i enlighet med Alternativutredningens förslag (1981). De viktigaste är att möjligheter skapas till föreskrifter och övervakning, att åtgärder får sättas in utan den unges samtycke samt att bestämmelserna om ålder och vårdtider ändras till dem som fanns i den gamla barnavårdslagen.

12. Metadonprogrammet fryses

Det svenska metadonprogrammet fryses. Alla nyintagningar stoppas. Samtliga patienter överförs till Ulleråkers metadonprogram, som avvecklas i den takt som patienterna lämnar programmet.

13. Nya påföljder utvecklas för missbrukare

Dagens påföljder, böter och fängelse, är inte särskilt ändamålsenliga för narkotikamissbrukare. Nya påföljder måste utvecklas. De bör bygga på villkorliga fängelsedomar men kunna ålägga missbrukaren att styrka fortsatt drogfrihet med urinprov, att följa distinkta föreskrifter alternativt ge missbrukaren möjligheter att i stället utföra samhällstjänst eller ingå kontrakt om behandling på någon godkänd institution. Om missbrukaren återfaller i brott eller ej iakttagit föreskrifterna upphävs arrangemangen och missbrukaren får avtjäna det utdömda fängelsestraffet. Avgörande är att det i samtliga behandlingsarrangemang skapas möjligheter till övervakning och kontroll av missbruksfrihet med hjälp av urinprov eller andra objektiva metoder.

14. Kriminalvården görs drogfri

Kriminalvården, både inom anstaltsvården och frivården, görs helt fri från drogmisbruk. För att nå detta

mål användes urinprov. Drogfrihet görs till en absolut förutsättning för permissioner och andra förmåner, inklusive villkorlig frigivning. Vid narkotikapositiva urinprov förverkas varje gång förslagsvis en månad av den villkorliga frigivningen.

15. Pass dras in vid narkotikabrott

Eftersom narkotikabrottsligheten har så intima internationella förbindelser och huvudparten av den narkotika som missbrukas i Sverige smugglas in i landet bör passet dras in minst ett år vid narkotikabrott och varusmugglingsbrott avseende narkotika.

16. Körkortslagen ändras

Narkotikamissbrukare utgör, både i påverkat och nyktertillstånd, en betydande fara för sig själva och andra i trafiken. Lagstiftning och praxis i körkortsärenden bör ändras så att körkortet regelmässigt återkallas ett år respektive lämplighetsintyg försenas med ett år vid narkotikabrott.

17. Narkotikamissbrukare och narkotikabrottslingar utesluts från viss högre utbildning

Idag förekommer grava narkotikamissbrukare och narkotikabrottslingar som studerande vid vissa högskolelinjer som skall leda fram till ansvarsfulla poster där man kan handha narkotika. Narkotikamissbrukare och narkotikabrottslingar skall uteslutas, dvs avskiljas från pågående utbildning respektive förvägras tillträde till utbildning inom juridik, polis- och tullväsende, hälso- och sjukvård, socialt arbete, kriminalvård och andra människovårdande arbeten. Att som förekommer idag anlita narkotikamissbrukare som daghemspersonal, fosterföräldrar etc är oförsvarligt.

*18. Möjligheter tillföreskrifter in in införs
i lagen om allmän försäkring*

I lagen om allmän försäkring (AFL) införs bestämmelser som gör det möjligt att föreskriva som förutsättning för sjukpenning, sjukbidrag eller pension att missbrukaren fullgör viss behandling. Avbrott av sådan behandling bör kunna leda till att missbrukaren förlorar förmånen eller att denna utbetalas till annan, t ex till anhörig eller god man för utportionering.

19. LSPV ändras

Lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård (LSPV) bör ändras så att narkomaniindikationen (1 § a) utmönstras och i stället överförs till en social behandlingslagstiftning enligt Alternativutredningens förslag. För att återupprätta rättssäkerheten återinförs ansökningsförfarandet enligt tidigare bestämmelser, så att det klart anges vilka personer och instanser som har rätt att initiera en psykiatrisk undersökning oaktat vederbörandes samtycke.

