

Svensk narkotikapolitik
– en narkotikapolitik baserad på mänskliga
rättigheter och jämlik hälsa



Svensk narkotikapolitik

– en narkotikapolitik baserad på mänskliga rättigheter och jämlik hälsa

Narkotikapolitiken i Sverige har ett starkt stöd över politiska blockgränser och därmed även ett starkt stöd hos allmänheten. Den är en naturlig del i den ANDT-strategi (alkohol, narkotika, dopning och tobak) som riksdagen beslutat om.

Innehåll

Fakta om Sveriges narkotikapolitik	3
Narkotikapolitiken är global och nationell	5
Frågor och svar om svensk narkotikapolitik	7
Varför har Sverige kriminaliserat eget bruk av narkotika?	7
Vilka insatser erbjuds personer med missbruk eller beroende i Sverige?	7
Hur används tvångsvård i Sverige och hur förhåller den sig till konventioner om mänskliga rättigheter?	8
Vad har Sverige för inställning till "harm reduction" eller skademinskning?	9
Hur ser Sverige på rättigheter för personer som missbrukar eller är beroende av narkotika?	9
Sverige rapporteras ha hög dödlighet bland personer som missbrukar eller är beroende av narkotika – varför är det så och vad tänker Sverige göra åt det?	10
Är svensk narkotikapolitik framgångsrik?	10
Varför bedrivs ett omfattande arbete mot cannabis i Sverige istället för att dela in narkotikan i "hårda och mjuka droger"?	10
Vad anser Sverige om tillgången till mediciner i världen?	11
Hur ser Sverige på situationen utanför Sverige i förhållande till produktions- och transitländer och deras utveckling?	11

Fakta om Sveriges narkotikapolitik

Sverige har sedan lång tid tillbaka och i politisk enighet haft en vision om ett narkotikafritt samhälle. Svensk narkotikapolitik är en del av folkhälso-politiken som syftar till att minska ojämlikhet i hälsa i befolkningen. Narkotikapolitiken bygger på en balanserad strategi där tillgångsbegränsning och efterfrågeminskning är likvärdiga beståndsdelar. Modellen fokuserar på förebyggande arbete, vård- och behandling, sociala insatser samt insatser för att förbättra hälsan hos personer med missbruk eller beroende. En samlad nationell strategi för alkohol, narkotika, dopning och tobak vägleder arbetet.

Bruk, missbruk eller beroende av narkotika

Cannabis är den mest använda illegala drogen. Trots det är användningen av cannabis i Sverige mycket låg i förhållande till genomsnittet i Europa (se diagram).

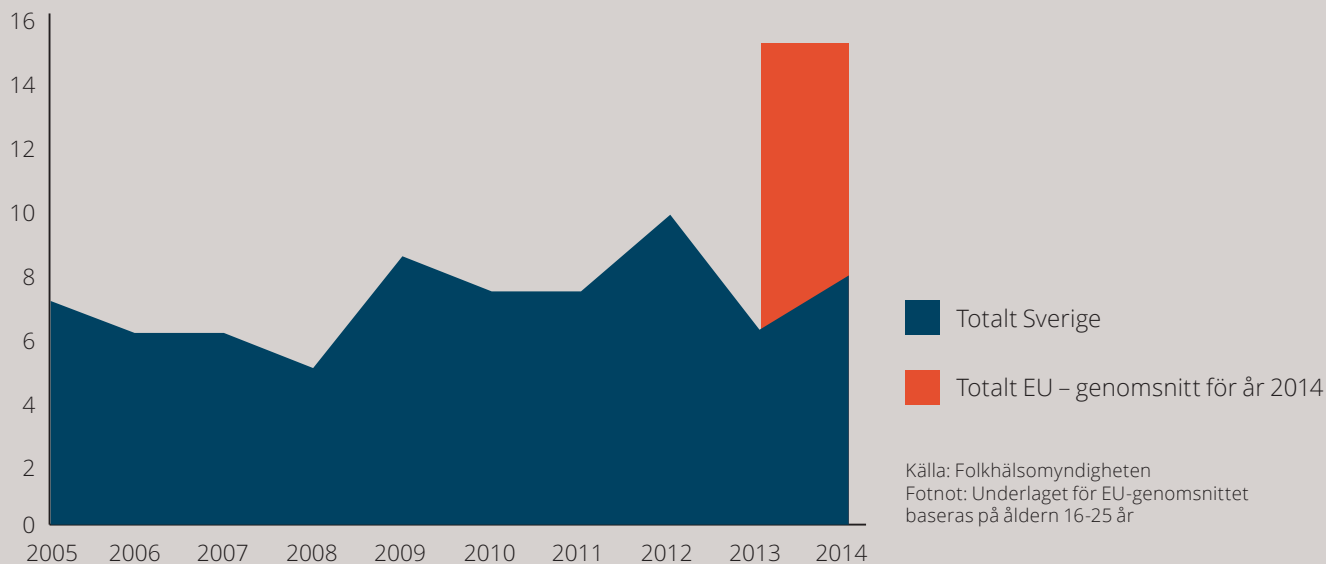
Uppskattningsvis är det 29 500 personer i Sverige som har utvecklat ett problematiskt bruk av narkotika. Antalet personer som injicerar droger uppskattas vara 8 000 personer. De som injicerar droger använder både heroin- och amfetaminbaserade preparat. I denna grupp är dödligheten hög och förekomsten av hepatit C vanlig. Däremot är förekomsten av HIV låg i internationella jämförelser.

