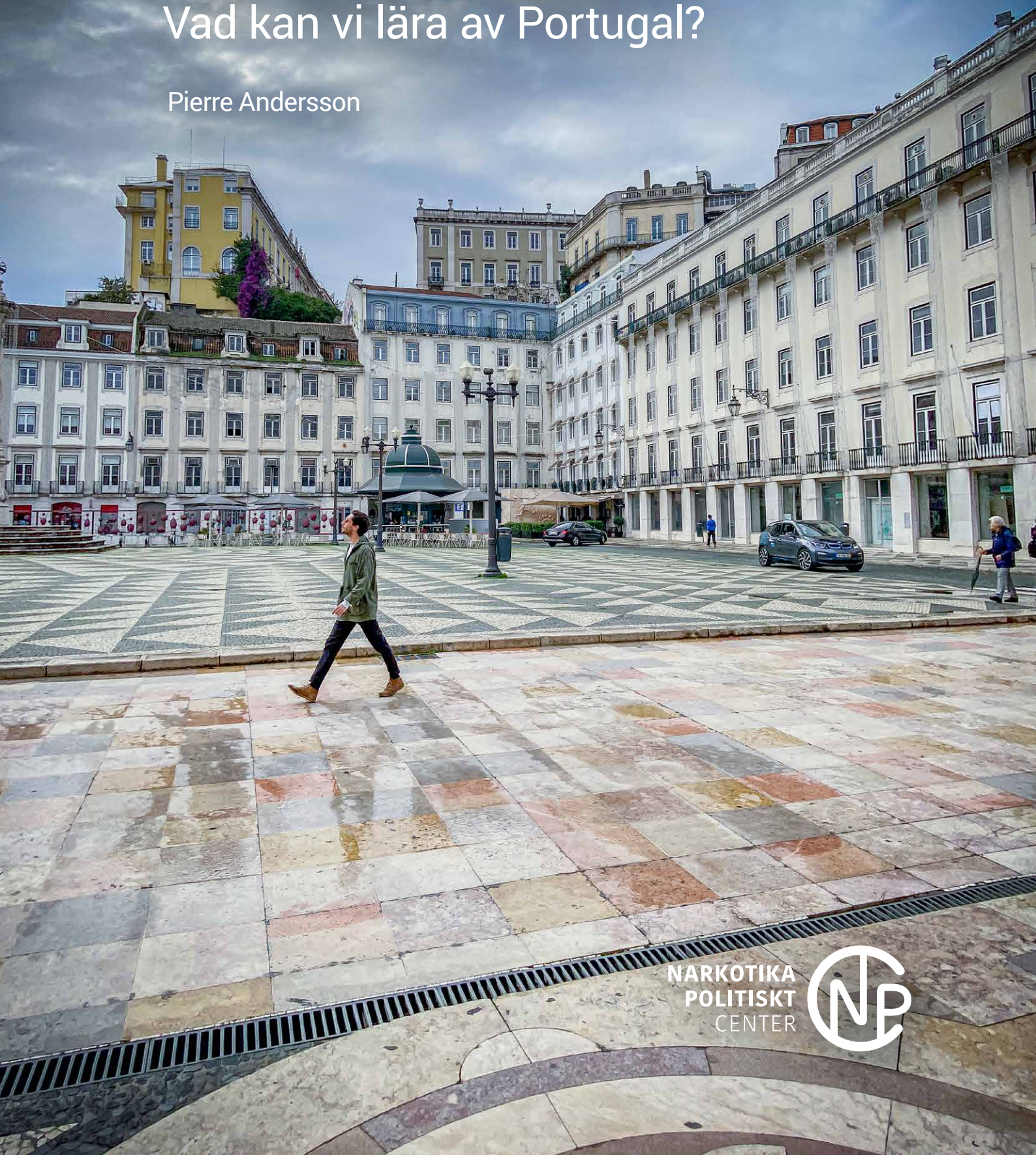


Avkriminalisering av narkotika

Vad kan vi lära av Portugal?

Pierre Andersson



NARKOTIKA
POLITISKT
CENTER



Denna rapport är skriven av Pierre Andersson, frilansskribent med många års erfarenhet av att bevaka alkohol och narkotikafrågor. Till vardags arbetar han som policyrådgivare inom IOGT-NTO-rörelsen.

Rapporten har producerats med ekonomiskt stöd från Svenska sällskapet för nykterhet och folkuppfostran. Ansvaret för innehållet i denna rapport är författarens (undantaget förord och baksidestext). NPC delar inte nödvändigtvis de åsikter som framförs.

Narkotikapolitiskt Center är ett nätverk bestående av ett flertal ideella organisationer som vill se en restriktiv och human narkotikapolitik.

Utgivningsår: 2020

Omslagsfoto: Pierre Andersson

Innehåll

Förord	4
Varför en rapport om Portugal?	6
Portugals narkotikaproblem kom sent – men snabbt.....	9
Avkriminalisering – ett begrepp med många innebörder?	11
Bruk av narkotika fortfarande förbjudet.....	13
Mer än bara avkriminalisering.....	19
Utvecklingen i Portugal efter 2001.....	20
Spridning av narkotikarelaterad hiv	20
Narkotikarelaterad dödlighet	21
Går det att jämföra dödstalen mellan Portugal och Sverige?	24
Användningen av narkotika efter 2001	28
Cannabisrelaterade psykossjukdomar	31
Försäljning och tillgänglighet.....	32
Kan resultaten bero på annat än avkriminaliseringen?	35
Snabb och samordnad vård.....	35
Andra sociala insatser.....	36
En åldrande population av heroinanvändare?	37
Slutsatser	38
Källor	40

Förord

Just nu pågår en intensiv debatt i Sverige om hur vi kan minska konsumtionen och dödligheten av narkotika. Regeringen har presenterat ett antal åtgärder och ytterligare förslag på insatser kommer från debattörer, civilsamhället, forskare och beslutsfattare. **Ofta refereras det då till Portugal som ett exempel på ett land med en lyckad narkotikapolitik och i debatten tillskrivs de goda resultaten den avkriminalisering landet genomförde 2001.**

Länder har mycket att lära av varandra, även om våra skilda förutsättningar och utgångslägen ibland kräver olika åtgärder. Men vad vet vi egentligen om andra länders insatser på narkotikaområdet – och vilka resultat de gett? Vi har valt att ta fram denna rapport just utifrån att vi vill lära oss mer av exemplet Portugal. Vilka insatser har de genomfört och vilka har gett goda resultat? Vi har även gjort en kortare översikt av ytterligare tio länder i Europa som avkriminaliserat narkotika. Den kan du läsa på www.narkotikapolitisktcenter.se.

När vi jämför utvecklingen efter avkriminaliseringen i dessa totalt elva länder blir det tydligt att den narkotikarelaterade dödligheten ökat i vissa av dem och minskat i andra. **Det verkar därmed inte vara avkriminaliseringen i sig som är den avgörande faktorn för utvecklingen.**

Skribenten bakom rapporten, Pierre Andersson, har både genomfört en rad intervjuer på plats i Lissabon och tagit del av det mesta av det som har publicerats om Portugals narkotikapolitik i vetenskapliga tidskrifter de senaste åren. Detta för att skapa sig en så god bild som möjligt av de stora satsningar som Portugal genomförde i början av 2000-talet och hur situationen har utvecklats fram tills idag.

I rapporten blir det tydligt att Portugals reformer 2001 omfattade långt fler insatser än slopade straff för bruk och mindre innehav av narkotika. Framförallt inkluderade de stora satsningar på snabb och bra behandling och en god samordning mellan olika vårdinsatser. Något som sannolikt bidragit till att färre människor hamnat i beroende och därmed även minskat antalet dödsfall.

Rapporten visar också att den narkotikarelaterade dödligheten sjönk efter reformen, då satsningarna på utbyggnaden av vården var stora, men att de sedan ökat igen till nästan samma nivå som innan avkriminaliseringen.

I debatten jämförs ofta siffrorna för narkotikarelaterade dödsfall mellan exempelvis Portugal och Sverige. Dessa jämförelser är vanskliga, då mätmetoderna mellan länderna skiljer sig åt. **Ett exempel är att över 75 procent av alla dödsfall i Sverige där någon dör med narkotika i kroppen i slutän-**

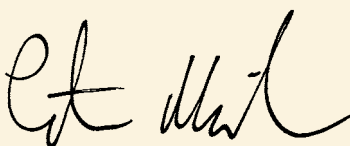
dan blir klassificerade som narkotikarelaterade enligt den definition som fastställs av EU:s narkotikamyndighet. Motsvarande siffra i Portugal är under fem procent. Rapporten visar också att Sverige gör dubbelt så många obduktioner och tre gånger så många rättskemiska analyser som Portugal. Jämförelser mellan talen blir knappast meningsfulla när metoderna skiljer sig åt så mycket som de gör.

Vad gäller konsumtionsutvecklingen i Portugal så visar rapporten att användningen av cannabis ökat bland skolungdomar och idag ligger på en högre nivå än hos motsvarande åldersgrupp i Sverige. Vilken betydelse avkriminaliseringen haft på konsumtionsutvecklingen är svårt att säga, men vi vet lagstiftning har en normerande effekt och därmed verkar förebyggande.