*20. Fristående rutiner skapas för utvärdering
av behandling*

Alla behandlingsprogram som har statlig eller kommunal huvudman eller som uppbär statliga eller kommunala bidrag till driften skall underkastas fristående utvärdering. Denna utförs efter standardiserade kriterier där frihet från missbruk och kriminalitet tillmäts avgörande betydelse. Utvärderingen utförs i enlighet med god internationell vetenskaplig praxis och förankras vid en akademisk institution. Samtliga behandlingsresultat görs offentliga.

Kontrollen över missbruksutvecklingen

Kontrollen över missbruksutvecklingen måste skärpas och återföras till folkligt valda organ.

21. Lokala fmissbruksnämnder inrättas

Lokala missbruksnämnder inrättas i varje kommun och i de större kommunerna i varje kommunedel. Nämnderna ges samma befogenheter som de gamla nykterhetsnämnderna hade och dessutom ett samlat ansvar för missbruk av narkotika, läkemedel och organiska lösningsmedel (s k "sniffning"). Motivet för denna grundläggande förändring av förvaltningen av missbruksfrågorna är att missbruksutvecklingen måste ställas under direkt folkligt, demokratiskt inflytande via valda kommunalpolitiker som företräder andra intressen än anställda utredare och behandlare.

22. Lokala handlingsprogram mot narkotika utarbetas

Varje kommun skall utarbeta ett eget lokalt handlingsprogram mot narkotika. Det program som Ulrich Hermansson utvecklat för Upplands Väsby kommun har varit banbrytande och bör tjäna som riktmärke för andra kommuner. I programmen eftersträvas att insatserna samordnas och utformas så att de leder till tidiga och verkningsfulla ingripanden mot narkotikamissbruk.

23. Centralt register skapas över narkotikamissbrukare

Ett centralt statistiskt–vetenskapligt register skapas över narkotikamissbrukare. Ett sådant register kan, som Världshälsoorganisationens expertgrupp för narkotikafrågor (1973) påpekat, vara ett mycket använd-

bart instrument för att kontrollera missbruksutvecklingen samt för att utvärdera behandlingsresultat inom missbrukarvården och kriminalvården.

Skyldighet att rapportera enskilda fall till registret bör föreligga för samtliga statliga och kommunala myndigheter (utom för läkare i de fall då missbrukaren undergår behandling för sitt missbruk) samt för behandlingsinstitutioner som har bidrag från stat eller kommun. Registret bör förläggas till socialstyrelsen. Individuella uppgifter bör inte få lämnas ut ur registret. För att klara utvärderingsarbetet bör detta skötas av registerhållaren, som måste ha erforderlig vetenskaplig kompetens.

24. Centralt register skapas iire r recept på beroendeframkallande läkemedel

Ett sådant register föreslogs redan av Narkomanvårdskommitten (SOU 1969:52) för att få fortlöpande kontroll över förskrivningen av beroendeframkallande läkemedel. Registret är ägnat att motverka att enskilda läkare skriver ut recept i stid med vetenskap och beprövad erfarenhet samt att patienter genom att vända sig till flera läkare kommer över allt för stora mängder läkemedel för missbruksändamål. För att förebygga och hantera den terapeutiska typen av missbruk är ett sådant register synnerligen angeläget. För klassiska narkotika förs ett register av denna typ i Norge sedan 1972.

25. Sekretesslagen ändras

Sekretesslagen ändras så att myndigheternas samarbete i enskilda missbruksärenden inte hindras.

Utöver dessa specifika förslag är det lämpligt att utbildningen i missbruksfrågor utvidgas väsentligt för olika kategorier av berörda befattningshavare samt att den ges en bättre vetenskaplig och klinisk-empirisk förankring än vad som hittills varit fallet.

I Sverige har vi nu trettio års grova felbedömningar och försummelser att ta igen inom missbruksområdet. Med en insiktsfull, realistisk och målmedveten narkotikapolitik och socialpolitik bör vi inom samma tidsrymd kunna återföra missbruksproblemen till den hanterliga nivå de hade i landet före den 1 oktober 1955, då motboken avskaffades. Det är en lång väg att gå, men den långa marschen är ändå inledd. Det krävdes en ekonomisk kris för att besinningen skulle infinna sig och de liberalistiska och socialromantiska dimmorna skulle skingras över den sociala misären.