Förebyggande arbete

Det förebyggande arbetet mot narkotika har utvecklats från småskaliga projekt och kampanjer till strukturerat lokalt arbete enligt utvärderade metoder. Utvärderingar sker löpande och metoderna förändras över tid. Effekterna av det förebyggande arbetet har resulterat i en relativt stabil och låg nivå av narkotikabruk hos unga.

Det förebyggande arbetet bygger ofta på tvärsektoriella insatser i skola, inom föreningsliv, socialtjänst, inom hälso- och sjukvård och psykiatri med mera. Målet är att stärka skyddsfaktorerna runt barn och vuxna. Arbetet kompletteras med riktade satsningar till personer och grupper i riskzon. För att begränsa användningen av narkotika samverkar även polis och socialtjänst kring insatser för att tidigt erbjuda socialt stöd.

Årsprevalens unga vuxna 16-24 år, Cannabis %



Nya psykoaktiva substanser

Antalet nya psykoaktiva substanser som sprids över internet har ökat under senare år. Samtidigt har klassificeringssystemet snabbats upp, och myndigheternas överblick och kunskap om försäljningsstrukturer och psykoaktiva substanser har förbättrats. Sverige är mycket aktiv i det gemensamma informationsutbytet i EU vilket leder till att även andra EU-länder tidigt får vetskap om nya substanser på marknaden. Som ett led i att ytterligare minska tillgången till nya psykoaktiva substanser har polis och tull idag möjlighet att ta substanser i beslag som kan komma att klassificeras som narkotika.

Vård och behandling för personer med missbruk eller beroende av narkotika

Huvudprincipen för vård och behandling för missbruk eller beroende av narkotika är frivillig medverkan. Kompletterande och tvingande skyddslagstiftningar finns att tillämpa om personen inte medverkar till frivillig vård och om denne riskerar att allvarligt skada sitt eller andras liv.

Idag erbjuder landsting och kommuner en rad olika vård- och behandlingsinsatser, från psykosociala till rent medicinska. Myndigheterna uppdaterar regelbundet kunskapsunderlaget över vilka insatser som är effektiva och evidensbaserade för att ge regionala och lokala aktörer vägledning.

Substitutionsbehandling är den vanligaste behandlingsformen för opiatberoende. Omkring 3 700 personer omfattas av substitutionsbehandling med såväl metadon som buprenorfin vid 114 verksamheter över hela Sverige. Personer som omfattas av Kriminalvårdens verksamhet har också rätt till behandling, såsom substitutionsbehandling och psykosocial behandling, på lika villkor som andra.