Sverige har ändå mycket att lära av Portugal, inte minst vad gäller kort väntan på vård och samordning mellan olika vårdinstanser. Det är intressant att se hur Portugals avrådningskommissioner, som de som tas för innehav eller bruk måste besöka, snabbt kan slussa vidare till beroendeläkare. Den snabba responsen och uppföljningen ökar med största sannolikhet människors chans att komma ur – eller aldrig hamna i – ett beroende.

Det projekt om snabbare lagföring som just nu testas på några orter i Sverige är ett sätt att förbättra den rättsliga återkopplingen. Det tror vi är bra, men arbetet bör kopplas även till en bättre samordnad vårdkedja. **En direkt respons från samhällets sida är viktigt för att få till en förändring i ett tidigt skede. Här finns stora möjligheter att förbättra dagens situation genom att utveckla alternativa påföljder, exempelvis för ungdomar och människor med beroendeproblematik som begår ringa narkotikabrott.** Sådana reformer kräver ingen avkriminalisering.

Rapporten visar på risken att missa verkligt goda lärdomar från både Portugal och andra länder i skuggan av förhoppningen att avkriminaliseringen i sig är lösningen på alla problem. Vi hoppas att vi istället kan fokusera på insatser som på allvar kan leda till en bättre utveckling både i Sverige och globalt.



Stockholm februari 2020

Peter Moilanen

Chef för Narkotikapolitiskt Center

Varför en rapport om Portugal?

Debatten om narkotikapolitik blir allt mer intensiv, både i Sverige och i resten av världen. Ett par länder har legaliserat cannabis, andra har avkriminaliserat mindre innehav och eget bruk av all narkotika.

Ett land som ofta används som exempel – nästan alltid i positiv mening – är Portugal. Landet avkriminaliserade innehav för personligt bruk och själva bruket 2001. Man hade vid den tidpunkten mycket stora problem orsakade av ett utbredd heroinmissbruk. Chefen för landets narkotikamyndighet uppskattar att man i slutet av 1990-talet hade runt 100 000 injicerande heroinanvändare.¹ I Sverige (som har ungefär lika stor befolkning som Portugal) kom man 1998 fram till att vi då hade omkring 26 000 ”tunga missbrukare” varav knappt hälften använt heroin det senaste året.²

Resultaten som Portugal kunde visa upp de första åren efter avkriminaliseringen gjorde intryck. På några år minskade den narkotikarelaterade dödligheten till en tredjedel. Antalet narkotikarelaterade hiv-fall var nere på lägre nivåer än på mycket länge och bruket av narkotika såg inte ut att öka.

När journalisten Glenn Greenwald, på uppdrag av den amerikanska libertarianska tankesmedjan Cato Institute, skrev en rapport om landets framgångar 2009 tog exemplet Portugal på allvar plats i den internationella debatten.³ Greenwald menade att ”oavsett vilket mått man väljer så måste man säga att avkriminaliseringen i Portugal varit en stor framgång”. Sedan dess har Portugal lyfts som exempel otaliga gånger i rapporter, debattartiklar och reportage. Det är på sin plats

”Rapporteringen om vad Portugal egentligen gjort och vad landet fått för resultat har ofta präglats av missförstånd, feltolkade data och politisering.”

att påpeka att Cato Institute har en tydlig agenda: Tankesmedjans grundfilosofi är att staten ska ha en mycket begränsad roll i människors liv och de har länge argumenterat för att narkotika borde legaliseras och att det är en mänsklig rättighet att få använda droger.⁴

Rapporteringen om vad Portugal egentligen gjort och vad landet fått för resultat har ofta präglats av missförstånd, feltolkade data och politisering. ”Fallet Portugal visar hur den politiska tolkningen av en lagstiftning kan få sitt eget liv, oberoende av politikens egentliga innehåll”, sammanfattar forskaren Hannah Laqueur i tidskriften ”Law and Social Inquiry”. ”Fallet har felaktigt applicerats på diskussionerna om legalisering och framställs ofta som en mer radikal förändring än det verkligen är”.⁵

Det finns med andra ord många anledningar att titta närmare på Portugal. Främst för att se vad vi kan lära, men också för att reda ut en del av de många missuppfattningar som syns i debatten.

Det finns också anledning att närmare analysera resultaten, när det nu gått nästan 20 år sedan reformerna genomfördes. De senaste siffrorna för narkotikarelaterad dödlighet visar exempelvis att Portugal är uppe på nästan samma nivå som innan avkriminaliseringen. Det finns också tecken på att bruket av cannabis, särskilt bland unga, har ökat snabbare än i exempelvis Sverige.

Till sist finns det goda anledningar att se på vad Portugal gjorde parallellt med att ändra lagen. Ambitionerna när det gäller narkotikavården höjdes avsevärt (för vissa typer av behandlingar fördubblades antalet vårdplatser på bara ett par år) och extra resurser tillfördes både vård och förebyggande arbete. Detta är också något som chefen för Portugals narkotikamyndighet SICAD, João Goulão, trycker på när han talar om policyförändringen: "Avkriminalisering är ingen mirakelmedicin. Gör man enbart det så kommer saker att bli värre."⁶

Förhoppningen är att den här rapporten så tydligt som möjligt ska visa vad Portugal har gjort och vilka resultaten har blivit när det gäller narkotikadödlighet, bruk av narkotika och andra relevanta indikatorer. Vad är ett resultat av själva lagändringen och vad kan förklaras av andra insatser eller händelser? Och vad kan vi lära oss för framtida svensk narkotikapolitik?

Några tvärsäkra slutsatser går dock knappast att dra. De artiklar som publicerats i vetenskapliga tidskrifter när det gäller Portugals avkriminalisering är till stora delar beskrivande. Att försöka bena ut vilka resultat som beror på att man ändrat lagen och vilka som är en följd av exempelvis bättre vårdinsatser är i praktiken nästan omöjligt.



Gasal Ventoso, strax öster om stadskärnan i Lissabon, benämndes i slutet av 1990-talet som "Europas största snabbköp för narkotika". Idag är kåkstäderna rivna, men området är fortfarande utsatt. Foto: Gonçalo Fonseca

Portugals narkotikaproblem kom sent – men snabbt

Under stora delar av 1900-talet var Portugal en polisstat under diktatorn António de Oliveira Salazar. Landet präglades av politisk repression och var i princip isolerat från omvärlden fram till den så kallade nejlíkerevolutionen 1974. Kulturellt dominerades landet av den konservativa katolska kyrkan. Narkotikaproblemen var jämfört med resten av Europa små.

Under diktaturens sista tid blev landet inblandat i hårda strider för att förhindra att dess afrikanska kolonier (nuvarande Angola, Guinea-Bissau och Moçambique) skulle bryta sig loss. Närmare en miljon unga män skickades ut i krig och en hel del av dem började använda cannabis under tiden. När kriget tog slut i samband med nejlíkerevolutionen kom inte bara soldaterna hem, med följde också 100 000-tals portugiser som levt länge i kolonierna.

João Goulão, chef för Portugals narkotikamyndighet SICAD, berättar: "De tog med sig tonvis av cannabis och delade det med sina vänner. Vi såg en explosion av experimenterande med droger i alla sociala grupper under den här tiden."¹

Heroinet kom på 1980-talet

När landet öppnade sig mot omvärlden kom också heroinet, till en början främst från Pakistan via den tidigare kolonin Moçambique. Portugals geografiska läge gör att det också används som ett transitland, vilket ytterligare bidrog till inflödet. Under 1980-talet fick heroinet fäste i landet och bruket spreds snabbt i befolkningen.

”Kriminella organisationer kom snabbt in och började bygga en marknad” berättar João Goulão. ”Som samhälle var vi naiva, vi hade inte haft några problem med detta tidigare. Effekterna började synas tydligt på 1980-talet, särskilt när människor började insjukna i Aids”.

Även om man i Portugal började diskutera behovet av bättre vård för narkotikamissbruk redan på 1970-talet så dröjde det till 1987 innan det första statliga behandlingshemmet öppnades.⁷ Innan dess var människor hänvisade till den vanliga sjukvården eller till – ofta väldigt dyra – privata behandlingar. Beredskapen för 1980-talets snabba ökning av bruket av heroin var låg, vilket kom att visa sig tydligt under 1990-talet.

”I mitten av 1990-talet hade vi omkring 100 000 injicerande narkotikaanvändare” berättar João Goulão. ”Många av dem började använda narkotika i samband med frigörelsen, det är till stor del samma grupp av människor. Problemet var nu väldigt synligt, människor använde narkotika öppet på alla möjliga platser och i princip alla kände någon som fastnat i beroende. Detta bidrog till att samhällets svar redan från början kom med utgångspunkt från hälsa och den sociala sidan, människor såg det inte som ett problem med kriminalitet i första hand. Men vi saknade en tydlig strategi.”

Bred plan från expertgruppen

1998 tillsatte regeringen en grupp av experter med uppdrag att se över samhällets svar på krisen och komma med förslag på förändringar. João Goulão, som på den tiden arbetade med beroendevård, var en av de som ingick i gruppen.