Ordförklaringar

Avgiftning: medicinska åtgärder i samband med uppträdande problem och besvär när en missbrukare tillnyktrar och bryter en missbruksperiod.

Avkriminalisering: 1. i Sverige: borttagande av alla påföljder (straff) för en viss gärning, 2. i USA och vissa andra länder: flyttande av bestämmelserna om påföljd för viss gärning från brottsbalk-straflag (motsv) till ordningsstadga-administrativ författning (motsv) och sänkning av straff i motsvarande grad; brott blir förseelse.

Behandling: åtgärd av annan än missbrukaren själv med syfte att förhindra eller begränsa ett missbruk. Behandling behöver inte bara omfatta medicinsk och psykiatrisk vård utan kan även bestå i social kontroll, övervakning, kriminalvård. m m.

Beroende (drogberoende): enligt Världshälsoorganisationens (WHO:s) definition: ett "tillstånd karakteriserat... av ett tvång att ta medlet kontinuerligt eller periodvis för att erfara dess psykiska effekter". Beroendet är den psykiska motorn i det fortsatta missbruket.

Cannabis: definieras enligt svensk lag (SFS 1974:712) som "de ovanjordiska delarna av varje växt av släktet Cannabis (med undantag av frön) från vilka hartset icke blivit extraherat". Här bör noteras att uttrycket "cannabis" ofta också används som samlingsnamn för samtliga narkotikaklassade beredningar av Cannabis-växten.

Cannabis Sativa L: Cannabis-växten, på svenska ofta kallad "indisk hampa" eller bara "hampa".

Cannabisharts: definieras enligt svensk lag (SFS 1974:712) som "det från cannabisväxten insamlade hartset antingen obehandlat eller renat". Vanligen benämnes cannabisharts "haschisch" eller bara "hasch".

Centralstimulantia (syntetiska): medel med kraftigt vakenhetshöjande och stimulerande effekter, t ex amfetamin.

"Drog": populär benämning för beroendeframkallande medel, dvs farmakologiskt aktivt ämne som påverkar hjärnans funktioner, särskilt varseblivning, vilje- och känsloliv samt vakenhet. Hit räknas bl a alkohol, narkotika, vissa läkemedel, organiska lösningsmedel ("Cthinner" mfl), nikotin, narkosgaser, koffein och många andra ämnen. Dessa medel varierar kraftigt i sina effekter och sina skadeverkningar men är alla i någon grad lust- eller rusframkallande genom att påverka kemiska processer i hjärnan.

Duration: varaktighet, lånvarighet.

Epidemi: massfenomen; inom en viss befolkning, ett visst område och en viss tidrymd påtagligt stegrad frekvens (förekomst) av en viss sjukdom, missbildning eller annan företeelse jämfört med gängse förhållanden. Det vetenskapliga epidemibegreppet utsäger således inte något om smittsamhet utan endast om frekvens.

Epidemiologi: den vetenskap som studerar utbredningen av sjukdomar eller tillstånd i en befolkning och de faktorer som påverkar denna utveckling.

Expansion: utbredning, utvidgning, ökning.

Fatal: olycksbringande, dödlig.

Hallucinationer: sinnesvillor, dvs sinnesförmimmelser orsakade av inre retningar utan förmedling av retning genom sinnesorgan; kan förekomma vid psykisk sjukdom men även under vissa drogrus eller under avgiftningsfas.

Hallucinogener: droger som ger kraftig påverkan främst på varseblivning och verklighetsuppfattning. Gruppen omfattar en lång rad naturliga ämnen (meskalin, psilocybin) och syntetiska (LSD, PCP, STP mfl).

Intagningssätt (administrationsseitt): sätt att tillföra en drog t ex genom att injicera i blodbanor eller under huden, röka, snusa, svälja osv. Intagningssättet har stor betydelse för intensiteten i rusupplevelsen och hastigheten i beroendeutvecklingen. Rökning och injektion i blodbanorna ger de snabbast insättande effekterna och störst risk för snabb beroendeutveckling.