Av de som injicerar droger omfattas cirka 2 500 personer i Sverige av mottagningar där sprutor och kanyler delas ut. Mottagningarna finns på sex platser i landet. De är bemannade med medicinsk personal, men har även kopplingar till övrig sjukvård och kommunens socialtjänst som kan erbjuda vård och stöd. Syftet med mottagningarna är att nå en grupp personer som annars är svåra att nå, erbjuda insatser för att förbättra deras hälsa men också motivera till vård och behandling för missbruk eller beroende av narkotika.

Internationell samverkan

Narkotikaproblematiken är gränsöverskridande och därför krävs det gränsöverskridande lösningar. Dessa bör baseras på mänskliga rättigheter och rätten till största möjliga hälsa. Eftersom narkotikahanteringen ofta är en del av organiserad brottslighet behöver insatserna samordnas med andra länder och internationella organisationer. Sverige har idag ett

flertal avtal om samarbete med andra länder, ofta polis- och tullsamarbete, och deltar aktivt i internationella samarbeten.

Utmaningar

Dödligheten bland personer som använder droger i Sverige är hög men insatser för att förstå orsakssamband och kunna sätta in åtgärder i tid är under utveckling. En stor utmaning är också att utjämna de regionala skillnader som finns bland de insatser som idag erbjuds personer som missbrukar eller är beroende av narkotika.

Narkotikapolitiken är global och nationell

FN:s narkotikakonventioner och det globala ramverket

Inom FN-systemet finns flera konventioner¹ som ska tillgodose den medicinska användningen av psykoaktiva ämnen och samtidigt kontrollera att dessa ämnen inte kommer ut på den illegala marknaden. Konventionerna ska skydda hälsa och välfärd. För att uppnå hälsa och välfärd ska all illegal produktion, handel, försäljning och användning av narkotika kontrolleras och bekämpas.

Till 1961 och 1971 års konventioner finns listor med substanser som lyder under konventionerna. Flera viktiga aktörer garanterar att konventionernas följs och genomförs.

Narkotikakommissionen, CND, består av de länder som ställt sig bakom och ratificerat narkotikakonventionerna. CND träffas årligen i Wien där FN:s narkotikaorgan UNODC är placerat.² CND rapporterar till Generalförsamlingens ekonomiska- och sociala utskott (ECOSOC). Världshälsoorganisationen (WHO) ansvarar för att utvärdera och föreslå vilka substanser som ska kontrolleras enligt konventionerna.

WHO föreslår åt CND som beslutar om substanserna ska listas i konventionerna eller inte. Om exempelvis WHO bedömer att en substans farlighet ska förändras till följd av ny vetenskap så föreslår WHO detta till CND som fattar beslut i frågan.

International Narcotics Control Board, INCB, är ett FN organ som arbetar med att rapportera om hur parter till konventionerna följer konventionernas bestämmelser och intentioner.

Sverige har anslutit sig till FN:s narkotikakonventioner och står också bakom den politiska deklaration som CND antog 2009 till stöd för en ”integrerad och balanserad strategi för att möta världens narkotika-problem”.³

Inom EU antogs 2012 en narkotikastrategi som löper 2013-2020 och som även den vägleder den svenska narkotikapolitiken.

En nollvision som vuxit fram underifrån

Varje enskilt land har sin kultur och sina normer. Dessa är inte konstanta utan förändras över tid. En bred och öppen samhällsdebatt är grundläggande för utformningen av och legitimiteten i politiken – även narkotikapolitiken.

I Sverige vilar synen på narkotika på en ideologisk grund som är sprungen ur att regeringar och riksdag tagit ställning för att narkotikaanvändning är skadligt för hälsan och därför inte bör förekomma i ett samhälle som värnar sina medborgares hälsa.

Under 60- och 70-talen hade Sverige en relativt liberal syn på narkotika. I takt med att narkotikans negativa konsekvenser i form av missbruk och social utslagning uppmärksammades i samhällsdebatten, lades grunden för den mer balanserade och restriktiva linje som svenska regeringar fört sedan dess.