”Vi var nio personer från alla möjliga delar av samhället, allt från beroendevården till frivilligsektorn och kyrkan”, berättar João Goulão. ”Regeringen bad oss om strategiska förslag. Vi hade väldigt fria ramar och möjlighet att resa runt i Europa för att lära av andra. Den enda begränsningen vi hade fått från regeringen var att våra förslag skulle hålla sig inom ramen för de internationella narkotikakonventionerna. Våra förslag innehöll åtgärder för att minska tillgången, men fokus låg på att minska efterfrågan, och att arbeta

med behandling och skademinskande åtgärder.”

”Av de 30 förslagen som expertgruppen lämnade handlade de flesta om mer och bättre behandling och större resurser till förebyggande arbete.”

Av de 30 förslagen som expertgruppen lämnade handlade de flesta om mer och bättre behandling och större resurser till förebyggande arbete.

Gruppen ville också se tuffare insatser mot försäljningen av narkotika. De föreslog också en avkriminalisering. Rent tekniskt var detta en liten förändring – man sade att narkotikalagen från 1993 skulle ligga fast, med undantag av en förändring av den paragraf som reglerade eget bruk och innehav för eget bruk. All befattning med narkotika, även eget bruk, skulle vara fortsatt förbjudet, men påföljden gick från att vara straffrättslig till administrativ.

Avkriminalisering – ett begrepp med många innebörder?

Den som följer debatten om avkriminalisering av narkotika märker snart att deltagarna i diskussionen ofta inte ens är överens om vad det egentligen är. Med jämna mellanrum används begreppet också i samband med diskussioner om legalisering – trots att det i grunden är två helt olika saker.

Det finns inte någon tydlig definition av begreppet avkriminalisering som alla kan skriva under på. I en svensk kontext handlar diskussionen främst om eget bruk av narkotika, något som blev straffbart 1988. Tanken från de svenska lagstiftarnas sida var att förbudet skulle ha en förebyggande effekt, främst bland ungdomar. Fem år senare skärptes maxstraffet så att fängelse infördes i straffskalan. Skärpningen genomfördes för att polisen skulle få möjlighet till tvångsåtgärder (kroppsbesiktning i form av urin- eller blodprov) för att kunna fastställa om någon brukat narkotika eller inte. Det är dock ingen i Sverige som i praktiken döms till fängelse för eget bruk av narkotika.

Ofta ingår också innehav för eget bruk när man pratar om avkriminalisering. Var den gränsen dras varierar. Även om eget bruk inte var förbjudet i Sverige innan 1988 så var fortfarande allt innehav av narkotika straffbart, även små mängder.

Att avkriminalisera kan betyda både att man tar bort ett förbud eller att man väljer att ha kvar förbudet men tar bort straffet. (Det finns exempel på sådana lösningar i svensk lagstiftning: Att gå mot röd gubbe är förbjudet, men det finns inga straffsanktioner mot brottet.) I vissa fall innebär en avkriminalisering att samhällets reaktion flyttas från det juridiska systemet till en annan myndighet.

Förvirringen blir extra stor när länder som har kvar bötesstraff för eget bruk av narkotika (se tabell 1 på nästa sida) lyfts fram som exempel på avkriminalisering⁸, samtidigt som Sverige (som i praktiken också bara tillämpar böter) utmålas som ett av de länder som har den strängaste lagstiftningen av alla.

Som framgår av tabellen är det vanligt att det i länder som själva menar att de har avkriminaliserat fortfarande är möjligt att utdöma böter, i vissa fall till och med fängelse. Hur detta tillämpas i praktiken varierar, ofta är det upp till enskilda åklagare att besluta.

Legalisering som tema går utanför den här rapporten, men då de två begreppen ibland blandas ihop kan det vara på sin plats att reda ut även vad detta innebär. När man talar om en legalisering av exempelvis cannabis så betyder det att också produktion och försäljning blir lagligt. Man skapar en legal marknad för narkotika, som sedan kan regleras på olika sätt. På de få ställen som legaliserat cannabis varierar regleringen från en nästan helt fri marknad med bara mindre begränsningar (vissa stater i USA) till statligt monopol.

Land	Av-krim. sedan	Sanktioner	Gräns innehav cannabis för eget bruk	Bara cannabis?
Belgien	2003	Upp till åklagare: 1a gången: Böter 15-25 € 2a gången: Böter 26-50 € 3e gången: Böter 50-100 € + fängelse	3 gram / 1 planta	Ja
Tjeckien	2013	Varning eller böter upp till 600 €	10 gram / 5 plantor	
Kroatien	2010	Böter 650-2600 € eller fängelse 90 dagar. Om beroende: Behandling 3-12 månader. Första gången: Inga sanktioner.		
Estland	2002	Böter, fängelse eller behandling		
Georgien	2018	På allmän plats: Böter 250-400 €	70 gr / inga plantor tillättna	Ja
Italien	2006	1-3 månader eller 2-24 månaders indagning av körkort, vapenlicens, pass etc.	5 gram	
Luxemburg	2001	Har tagit bort fängelsestraff, innehav kan ge böter upp till 2500 € eller en slags husaresst		
Slovenien	1978	Böter 20-200 €		
Spanien	1982	Böter 600 € och uppåt. Om under 18 år: Utbildningsprogram		
Schweiz	2012	Eget bruk: Böter 90 €	10 gram	Ja

Tabell 1. Länder som lyfts fram som exempel på avkriminalisering. I praktiken ser det väldigt olika ut. Tabellen bygger på svar från lokala experter. Källa: "Decriminalization in Europe – 10 voices beyond Portugal and the Netherlands", Narkotikapolitiskt Center (2020).

Bruk av narkotika fortfarande förbjudet

Så, vad var det man gjorde i Portugal 2001? I korthet ser lagen ut så här: Både bruk och innehav för eget bruk är fortfarande förbjudet, men påföljden flyttades från det juridiska systemet till ett administrativt. Det är fortfarande möjligt att utdöma böter och andra påföljder, även om det sker relativt sällan. Gränsen för innehav för personligt bruk har satts vid en nivå som beräknas räcka för tio dagar (se tabell 2).

Typ av narkotika	Gräns för innehav för personligt bruk
Heroin	1 gram
Ecstasy	1 gram
Amfetamin	1 gram
Kokain	2 gram
Cannabis	25 gram

Tabell 2: Gränser för innehav för personligt bruk.⁴

Polisen har fortfarande i uppdrag att rapportera människor som innehar eller brukar narkotika, även när mängden narkotika är mindre än den i tabell 2. All narkotika som hittas beslagtas och om personen inte kan identifieras på plats kan denne gripas. En rapport upprättas, men i stället för att den skickas till åklagare går den till en särskild myndighet som skapats för ändamålet under hälsoministeriet.

Avrådningskommission inom tre dagar

Den som åker fast för mindre innehav eller eget bruk av narkotika förväntas inställa sig hos närmsta avrådningskommission (Comissões para a Dissuasão da Toxicoddependência, CDT) dagen efter. Formellt har man tre dagar på sig, främst för att kommissionerna har stängt på helgerna. Kommissionens personal gör en snabb utredning (oftast via en intervju som sker omgående) som syftar till att visa om personen är beroende av narkotika eller inte och vilken riskgrupp personen tillhör: Låg, medel eller hög.

Besöket avslutas med att man träffar själva avrådningskommissionen: en grupp på tre personer bestående av en socialarbetare, en psykolog och en jurist. Kommissionen avgör vad som händer härnäst. Personer som anses vara beroende hamnar automatiskt i den högsta riskklassen och erbjuds behandling. Om behandlingen accepteras så avskrivs ärendet tillsvidare, men all information sparas i ett särskilt register i fem år. Om personen inte accepterar behandling kan kommissionen välja andra påföljder.

Att komma i kontakt med vård och behandling går snabbt, ofta sker ett

första möte med ansvarig beroendeläkare inom ett par dagar. Vissa typer av behandlingar har väntetider på upp till några veckor, men ofta är behandlingen redan igång någon inom vecka efter polisens ingripande.¹

De som hamnar i mellangruppen vad gäller risk anses inte vara beroende, men andra faktorer (som familjeförhållanden, arbetslöshet etc) gör att risken att hamna i beroende ses som överhängande. Här kan kommissionen föreslå

”Den vanligaste påföljden är att kommissionen utfärdar en varning. Om samma person återkommer inom fem år kan det bli aktuellt med andra sanktioner, vanligen böter.”

kontakt med exempelvis psykolog eller rådgivare på arbetsförmedlingen. Mötet bokas vanligen av personalen på kommissionen.

Personer som inte är beroende och som anses ha låg risk för att hamna där får alltid information från kommissionens medlemmar om riskerna

med narkotikabruk och om vad lagen säger och om vilka sanktioner som kan bli aktuella. Den vanligaste påföljden är att kommissionen utfärdar en varning. Om samma person återkommer inom fem år kan det bli aktuellt med andra sanktioner, vanligen böter. Omkring 90 procent av dem som ställs inför avrådningskommissionerna är där för första gången.