Kokain: narkotika som framställs ur kokabusken *Errthruvlon Coca*. Vitt pulver som vanligen snusas. Kokain har en starkt stimulerande effekt. Det är den enda typ av narkotika som försöksdjur, exempelvis apor, självinjicerar till döds.

Konsekutiv: på varandra följande, i serie, t ex fall eller patienter som kommer till en mottagning.

Legalisera: att göra tillåtet, frisläppa, tex slopa straffsätser för en viss gärning som prostitution eller innehav av narkotika.

"Läckage": används här om läkemedel som ursprungligen har lagligt ursprung, t ex erhållits på recept eller utlämnats av sjukhus, men som sedan kommit på drift och i orätta händer.

Läkemedel: ämne eller beredning som faller under läkemedelsförordningen. Ett mindre antal läkemedel är också klassade som narkotika.

Massivitet: används här om trycket från omgivningen, t ex i fråga om förekomst av en viss sjukdom eller ett visst beteende. Vid stor massivitet eller massivt tryck från omgivningen är risken stor att individen påverkas, t ex blir sjuk eller anammar ett visst beteende.

Marijuana (maribuan(i)): torkade toppskott och blomdelar från *Cannabis Sativa L*, i svensk lag detsamma som "cannabis".

Metaboli omsättningsprodukt vid ämnesomsättning eller omvandling av främmande ämnen i kroppen.

Metadon: narkotikaklassat syntetiskt smärtstillande medel av opiattyp med lång omsättningstid. Det används ibland även för s k blockeringsbehandling av heroinmissbrukare.

Narkotika: ämne som finns upptaget i socialstyrelsens narkotikaförteckningar. Narkotika är numera uteslutande ett juridiskt begrepp och omfattar en lång rad syntetiska respektive naturliga ämnen. En del av dem har tidigare använts som läkemedel men tagits ur bruk till följd av de stora riskerna för missbruk eller skador.

Narkotikabekämpning: insatser, främst av tull och polis, för att upptäcka och beivra illegal hantering av narkotika.

Narkotikaberoende: (eng "drug dependence"): definieras enligt Världshälsoorganisationen (WHO) som "ett tillstånd, psykiskt och ibland också fysiskt, resulterande från interaktionen mellan en levande organism och en drog (alt narkotika), karakteriserat av förändringar i beteenden och på andra sätt som alltid innefattar ett tvång att ta medlet kontinuerligt eller periodvis för att erfara dess psykiska effekter och ibland för att undvika obehaget av dess frånvaro. Tolerans kan förekomma eller vara obefintlig. En person kan vara beroende av en eller flera droger." (WHO Tech Rep Ser 407, 1969).

Narkotikabrott: hantering av narkotika i strid med gällande författningar. Narkotikabrott finns i tre grader: narkotikaförseelse ("ringa narkotikabrott"), narkotikabrott samt grovt narkotikabrott. Avgörande för den juridiska bedömningen är bl a omfattningen, farligheten och hänsynslösheten. Så bedöms t ex olaglig försäljning strängare än innehav.

Narkotikakontroll: främst administrativ kontroll för att säkerställa att narkotika används endast för medicinska eller vetenskapliga ändamål, inte kommer på drift etc.

Narkotikamissbruk: definieras enligt SOU 196725 (sid 22) som "allt icke-medicinskt bruk av narkotika". Denna definition har således inget med förekomsten av narkotikaberoende, skador eller frekvens att göra utan åsyftar endast användningens relation till medicinsk praxis. All användning av narkotika i rusframkallande syfte är således "missbruk".

Narkotikamissbruk av epidemisk typ: narkotikamissbruk som sprids i gäng och grupper, från redan etablerade missbrukare till nybörjare genom personlig initiering och opplärning av tekniken att t ex injicera, snusa eller röka narkotika. Detta slag av missbruk, som i vardagslag brukar kallas "knarkande", är ofta kopplat till andra former av normbrott, exempelvis kriminalitet.

Narkotikamissbruk av terapeutisk (°medi(-insk°) typ: missbruk som uppkommit som en olycklig följd av vårdslös eller långvarig användning av narkotika inom sjukvården. Detta missbruk kallas ofta "läkemedelsmissbruk" och är sällan kopplat till kriminalitet eller andra normbrott. Narkomaner av denna typ brukar inte sprida missbruket till andra.