1 The Single Convention on Narcotic Drugs (1961), the Convention on Psychotropic Substance (1971) and the Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances (1988)

2 United Nations Office on Drugs and Crime

3 The Political Declaration and Plan of Action (on international cooperation towards an integrated and balanced strategy to counter the world drug problem) 2009

Sverige bedriver och fäster stor vikt vid en politik som bygger på att begränsa både tillgång och efterfrågan i syfte att främja hälsa. Det övergripande målet för svensk narkotikapolitik är ett narkotikafritt samhälle, en vision som antagits av riksdagen.

Sverige har även anslutit sig till konventioner om mänskliga rättigheter och inom ramen för visionen om ett narkotikafritt samhälle ska personer med narkotikamissbruk eller beroende ha rätt till en effektiv behandling, smittskyddsinsatser samt andra psykosociala insatser.

En bred strategi mot narkotika

Den svenska nollvisionen, ett narkotikafritt samhälle, är övergripande för alla narkotikapolitiska insatser oavsett inom vilket politikområde dessa genomförs. En bred strategi finns för alkohol, narkotika, dopning och tobak (ANDT-strategin) 2010-2015.⁴ En ny strategi ska antas för åren 2016-2020.

På narkotikaområdet har strategin innehållit konkreta mål som handlar om att:

- begränsa tillgången till narkotika
- skydda barn och unga från narkotika
- minska antalet unga som brukar och missbrukar narkotika
- stärka tillgången till behandling och vård för personer med missbruksproblem
- begränsa narkotikarelaterad dödlighet
- internationellt driva en hälso-baserad narkotikapolitik.

Målen följs årligen upp av regeringen som varje år avsätter resurser för insatser. Den svenska ANDT-strategin har väckt stor uppmärksamhet och uppskattning internationellt just för att den har ett balanserat och brett synsätt, med flera tvärssektoriella insatser, en strategisk genomförandestruktur och kontinuerlig uppföljning.

Ansvarsfördelning och nationella aktörer

I Sverige är insatser för vård, behandling och prevention huvudsakligen decentraliserade. Kommunerna ansvarar för socialtjänsten och stöd och behandling till personer med missbruk eller beroende. Landstingen ansvarar för den sjukvård som bedriver den medicinska behandlingen, exempelvis substitutionsbehandling såsom förskrivning av metadon och buprenorfin. Skolan bedriver tillsammans med polis, socialtjänst, fritidsverksamheter och ideella aktörer lokalt preventionsarbete. Kriminalvården är också en viktig aktör eftersom många personer som avtjänar straff också har missbruks- eller beroendeproblematik. Mer om ansvarsfördelningen mellan aktörer finns att läsa i ANDT-strategin.⁵

⁴ Prop 2010/11:47

⁵ Prop 2010/11:47

Frågor och svar om svensk narkotikapolitik

Varför har Sverige kriminaliserat eget bruk av narkotika?

FN-konventionerna lägger grunden för Sveriges narkotikapolitik. Konventionerna anger ramar för hur de länder som ratificerat konventionerna ska stifta lagar. Lagarna ska begränsa narkotikaanvändningen till enbart medicinsk användning. All annan odling och försäljning av de ämnen som lyder under konventionerna är illegal. Ramarna i konventionerna är skrivna så att en medlemsstat kan välja att straffbelägga eget bruk eller inte.

I Sverige är det sedan 1988 straffbart att använda narkotika, det vill säga att ha narkotika i kroppen. 1993 infördes fängelsestraff i högst sex månader i straffskalan för eget bruk.

Lagstiftaren ville sända en tydlig signal om att narkotika inte är accepterat i samhället och ge polisen förutsättningar för att göra drogtester vid misstanke om narkotikaanvändning. Syftet har inte varit att stigmatisera eller att kriminalisera beroendesjukdom.

Kriminaliseringen av eget bruk ska:

- skydda personer från narkotikans skadeverkningar och
- möjliggöra tidiga insatser för att erbjuda vård och behandling samt
- förhindra att ungdomar utvecklar beroende och kriminalitet.