Böter och andra sanktioner

Böter är bara aktuellt för den som inte bedöms vara beroende. Storleken på böterna varierar beroende på vilken typ av narkotika det handlar om. När det gäller heroin, kokain, ecstasy eller amfetamin är beloppet minst 25 Euro och max 600 Euro. För cannabis är beloppet minst 25 Euro och max 150 Euro. I praktiken handlar det oftast om ett bötesbelopp på mellan 30 och 40 Euro för den som ställs inför kommissionen för andra gången inom fem år. Vid ytterligare upprepade förseelser ökar beloppet.

Kommissionen har också möjlighet att tillämpa en rad andra sanktioner, exempelvis:

- Yrkesförbud. Gäller yrken som kräver särskild legitimation (exempelvis läkare eller taxichaufför) eller andra yrken som kan medföra fara för andra eller för brukaren själv.
- Förbud mot att uppehålla sig på vissa platser.
- Förbud mot att umgås med vissa personer.
- Förbud mot att lämna landet utan särskilt tillstånd.
- Anmälningsplikt på särskild plats och tid, bestämda av kommissionen.
- Förlorad vapenlicens.
- Beslag av vissa föremål. Föremål som kan utgöra en risk för brukaren eller dess omgivning kan beslagtas. Det gäller också föremål som kan komma att användas vid framtida brott.
- Beslag av medel. Pengar som brukaren får från offentliga myndig-

heter (olika typer av bidrag) kan ställas under kontroll av CDT. Pengarna ska fortfarande användas å brukarens vägnar och med personens samtycke.

De olika sanktionerna kan gälla olika lång tid: minst en månad, maximalt tre år.

Narkotikalagen från 1993 gäller fortfarande

Det är i grunden fortfarande narkotikalagen från 1993 som gäller. Ändringarna som gjordes 2001 gäller enbart vilken typ av påföljd som blir aktuell när det gäller eget bruk eller innehav för eget bruk.

Innan lagen ändrades var straffet böter eller fängelse upp till tre månader för köp, bruk eller mindre innehav av narkotika. Om mängden narkotika bedömdes vara för mer än tre dagars bruk kunde fängelse upp till ett år utdömas. I förarbetena till lagen (den som kom 1993) kan man dock läsa att den ska ses som ”symbolisk snarare än bestraffande” och att det främsta målet var att få människor till behandling.

Lagen från 1993 innehåller också bestämmelser som sade att tillfälliga användare av narkotika kan komma undan med en villkorlig dom/varning och att den som är beroende och går med på behandling kan få åtalet nedlagt.

”Det finns forskare som menar att lagen så som den tillämpades innan 2001 i praktiken låg ganska nära en avkriminalisering och att steget man tog därmed inte var så dramatiskt.”

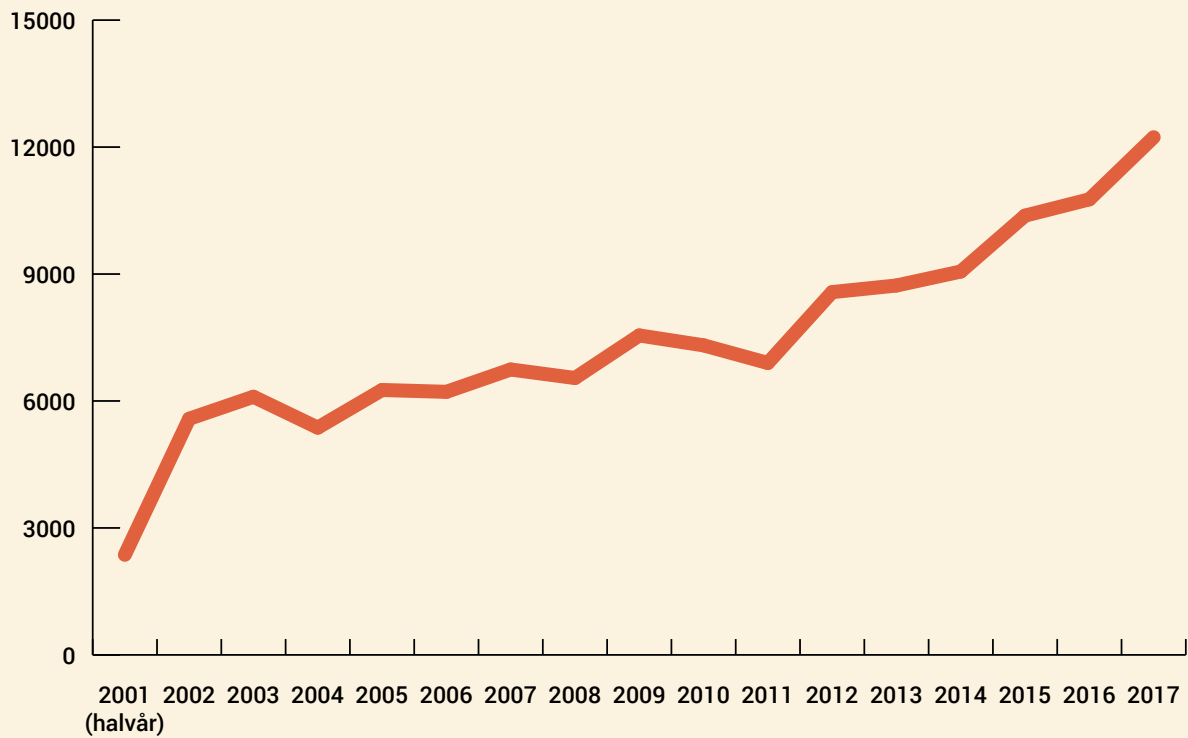
Det finns forskare som menar att lagen så som den tillämpades innan 2001 i praktiken låg ganska nära en avkriminalisering och att steget man tog därmed inte var så dramatiskt.⁵

Fördubbling av antalet ärenden sedan 2011

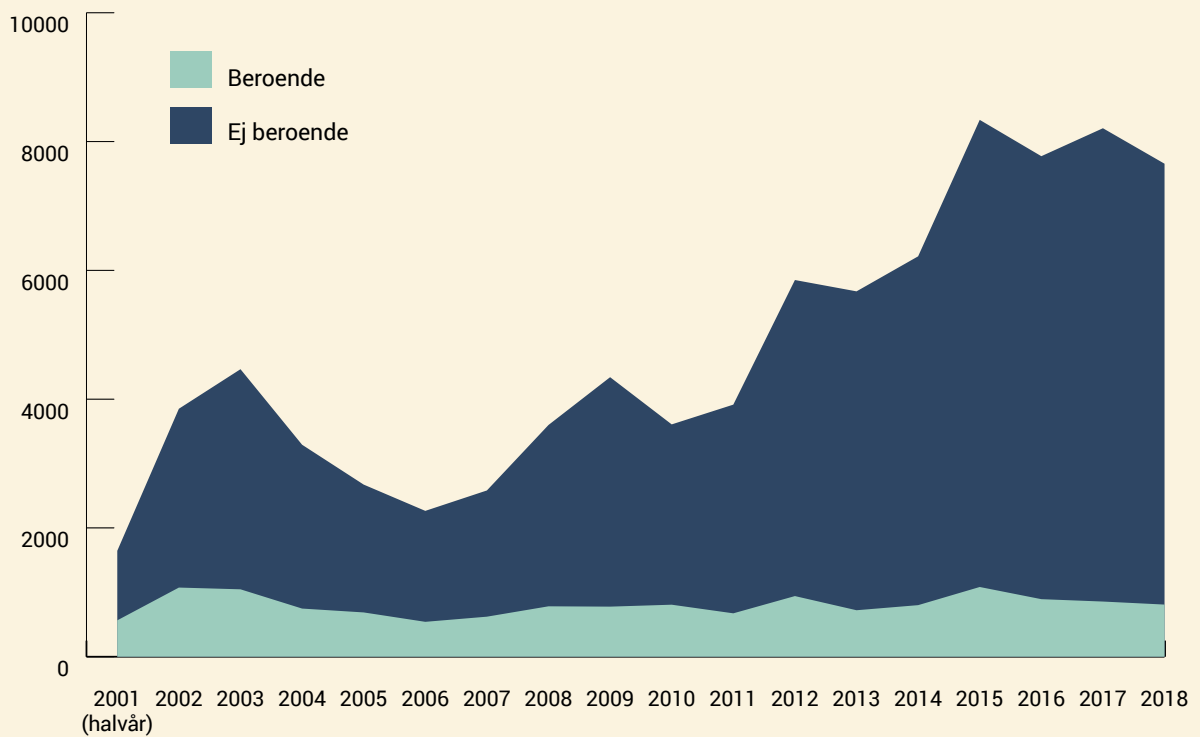
Under 2001 hanterades omkring 2 400 ärenden av avrådningskommissionerna, men då var de bara verksamma under andra halvan av året. Fram till 2011 ökade antalet sakta, och låg mellan 6 000 och 7 000 ärenden per år. Därefter har det skett en snabbare ökning och 2017 var man uppe i drygt 12 200 ärenden.¹⁰ (Se figur 1)

En allt större del av de som inkallas till avrådningskommissionerna bedöms inte vara beroende av narkotika. (Se figur 2). De flesta som blir inkallade är unga, gruppen 16–24-åringar står för strax över hälften av besöken.¹¹ Detta kan spegla att bruket är större i den åldersgruppen men det kan också indikera att polisen prioriterar unga människor för att de ses som mer sårbara.