Narkotikapolitik: samhällliga åtgärder (lagstiftning, rättspraxis, polisiära insatser mm) som påverkar de narkotikaklassade medlens lättillgänglighet för icke-medicinsk användning. Liberal eller permissiv används synonymt för att beteckna en narkotikapolitik som -jämförd med angränsande period(er) - ökar de narkotikaklassade preparatens lättillgänglighet. Åtgärder av motsatt typ betecknas som restriktiva. En restriktiv narkotikapolitik kan vara repressiv men behöver inte vara det.

Opiater: narkotika som framställs från opiumvallmo, *Papaver Somniferwn*, t ex råopium, morfinbas, morfin och heroin, samt syntetiska ersättningsmedel för dem som petidin, ketobemidon och metadon.

Organiserad brottslighet: varaktig samverkan av flera för att bryta mot lagen för ekonomisk vinnings skull, vanligen genom tillhandahållande av illegala varor och tjänster, använ-

dande av olagligt tvång eller hot för övertagande av kontroll av legal affärsverksamhet och förstärkande genom användande av de uppkomna vinsterna till monopolisering och på sikt politisk korruption.

Prevention: förebyggande insatser.

Psykos (-reaktion): sinnessjukdom, tillstånd med förvrängd verklighetsuppfattning, vanföreställningar, ofta med inslag av förvirring, förföljelseideer, ångest och oro. Kan utlösas eller orsakas av narkotikamissbruk och benämnes då efter aktuellt missbruk amfetaminpsykos, cannabispsykos, kokainpsykos osv. Kan också vara en kortvarig reaktion i samband med ruset och benämnes då akut toxisk psykos, i vardagslag ofta "snedtändning". Även under avgiftningsfasen kan kortvariga psykos, delirier, förekomma.

Representativitet: betecknar här täckningsgrad i en studie eller ett urval, dvs förmågan att spegla förhållandena i en större grupp eller befolkning.

Repressiv: hämmande eller undertryckande.

Strategi: överordnad plan för hur en kamp, t ex mot narkotikabrottslighet eller annan fiende, skall föras i stort.

Symptom (ayntorn): ursprungligen: sjukdomstecken, flera även allmänt om t ex yttringar av eller tecken på en störning.

Syndrom: symptomkomplex, sjukdomsbild, "tillstånd".

THC: förkortning för delta-9-tetrahydrocannabinol, den psykoaktiva (rusgivande) substansen i cannabisberedningar.

Toxicitet: giftighet, styrkegraden av ett gift.

Tolerans: innebär här förmågan att tåla mer t ex av en drog. Omvänt betyder toleransutveckling att större doser måste tillföras för att samma eftertraktade effekt som tidigare skall uppnås. Förekommer vid upprepad tillförsel av vissa narkotika, särskilt markant för preparat av opiattyp. Fenomenet förekommer även vid missbruk av vissa sömn- och rogivande medel liksom vid missbruk av alkohol och lösningsmedel.