När polisen drogtestar ungdomar genomförs ofta testerna tillsammans med socialtjänsten. I Stockholm är det exempelvis den särskilda ungdomsmottagningen Maria Ungdom som genomför testet. Vid testnings-tillfället erbjuder landstinget och socialtjänsten motiverande samtal samt vård och behandling för den som så önskar.

Enligt statistik från Brottsförebyggande rådet testas årligen uppemot 35 000 personer för narkotika.⁶

Påföljden för eget bruk av narkotika är i de allra flesta fall böter. För ungdomar kan vård utdömas istället för böter.

Missbruk och kriminalitet går ofta hand i hand. En stor andel av de intagna i Kriminalvården är personer med missbruk eller beroende. De har dock dömts till fängelsestraff för andra brott än eget bruk och vård- och behandlingsinsatser erbjuds för intagna i Kriminalvården på samma villkor som i samhället i övrigt.

Vilka insatser erbjuds personer med missbruk eller beroende i Sverige?

Vård och behandling för personer i narkotikaberoende är en lika viktig del av narkotikapolitiken som begränsning av tillgången och strafflagstiftning. Sverige har ratificerat FN:s narkotikakonventioner och en rad andra konventioner som tydliggör mänskliga rättigheter, för barn och vuxna. Enligt världshälsoorganisationens (WHO) definition från 1946, som är den mest använda, är hälsa ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom och funktionsnedsättning”. Skydd av hälsan är basen för alla insatser på narkotikaområdet.

Det är därför viktigt att lägga resurser på vård och behandling som är baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet och som är anpassad till individen.

Skyddet för den personliga integriteten är stark i Sverige. De personer som söker vård för sitt missbruk eller beroende hos socialtjänsten eller hälso- och sjukvården rapporteras inte till polismyndigheten. Personer som vill söka vård och behandling kan göra det utan att riskera straff. Detsamma gäller för personer som injicerar droger och som tar del av sprututbytesverksamhet.

Flera lagstiftningar samverkar och ger rätt till stöd och behandling. Socialtjänstlagen ger personer med missbruk eller beroende rätt till insatser för att komma ifrån missbruket. Hälso- och sjukvårdslagen ger landstingen skyldighet att vårda och behandla utan att ange någon specifik diagnos.

Tillsammans tydliggör lagarna rätten till stöd, vård och behandling. Stöd och behandling omfattar en bred palett av insatser. Det kan handla om att främja ett stabilt boende och sysselsättning. Behandling kan innefatta både psykosociala- och medicinska behandlingsinsatser. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende utgör ett stöd för kommuner och landsting. I vissa särskilda fall, när det finns risk för att personen allvarligt ska skada sig eller någon närstående, kan även tvångsvård bli aktuellt. Tvångsvård regleras i lagen om vård av missbrukare i vissa fall och i lagen om psykiatrisk tvångsvård.

Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende, så kallad substitutionsbehandling med metadon eller buprenorfin, definieras i Sverige inte som skademinskning vilket är fallet i många andra länder. Behandlingen ingår i de riktlinjer som Socialstyrelsen tagit fram.

Sverige var ett av de första länderna i världen som utvecklade metadonprogram och idag finns läkemedelsassisterad behandling över hela landet även om det finns regionala skillnader vad gäller tillgänglighet. Personerna som behandlas behöver också mycket psykosociala insatser för att behandlingen ska vara effektiv.

Eftersom blandmissbruk och beroende är vanligt förekommande, liksom användning av annan narkotika än opiater, är det fortsatt angeläget att erbjuda olika typer av behandlingar, medicinska och icke-medicinska.

Lagen om vård av barn och unga ger unga rätt till skydd.⁷

Hur används tvångsvård i Sverige och hur förhåller den sig till konventioner om mänskliga rättigheter?

Svensk narkotikapolitik innehåller flera initiativ för att stärka hälsan hos befolkningen i stort genom att förebygga användningen av narkotika. Politiken innehåller många insatser som ska möjliggöra för personer med missbruk eller beroende att förbättra sin hälsa. Satsningarna omfattar sociala insatser – stöd till sysselsättning och boende – men också satsningar som förhindrar smittspridning.