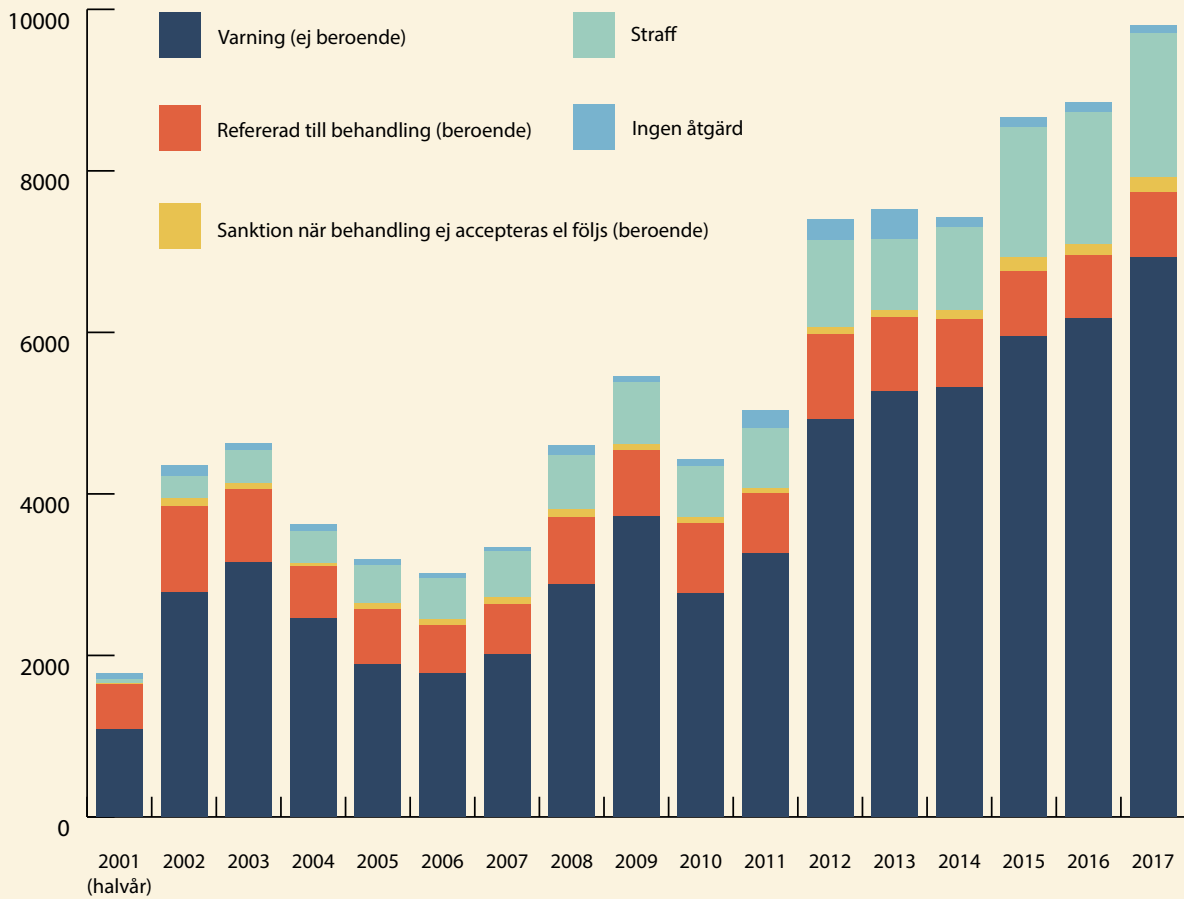
Könsfördelningen är mycket ojämn: 2017 var 92,6 procent av de inkallade män och 7,4 procent kvinnor. Detta kan till viss del bero på att användningen av narkotika skiljer sig mellan könen, men där är skillnaderna inte alls lika stora: Statistik från EMCDDA för 2016 visar att 5 procent av kvinnorna och 11 pro-



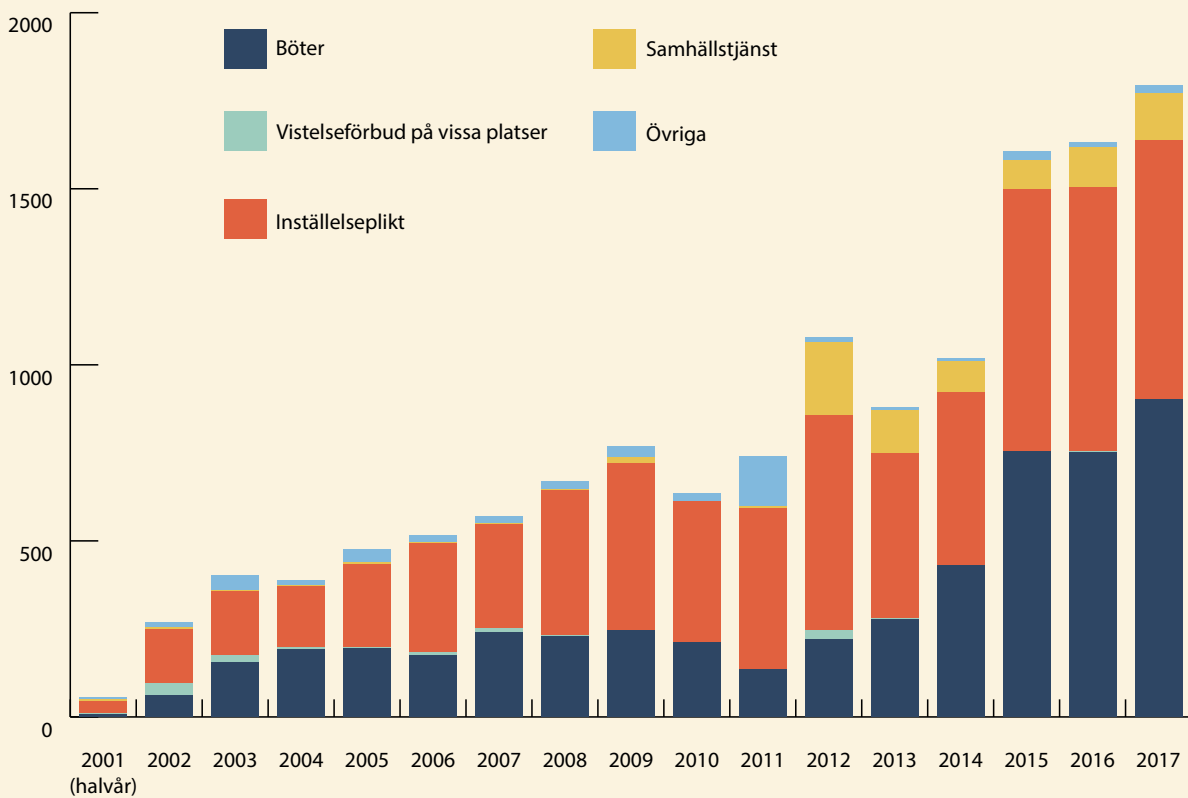
Figur 1. Antal ärenden som behandlats av avrådningskommissionerna 2001-2017



Figur 2. Antal beroende/ej beroende personer som ställts inför avrådningskommissionerna 2001-2018



Figur 3. Typ av åtgärd 2001-2017



Figur 4. Typ av straff 2001-2017

cent av männen mellan 15 och 34 år brukat cannabis det senaste året. Andra tänkbara förklaringar till den ojämna fördelningen är att polisen prioriterar män eller att män som grupp har ett mer ”synligt” bruk av narkotika.

Varning eller böter vanligast

Tittar man på vilken typ av åtgärder som kommissionerna använder (figur 3) så är en varning, en slags villkorlig ”dom”, det vanligaste. (I de engelskspråkiga dokumenten kallas detta för ”Provisional suspension of the procedure”). Som nämnts tidigare så är detta det normala förfarandet när någon kommer till kommissionen för första gången och inte anses vara beroende av narkotika. Under 2017 utfärdades en sådan varning i 71 procent av fallen.

Olika typer av sanktioner förekom i 18 procent av fallen 2017. I åtta procent blev utfallet villkorligt med hänvisning till behandling – den åtgärd som är absolut vanligast när det gäller personer som klassificeras som beroende. I omkring en procent av fallen frikändes personen och saken lämnades utan åtgärd.

I figur 4 visas de olika sanktionerna i detalj. Den vanligaste sanktionen är böter, men även inställelseplikt (regelbundna besök hos kommissionen, hälsocenter eller liknande) och samhällstjänst är vanligt förekommande.