Litteratur

- Bejerot, C: Treatment Received by Ex-addicts, *British Journal of Addictions*, Vol 73, s 199—203, 1973.
- Bejerot, C & Bejerot, N: Missbruk, dödlighet och dödsorsaker, *Socialmedicinsk Tidskrift Vol 57*, s 51—59, 1980.
- Bejerot, N: *Narkotikafrågan och samhället*, Aldus/Bonniers, Stockholm 1968.
- Bejerot, N: *Addiction and Society*, Ch Thomas, Springfield Ill, 1970.
- Bejerot, N: *Narkotikamissbruk och narkotikapolitik*, Sobers Förlag AB, Stockholm 1975.
- Bejerot, N: *Missbruk av alkohol, narkotika och frihet*, Ordfront, Stockholm, 1978.
- Bejerot, N: *Missbruk och missförstånd*, Ordfront, Stockholm 1981.
- Bejerot, N, Candefjord, I L & Candefjord, J Å: *Omhändertagen i Humlegården*. Sobers förlag AB, Stockholm 1974.
- Bejerot, N & Hartelius, J: Hur farligt är kokain? *Alkohol och Narkotika*, Nr 8, 1983.
- Bewley, T, & Ben-Arie, O: Morbidity and Mortality from Heroin Dependence, 2: Study of 100 Consecutive Patients, *British Medical Journal Vol 1*, s 727—730, 1968.
- Block, E: Den organiserade brottslighetens styrka och sårbarhet, i *Organiserad och ekonomisk brottslighet— en översikt*, Verbum, Stockholm 1979.
- Brill, H & Hirose, T: The Rise and Fall of a Methamphetamine Epidemic: Japan 1945—1955, *Seminars in Psychiatry Vol 1*, s 179—194, 1969.
- Burroughs, W: *Naked Lunch*, Grove Press, New York 1959.
- Cohen, S: *Cocaine Today*, American Council on Marijuana, Rockville, Maryland 1981.
- Drug Dependence — Treatment and Treatment Evaluation*, Skandia International Symposia, Almqvist & Wiksell International, Stockholm 1975.
- Focus on Drug and Alcohol Issues* (temanummer om kokain), Vol 5, No 4, July—August 1982.
- Harney, M & Cross, J: *The Narcotic Officer's Notebook*, Ch

Thomas, Springfield, Ill 1961.

Hartelius, J: *Teorier om narkotikamisshandlingens etiologi – en vetenskapsteoretisk pilotstudie*, Göteborg: Avdelningen för vetenskapsteori, 1976 (stencil).

Hartelius, J: Cannabis – narkotikakonventioner, lagstiftning och lagstiftningsdebatt, *Läkartidningen* 73, 3879–3881, 1976.

Lind, J & Hartelius, J: *Kamp mot knark – narkotikapolitisk läsebok*, Norstedts, Stockholm 1982.

Lowinger, P: The Solution to Narcotic Addiction in the People's Republic of China, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, Vol 4, s 165–178, 1977.

Nahas, G G: *Hasch & Marijuana*, Norstedts, Stockholm 1981.

Narkomanvårdskommitten: *Narkotikaproblemet III: Sain-ordnande åtgärder*. Esselte, Stockholm 1969. (SOU 1969:52)

O'Donnell & J A-Ball, J C: *Narcotic Addiction*, Harper and Row, New York 1966.

Quinn, W F: Narcotic Addiction in Physicians, *Los Angeles County Medical Association Bulletin*, April 3, 1958.

Rikspolisstyrelsen/SPANARK-gruppen: Na kotikaspaning och underrättelseförfarande, Promemoria 1980-06-12 dnr C-420-6885/79.

Sveriges Läkareförbund: Cannabismisshandlingens medicinska effekter – detta bör vi veta om cannabis, *Läkartidningen* 74: 2 257–2 258, 1977.

Time Magazine: *Fighting Cocaine's Grip – Millions of Users Billions of dollars* (temanummer om kokain), April 11, 1983

United Nations: *Commentary of the Single Convention on Narcotic Drugs*, United Nations Publ no E.73X1.1, New York 1973.

World Health Organization Expert Committee on Drug Dependence, *Nineteenth Report*, WHO Tech Rep Ser No 526, Geneva 1973.

Åkerman, C A: *Legal narkotikadöd*, Sobers förlag AB, Stockholm 1978.

En avslutande kommentar

Den som upplever den här presenterade analysen som väsentligen riktig och de föreslagna åtgärderna som vettiga, humana och ändamålsenliga bör stödja Riksförbundet Narkotikafritt Samhälle, (RNS), som bildades 1969 för att arbeta för ett narkotikafritt samhälle samt att motverka icke-medi-

cinsk användning av beroendeframkallande preparat".

RNS verkar för en tvärvetenskaplig analys av narkotika-problematiken och för att på denna grund sprida upplysning och stimulera forskning samt förmå samhället att vidta ändamålsenliga åtgärder.

RNS ger ut tidskriften "Narkotikafrågan". Medlemsavgiften i RNS är 85 kr per år och inkluderar utkommande nummer. Prenumerationsavgiften är 40 kr för fyra nummer per år. RNS har sitt kontor på Rådmansgatan 31, 2 tr, 113 58 Stockholm. Tel 08-301857. Postgiro 409610-3.