Då möjligheterna att ge frivillig vård är uttömda samtidigt som det föreligger risk att personerna allvarligt skadar sig själv eller någon närstående, kan lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) tillämpas. LVM anger att en domstol under särskilda omständigheter kan besluta om tvångsvård. Det kan domstolen göra om den sammantaget kan bedöma individens tillstånd utifrån följande bedömningsgrunder:

- vården kan inte ges på något annat sätt eller genomföras frivilligt,
- till följd av fortsatta missbruk utsätter individen sig själv – fysiskt eller psykiskt – för allvarlig fara,
- individen riskerar att:
 - förstöra sitt liv,
 - allvarligt skada sig,
 - skada någon närstående.

Sverige är inte unikt i det att det finns tvingande lagstiftning inom missbruk eller psykiatri när det föreligger allvarliga hälsorisker för den enskilde eller andra. Tidsperioden då tvångsvård kan beslutas uppgår i Sverige till maximalt 6 månader, vilket dock i internationella jämförelser är en relativt lång period. Det är viktigt att ett beslut om tvångsvård görs på ett rättssäkert sätt och i enlighet med konventioner om mänskliga rättigheter. Syftet med vård enligt LVM är att under en begränsad tid – maximalt 6 månader – uppmuntra personen

⁷ Lag 1990:52 om särskilda bestämmelser om vård av unga

att frivilligt söka vård. Så snart som möjligt ska vården övergå till vård i frivilliga former. De allra flesta väljer frivillig behandling.⁸

Vad har Sverige för inställning till "harm reduction" eller skademinskning?

Harm reduction är ett begrepp som används internationellt, men som inte tydligt definierats. Begreppet kan innefatta en rad insatser för att begränsa skador snarare än att behandla missbruket eller beroendet i sig. I den internationella debatten har begreppet ofta förknippats med insatser för att minska HIV och andra smittsamma sjukdomar hos personer som injicerar droger. Det kan handla om sprututbytesverksamheter för att minska smittspridning, injektionsrum eller legal förskrivning av exempelvis heroin för att förhindra överdoser m.m. I den internationella debatten definieras medicinsk behandling som skademinskning. I Sverige är medicinsk behandling med metadon eller buprenorfin inte definierad som skademinskning utan behandling. Socialstyrelsens riktlinjer för vård och behandling av personer med missbruk eller beroende definierar sådan behandling som medicinsk behandling vid beroende av opiater.

Insatser för att förbättra hälsan för personer i missbruk eller beroende

är en del av svensk narkotikapolitik, även om användningen av narkotika är straffbart. Sedan 2006 finns en lagstadgad möjlighet för landstingen att inrätta sprututbyten. Verksamheter finns i Malmö, Lund, Helsingborg, Kalmar, Kristianstad och Stockholm och omfattar uppskattningsvis 2 500 personer över hela landet. Meningen är att hindra att blodburen smitta sprider sig bland personer som injicerar droger och befolkningen i allmänhet samt fungerar också som en kontaktyta till en grupp som annars kan vara svår att nå.

Hur ser Sverige på rättigheter för personer som missbrukar eller är beroende av narkotika?

Sverige kritiseras ibland av förespråkare för mänskliga rättigheter för att det är straffbart att använda narkotika, dvs. risken finns att man kriminaliserar och stigmatiserar personer med missbruk eller beroende. Vidare kritiseras Sverige ibland för att det finns inslag av tvingande behandling. Det finns även farhågor om att de hitintills begränsade insatserna för skademinskning i Sverige skulle kunna medföra hälsorisker för personer som brukar eller är beroende av narkotika.

Rätten till en god hälsa omfattar alla i befolkningen, även personer som missbrukar eller är beroende av

narkotika. Tillgången till vård och behandling för denna grupp är därför oerhört viktig. I Sverige erbjuder kommuner och landsting en rad olika behandlingsalternativ och sociala insatser.