Portugals avkriminalisering i korthet

- Sedan 2001 är det inte längre juridiskt straffbart att bruka narkotika i Portugal. Detta gäller också innehav för personligt bruk. Den som blir tagen av polis för bruk eller mindre innehav ställs istället inför en avrådningskommission. Den som bedöms vara beroende hänvisas i först hand till vård.
- Kommissionerna har möjlighet att använda en rad olika sanktioner, såsom böter, förbud mot att besöka vissa platser eller umgänge med vissa personer, rapporteringsplikt eller yrkesförbud. För den som ställs inför kommissionen första gången (och som inte är beroende) är det vanligaste beslutet en slags varning.
- Förändringen av lagstiftningen var en del av en bred reform där också en stor satsning på vård och behandling ingick. Totalt dubblades budgeten för insatser relaterade till narkotika.

Mer än bara avkriminalisering

Det som gör exemplet Portugal både intressant och svårt att värdera är att landet i samband med avkriminaliseringen gjorde andra stora och genomgripande satsningar. Man tog fram en bred plan med 30 ambitiösa mål för allt från förebyggande arbete till behandling. Resurserna för primärprevention ökades med 150 procent, bidragen till civilsamhällets insatser på området dubblades. Man satsade på att ha hundra procentig täckning av sprututbytesverksamhet inom fyra år och lågröskelprogram för substitutionsbehandling.

Listan fortsätter: Utbyggnad av natthärbärgen i städerna, dubbelt så många instegslägenheter, en ökning av kapaciteten inom avgiftning med 50 procent på två år och en fördubbling av resurserna till substitutionsbehandling. Forskningen på området fick en resursökning på 200 procent.

Fördubblad budget

Sammantaget beslutade man att budgeten för narkotikarelaterade åtgärder skulle fördubblas på fem år.⁵ Det exakta utfallet är svårt att säga något säkert om, den data som finns är osäker. Klart är att det var ett minst sagt ambitiöst åtgärdspaket som antogs av den portugisiska regeringen i samband med avkriminaliseringen. Utvärderingen som gjordes 2004 visar att också att man nådde de flesta av målen, helt eller delvis.¹⁵

João Goulão, chef för Portugals narkotikamyndighet SICAD och en av medlemmarna i expertgruppen bakom förslagen, är noga med att påpeka att de här åtgärderna har varit centrala, utan dem hade resultaten blivit annorlunda. Enbart en avkriminalisering hade sannolikt förvärrat situationen. Han menar också att ändringen av lagen blev en slags plattform för goda behandlingsinsatser. ”Attityderna blir annorlunda i alla led. Jag tycker att den som är beroende av narkotika behandlas med större värdighet idag och jag vet att många läkare är mer bekväma idag med att dela ut rena sprutor till exempel.”¹

”Sammantaget beslutade man att budgeten för narkotikarelaterade åtgärder skulle fördubblas på fem år.”

Utvärderingsrapporten från 2004 visade också att en del mål inte hade uppfyllts. Ett exempel är att man inte lyckats minska den narkotikarelaterade brottsligheten. Rapportförfattarna rekommenderade förutom ytterligare förbättringar av vård och prevention bland annat fler gripanden av narkotikaförsäljare för att minska tillgängligheten.

Flera saker skedde alltså parallellt med avkriminaliseringen, vilket gör det svårt att avgöra vad som egentligen har gett resultat. Vad beror på själva avkriminaliseringen? Är det i själva verket den massiva ökningen av vårdin-

satser som lett till störst förändring? Klart är att de ansvariga för reformen inte ser att enbart avkriminaliseringen hade gett önskvärda resultat, snarare tvärtom, andra insatser har varit avgörande.

Utvecklingen i Portugal efter 2001

I samband med avkriminaliseringen 2001 minskade den narkotikarelaterade dödligheten i Portugal kraftigt. Utvecklingen är inte alldeles enkel att följa, myndigheterna har under de här åren bytt sätt att räkna på, vilket gör att man inte kan jämföra rapporter från början av 2000-talet med de siffror som kommer ut idag. Omräkningar till dagens system har dock gjorts i efterhand och även då syns en minskning under de första tio åren. Efter 2005 har trenden vänt uppåt igen och idag är siffrorna uppe på liknande nivåer som innan reformerna. Mer om detta nedan.

Den narkotikarelaterade hiv-smittan, ett enormt problem på 1990-talet, har minskat stadigt och är nu nere på samma nivå som i Sverige.

Bruket av cannabis, särskilt bland unga, har ökat efter avkriminaliseringen. Andelen 15–16-åringar som använt cannabis de senaste 30 dagarna är fyra gånger högre i Portugal jämfört med Sverige. Antalet inläggningar på

”Den narkotikarelaterade hiv-smittan, ett enormt problem på 1990-talet, har minskat stadigt och är nu nere på samma nivå som i Sverige.”

sjukhus för cannabisrelaterade psykos-tillstånd ökade nästan 30 gånger mellan 2000 och 2015.

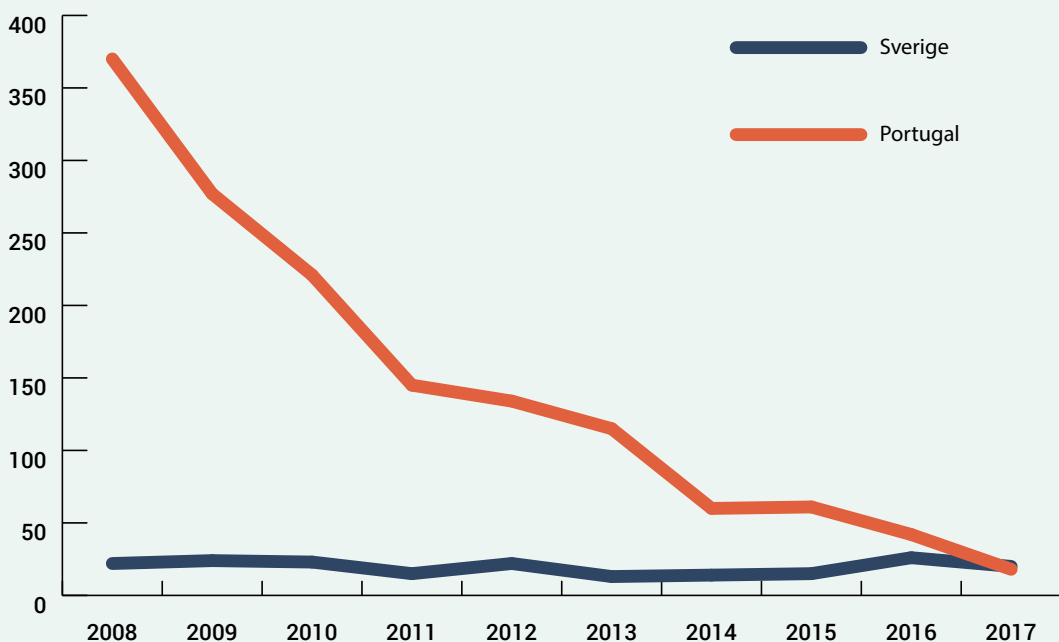
Nedan följer en djupare redogörelse för hur narkotikarelaterad hiv-smitta och narkotikarelaterad dödlighet har

utvecklats sedan 2001. Ett kapitel ägnas särskilt åt att försöka reda ut skillnaderna mellan sättet att mäta dödlighet i Sverige och Portugal och om det är relevant att jämföra siffrorna mellan de två länderna. Vi tittar också på hur användningen av narkotika utvecklats.

I Sverige förs ibland gängkriminalitet och våld fram som ett argument för avkriminalisering. Forskare har dock inte funnit någon minskning när det gäller narkotikarelaterat våld sedan avkriminaliseringen i Portugal 2001. Antalet mord i landet ökade med 76 procent mellan 2001 och 2007, men det går inte att säga om denna ökning är relaterad till narkotika eller inte.⁵

Spridning av narkotikarelaterad hiv

I slutet av 1990-talet hade Portugal den högsta andelen hiv-smittade bland injicerande narkotikaanvändare i hela EU. Under 1999 var 18 procent av de som behandlades för narkotikaproblem hiv-positiva. Trenden började vika nedåt redan innan avkriminaliseringen och var året efter nere på 14 procent.¹⁴ Sedan



Figur 5. Antal nya narkotikarelaterade hiv-fall 2008-2017.

Källa: EMCDDA Statistical Bulletin 2019

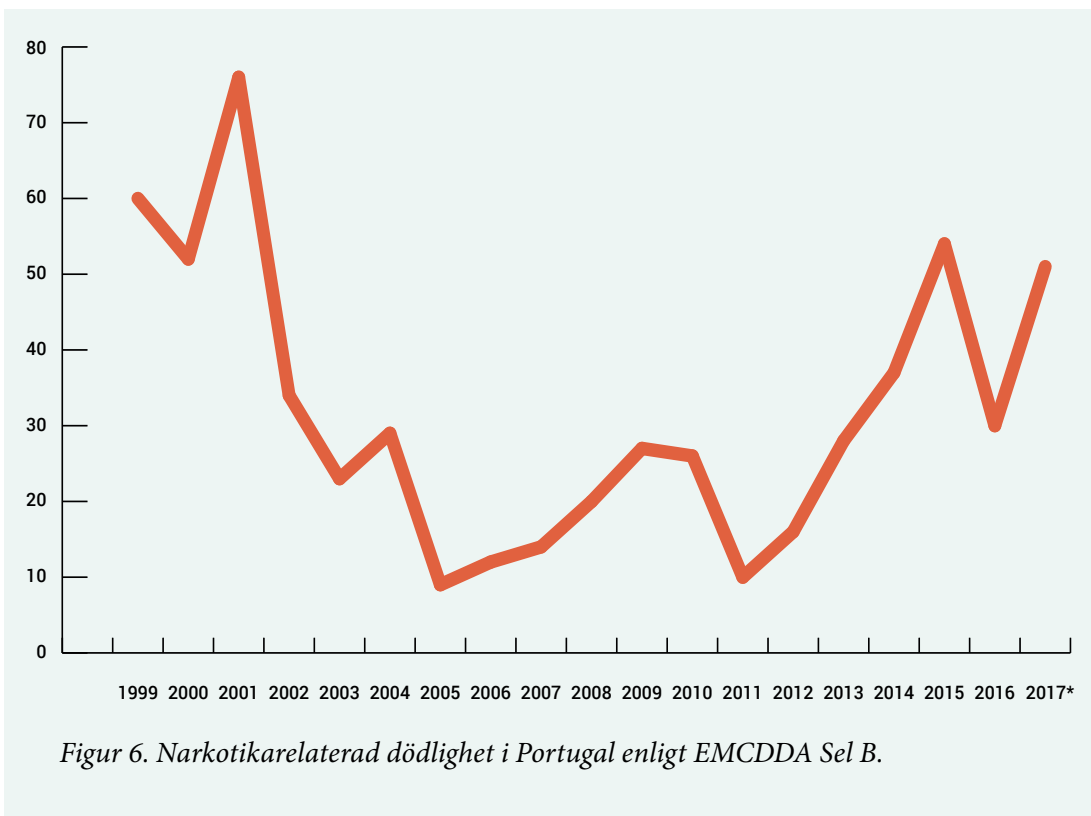
början av 2000-talet har antalet nya fall fortsatt att minska stadigt, men låg ändå länge på högre nivåer än många andra länder i Europa. Så sent som 2015 var Portugals siffra tre gånger högre än Sveriges, först 2017 rapporterade Sverige och Portugal likartade siffror.

I en rapport till EMCDDA påpekas att trendbrotten sammanfaller tidsmässigt med att antalet nya hiv-fall globalt stabiliserats, något som kan ha påverkat resultaten i Portugal. Man menar också att fler sprututbytesprogram troligen har bidragit till att minska förekomsten av hiv bland injicerande narkotikaanvändare.¹⁵

Narkotikarelaterad dödlighet

Att studera narkotikarelaterad dödlighet i Portugal är komplext. Flera olika sätt att mäta förekommer i litteraturen, och ibland jämförs de med varandra på ett direkt felaktigt sätt. Längre förlitade man sig enbart på toxikologiska tester där alla som dog med narkotika i kroppen (och som obducerades) räknades in i statistiken. Detta leder till en viss överrapportering. Ett arbete för att förbättra metodiken inleddes 2007, men relevant statistik har ändå inte kunnat levereras till EU:s narkotikamyndighet EMCDDA varje år.¹⁶

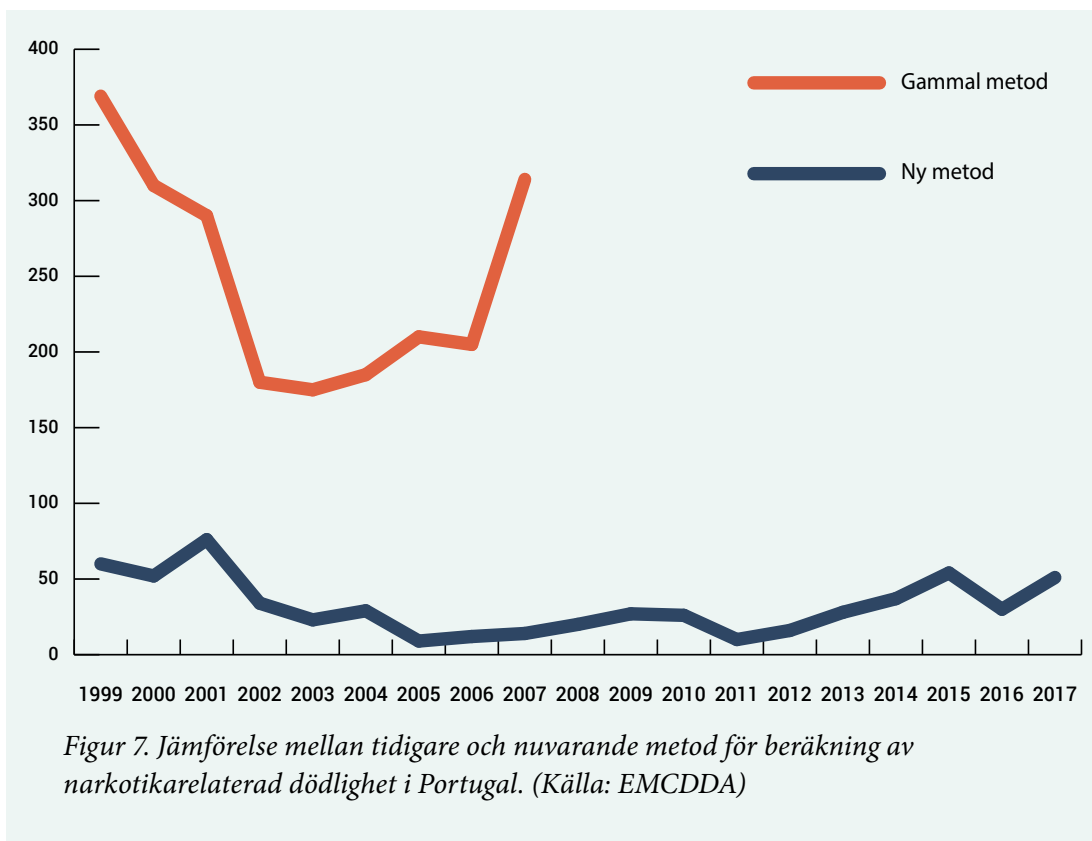
Först 2008 kom data som bygger på läkares bedömning (och inte bara toxikologiska prover) och som enligt portugisiska myndigheter följer EMCDDA:s



definition av narkotikarelaterad dödlighet. I samband med att dessa data blev tillgängliga gjordes också en beräknad tidsserie tillbaka till 1999 som ska vara jämförbar.¹⁷ (Se figur 6).

Att Portugal under perioden har bytt sätt att beräkna narkotikadöd för med sig en del förvirring. Landet rapporterade betydligt högre tal än idag fram till 2008. För år 2000 rapporterades enligt det gamla sättet att räkna över 300 dödsfall, medan det i senare rapporter anges 52 dödsfall för samma år. Ibland blandas de två sätten att räkna, som i en debattartikel i Sydsvenska Dagbladet den 10 januari 2020: "Det land som har uppnått de mest väldokumenterade framgångarna är Portugal ... Högst var dödstalet år 1999. Då var antalet dödsfall 369 ... Idag har Portugal lägst narkotikadödlighet i hela Europa. År 2015 var antalet narkotikarelaterade dödsfall i Portugal endast 60 ..."¹⁸

Misstaget är lätt att göra. Den som söker på statistik hos EMCDDA hittar enkelt de äldre rapporterna där de högre siffrorna redovisas. Jämför man dessa med senare rapporter blir det som att jämföra äpplen och päron. (Siffrorna som anges i debattartikeln – enligt det nya sättet att räkna – är för övrigt 60 dödsfall 1999 och 54 dödsfall för 2015. Ingen större förbättring med andra ord.)



Oavsett om man tittar på det nya eller gamla sättet att räkna (se figur 7) så syns en kraftig minskning av dödligheten de första åren efter avkriminaliseringen. Mellan 2005 och 2011 sker dock ett trendbrott och kurvan börjar gå uppåt igen. Siffrorna för 2015 och 2017 är uppe i samma nivåer som åren 1999-2000, innan reformerna trädde i kraft.

Vad de senaste årens uppgång beror på är svårt att säga. En del av den kan vara relaterat till den globala ekonomiska krisen runt 2008 som drabbade Portugal hårt och tvingade fram besparingar i både vård och andra åtgärder. Men även i Sverige och andra länder syns ett trendbrott i statistiken runt 2005, något som ofta kopplas till en ökad tillgång till opioider.

I en artikel som handlar om de senaste årens uppgång pekar SICAD själva på andra tänkbara orsaker: Tillgången till narkotika ökar, både via ökad internethandel och att landet spelar en allt mer central roll som transitland i internationell narkotikahandel.⁴⁸

**Data för 2017 var inte publicerad av EMCDDA vid tiden för den här rapportens publicering. Siffran är hämtad från SICAD.²⁰*

Går det att jämföra dödstalen mellan Portugal och Sverige?