Det är också samhällets skyldighet att uppmärksamma riskerna med narkotika och att bedriva ett förebyggande arbete för att hindra bruk av narkotika. Narkotikamissbruk drabbar, förutom den enskilde individen, samhället i stort, både socialt och ekonomiskt. Närstående drabbas i synnerhet.

Att det är straffbart att bruka narkotika följer av den svenska nollvisionen. Tester och provtagning sker på ett rättssäkert sätt och ska åtföljas av erbjudande om behandling.

Den svenska narkotikapolitiken har ett tydligt fokus på barn och unga. FN:s barnkonvention tydliggör att stater skall vidta alla lämpliga åtgärder, innefattande lagstiftningsåtgärder, administrativa och sociala åtgärder i upplysningssyfte, för att skydda barn från olaglig användning av narkotika. De flesta som börjar med narkotika gör det i ungdomen. När människan är ung är det svårt att bedöma de risker som på sikt finns med narkotika. Narkotikapolitiken har som fokus att skydda barn och unga från narkotika genom tillgångsbegränsande insatser och genom förebyggande arbete.

8 Statens Institutionsstyrelse <http://www.stat-inst.se/om-sis/missbruksvard-lvm/>

Sverige rapporteras ha hög dödlighet bland personer som missbrukar eller är beroende av narkotika – varför är det så och vad tänker Sverige göra åt det?

Dödligheten hos personer med missbruk och beroende används ofta som ett mått på om samhällets narkotikapolitiska insatser lyckas eller inte. Jämförelsen är dock svår att göra mellan länder eftersom det finns betydande skillnader mellan hur länder samlar in och redovisar data. Utifrån ett Europeiskt perspektiv är den narkotikarelaterade dödligheten hög i Sverige.⁹

Den narkotikarelaterade dödligheten har också ökat i Sverige sedan 2006. Det är oroande och en oacceptabel utveckling varför regeringen nu arbetar med att försöka finna orsaker till utvecklingen samt vidta åtgärder som kan förhindra att människor dör i narkotikarelaterad död.

Är svensk narkotikapolitik framgångsrik?

Det finns många sätt att mäta om narkotikapolitik är effektiv, men det kan också vara svårt att göra internationella jämförelser. Alla samhällen är olika och utvecklas olika över tid. Insamling av statistik kan ske på väldigt olika sätt och ha olika tillförlitlig-

het. De mest relevanta jämförelserna för att följa trender och utfall görs inom landet och över tid.

Ett mått är att titta på hur många människor som under sitt liv brukat narkotika. Här påvisar Sverige avsevärt lägre siffror än många andra jämförbara länder. Siffrorna har förbättrats sedan 90-talet.

Ett annat sätt är att titta på hur många ungdomar som använt narkotika, både någon gång och regelbundet. Även här ligger Sverige avsevärt bättre till än många andra länder. Trenden visar fortsatt lågt bruk under 2000-talet.¹⁰

Antalet människor som har ett problematiskt bruk kan också vara en indikator även om det saknas en gemensam och internationell indikator på vad ett problematiskt bruk är. Sverige saknar, av hänsyn till den personliga integriteten, nationella register över vilka som använder narkotika eller har ett problematiskt bruk. Folkhälsomyndigheten uppskattar att ungefär 29 500 personer i Sverige utvecklat ett tungt missbruk. Myndigheten definierar tungt missbruk som daglig narkotikaanvändning under fyra veckor eller att personen injicerade narkotika. Socialstyrelsen beräknade att ungefär 8 000 personer injicerar droger.¹¹

Varför bedrivs ett omfattande arbete mot cannabis i Sverige istället för att dela in narkotikan i "hårda och mjuka droger"?

FN:s narkotikakonventioner klassar idag cannabis som ett av de narkotiska preparat som kräver den starkaste kontrollen. Det innebär att länder som följer konventionen bör hantera cannabis som en farlig substans.

WHO föreslår förändringar i klassning om det finns vetenskapliga belägg som föranleder förändringar. WHO sammankallar med regelbundenhet en vetenskaplig kommitté som föreslår förändringar i klassificering. WHO har inte föreslagit någon förändring inom cannabisområdet. Det innebär att det saknas vetenskapligt stöd eller stöd i konventionerna för att göra en uppdelning mellan olika substanser i dagsläget. Sverige anser att alla världens länder bör följa WHO:s rekommendationer om klassificering av narkotiska preparat. Cannabis kan påverka människors hälsa och möjligheter till social utveckling på ett negativt sätt. Cannabis kan orsaka psykiska sjukdomar som psykos, hallucinationer, depressioner med mera på både lång och kort sikt. Personer som i unga år börjat röka cannabis riskerar att försämra sin intellektuella kapacitet permanent. Det kan medföra försämrad

9 Europeisk narkotikarapport 2014, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

10 Europeisk narkotikarapport 2014, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction samt ESPAD-undersökningen 2011

11 Vägledning hälsofrämjande och förebyggande arbete med hepatit och HIV för personer som injicerar droger, Folkhälsomyndigheten

tanke- och inlärningsförmåga, minnessvårigheter, svårigheter för strategisk planering med mera. Användningen av cannabis är dessutom beroendeframkallande.

Studier visar att den verksamma beståndsdel i cannabis, THC, kan ge önskade medicinska effekter som smärtlindring med mera. Däremot saknas vetenskapliga belägg som visar att sådana effekter kan uppnås genom att röka cannabis, varför medicinsk användning av cannabisprodukter inte är tillåten i det nuvarande internationella ramverket.

Dagens cannabis är betydligt starkare än den cannabis som fanns på 70-, 80- och även 90-talet. I Europa har missbruket av cannabis på senare år ökat. I de flesta europeiska länder har samtidigt efterfrågan på behandling av cannabisberoende ökat.¹²

Vad anser Sverige om tillgången till mediciner i världen?

FN:s narkotikakonventioner syftar till att främja hälsan och tillgängliggöra de narkotiska preparat som sjukvården behöver, samtidigt som konventionerna förhindrar icke medicinsk användning. Konventionerna listar preparat som är beroendeframkallande och därmed riskerar bidra

till missbruk eller beroende och skador på hälsan. Dessa kan i vissa fall ändå användas som del i behandling och förskrivs av läkare. Exempel på sådana preparat är morfin för smärtlindring och amfetamin för behandling av ADHD.

FN:s konventioner och dess narkotikakontrollorgan, INCB, ser till att mediciner kan bli tillgängliga över hela världen när de bedöms ha effekt för vård och behandling.

En god tillgång till mediciner kräver ett fungerande hälsosystem med utbildad personal som ser till att läkemedelsförskrivning i Sverige och världen är säker och effektiv.

Hur ser Sverige på situationen utanför Sverige i förhållande till produktions- och transitländer och deras utveckling?

Sverige anser att konsekvenserna av narkotikan är ett globalt problem som har många dimensioner. Globalt är det angeläget att se till att de mest utsatta länderna får stöd och resurser att minska narkotikans skador på samhället. De ska inte på egen hand behöva arbeta mot produktion och handel.

Konsumtionsmönstren i världen har förändrats över tid. Idag finns mycket få renodlade produktions- och konsumtionsländer. Ett utbrett missbruk eller beroende av narkotika finns idag även i produktions- och transitländer.

Det är viktigt att det utvecklas lagliga alternativ till försörjning för personer som idag producerar och handlar med narkotika. Det är viktigt att ekonomisk och social utveckling i låg- och medelinkomstländer fortsätter och att länderna investerar i utbildning och social verksamhet. Sådana insatser förhindrar nyrekrytering till kriminella gäng och karteller. Svenskt bistånd, bilateralt och multilateralt, stödjer en sådan inriktning.

Den svenska regeringen tror inte på en legalisering av narkotika. Den tror att en restriktiv och hälsoorienterad narkotikapolitik baserad på mänskliga rättigheter och som utgår från befintliga konventioner är vägen framåt. Resurser måste avsättas för alla delar som behövs för en framgångsrik narkotikapolitik, både i produktions-, transit- och samarbetsländer.

¹² Europeisk narkotikarapport 2014, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