Många opinionstexter om avkriminalisering av narkotika innehåller en jämförelse av de narkotikarelaterade dödstalen mellan Portugal och Sverige. Jämförelsen är tacksam: Enligt tabellerna som sammanställs av EU:s narkotikamyndighet EMCDDA ligger Portugal bland de lägsta och Sverige näst högst. Länderna borde också vara möjliga att jämföra då vi har ungefär samma folkmängd.

Skillnaderna är slående. Den narkotikarelaterade dödligheten var som högst i Portugal 2001 – då rapporterade man 76 dödsfall till EMCDDA. Samma år rapporterade Sverige 204 dödsfall. Efter detta har skillnaderna i de rappor-

”Trenden i Portugal de första åren nedåtgående, men sedan har dödstalen vänt uppåt igen.”

terade siffrorna bara ökat. 2016 rapporterade Portugal 30 dödsfall och Sverige 590.¹⁹

Trenden i Portugal var de första åren nedåtgående, men sedan har dödstalen

vänt uppåt igen. Den officiella siffran för 2017 är inte publicerad av EMCDDA ännu, men enligt en rapport från SICAD räknade man då till 51 dödsfall, en ökning med 30 procent jämfört med året innan.²⁰ Det är betydligt fler än man hade 2002 och nästan lika många som 2000, året innan avkriminaliseringen.

Nya rutiner och bättre maskiner gav högre tal

I Sverige var läget ganska stabilt fram till 2006 då en kraftig ökning inleddes. Vad den ökningen beror på är inte helt klarlagt, men i en rapport från 2016 menar forskaren Håkan Leifman att omkring halva ökningen det senaste decenniet beror på ändringar i metodiken.²¹

”Fler screenas, nya preparat tas med, från 2011 söker man efter fentanyl på samma sätt som andra preparat, och instrument har förfinats – och därför upptäcker man fler narkotikadöda”, säger Håkan Leifman.²²

Den verkliga ökning som skett i Sverige är om Håkan Leifman har rätt 40–50 procent från 2006 till 2016, inte den dryga fördubbling som syns i den officiella statistiken. Denna ökning verkar vara kopplad till ökad tillgång och bruk av opioider. Heroin har legat stilla under perioden, medan dödligheten kopplad till metadon och buprenorfin (läkemedel som används inom substitutionsbehandling) har ökat. Om de här preparaten i första hand läcker från behandlingarna eller om de smugglas in är osäkert. Klart är att ökningen sammanfaller i tid med att substitutionsbehandlingen byggts ut i Sverige.

Problematiskt att jämföra

Att jämföra dödstalen mellan olika länder är mer problematiskt och mer komplext än vad som vanligen kommer fram i diskussionerna om ämnet.

EMCDDA säger själva att alla jämförelser mellan länder måste göras med försiktighet ”då underrapportering förekommer i vissa länder”. I en teknisk rapport har EMCDDA också konstaterat att det finns betydande skillnader mellan olika länder på en rad områden:²³

- Antal obduktioner och rättsmedicinska analyser som görs, och kvalitén på dessa. Rutiner för när obduktion och rättsmedicinsk analys ska göras varierar.
- Tillgänglighet till information för läkaren som ska avgöra dödsorsak.
- Olika klassificeringssystem används och kvaliteten på klassificeringarna bedöms variera.
- Standard på tillgänglig laboratorieutrustning varierar.

Sedan 2008 redovisar Portugal dödstal baserat på det allmänna dödsorsaksregistret, vilket bygger på en läkares samlade bedömning. Sverige gör likadant, men det finns flera saker som tyder på att metoderna skiljer sig så mycket åt att statistiken i praktiken är ojämförbar mellan de två länderna.

En indikation på detta får man genom att också titta på toxikologiska data, det vill säga hur många som dog med narkotika i kroppen och jämföra detta med antalet som i slutändan har klassats som narkotikarelaterade dödsfall. Så här såg det ut 2007, det senaste årtalet vi har jämförbar data för:

	Antal döda med narkotika i kroppen	Narkotikadödlighet (EMCDDA sel B)	Andel
Portugal	314	14	4,5%
Sverige	396	310	78,3%

Tabell 3: Jämförelse mellan antal som dog med narkotika i kroppen och antal dödsfall som rapporterades som narkotikarelaterade i Sverige och Portugal 2007. (Källa: EMCDDA och Fugelstad ⁴⁹)

I Sverige klassificerades 2007 över 75 procent av de som dör med narkotika i kroppen som överdosfall enligt kriterierna som EMCDDA satt upp. I Portugal var motsvarande siffra under fem procent. Detta tyder på att det finns stora skillnader i metodik, tillgänglig information och i hur läkare klassificerar dödsfall i de två länderna.

Stor skillnad i antal obduktioner

Forskarna Waal och Gossop pekar i en studie på ytterligare skillnader mellan länder som bidrar till att statistiken är svårtolkad och inte alltid ger relevanta underlag för jämförelser. I vissa länder är obduktion standardförfarandet vid alla oväntade dödsfall, i andra sker de mer osystematiskt och oregelbundet.²⁴

”I vissa länder är obduktion standardförfarandet vid alla oväntade dödsfall, i andra sker de mer osystematiskt och oregelbundet.”

Tittar man på Portugal och Sverige när det gäller antal obduktioner så är det senaste jämförbara året i WHO:s statistik 2004: Då genomfördes obduk-

tioner vid 6,9 procent av alla dödsfall i Portugal, medan motsvarande siffra i Sverige var 13,9 procent.²⁵ I Sverige genomfördes samma år 4961 rättskemiska analyser i samband med obduktion.²⁶ Motsvarande siffra i Portugal var 1656.²⁷ Sammantaget gör dessa skillnader sannolikt stor skillnad för hur många fall av narkotikarelaterad död som faktiskt fångas upp i statistiken.

	Andel dödsfall som leder till obduktion	Antal rättskemiska analyser
Portugal	6,9 %	1656
Sverige	13,9 %	4961

Tabell 4: Obduktioner och antal rättskemiska analyser i Portugal och Sverige 2004.

När man studerade hur pålitlig statistiken är i Frankrike – ett land med låg narkotikadödlighet i EMCDDA:s statistik – visade det sig att landet underreporterar antalet döda med minst 30 procent, kanske med så mycket som 60 procent.²⁸ Någon motsvarande studie för Portugal finns inte.

Ett generellt problem är att rutinerna för vilka dödsorsaker som noteras på dödsfallsintyg inte är standardiserade och att de dödsorsaker som anges

”Det är en bekväm och enkel kodning för läkaren. Den kräver ingen uppföljning och används ofta när information saknas, exempelvis resultat från rättskemisk analys.”

ofta är ganska diffusa. Det kan leda till att dödsfall klassificeras som ”okänd orsak”, en kod som används betydligt mer frekvent i vissa länder – inte sällan i samband med att människor med ett beroende av narkotika dör.²⁴ Det är en bekväm och enkel kodning för läkaren. Den kräver ingen

uppföljning och används ofta när information saknas, exempelvis resultat från rättskemisk analys.

Konkurrerande diagnoser

I en del länder finns ett mönster där man kan se relativt låga siffror för narkotikarelaterad dödlighet men höga siffror för andra dödsorsaker som ofta är kopplade till just narkotikabruk. Waal och Gossop tar i sin studie upp Spanien, Italien och Portugal som exempel där dödligheten i aids bland narkotikamissbrukare ligger högt. Österrike, Italien, Spanien och Frankrike har höga tal när det gäller dödlighet av hepatit, också det en sjukdom som är nära förknippad med injektionsmissbruk. Forskarna menar att ”competing causes of death” leder till att många dödsfall som är direkt relaterade till narkotikamissbruk kodalas på ett sätt som gör att de inte syns i statistiken.

För att illustrera detta kombinerade Waal och Gossop statistiken för narkotikarelaterad dödlighet med andra diagnoser relaterade till intravenöst drogbruk. Med data för 2007 som utgångspunkt hamnade då Portugal på en andraplats i Europa med bara Estland före.²⁹

Låt oss göra samma beräkning med nyare data. Enligt Eurostat dog 331 personer på grund av hiv/aids i Portugal 2016. I Sverige var motsvarande siffra 12 personer. Enligt EMCDDA:s uppskattning³⁰ är 12 procent av alla dödsfall på grund av hiv/aids i Sverige relaterade till injektionsmissbruk. Motsvarande siffra för Portugal är 49,9 procent. Summerar man de här dödsfallen med de som redovisas till EMCDDA hamnar länderna närmare varandra (se tabell 5).

	EMCDDA sel B	Antal döda pga hiv/aids	Andel relaterad till narkotika	Narkotikarelaterade dödsfall i hiv/aids	Summa
Portugal	30	331	49,9 %	165	195
Sverige	590	12	12%	1	591

Tabell 5: Narkotikarelaterade dödsfall när man räknar med narkotikarelaterade fall av hiv.

Räknar vi dessutom med en del av alla dödsfall på grund av hepatit och de som kodats som ”oklar orsak” (R96-R99 i ICD10) blir resultatet som visas i tabell 6. Koder för oklar orsak används mer än dubbelt så ofta i Portugal som i Sverige. Hepatit – som ofta förknippas med injektionsmissbruk – ligger också betydligt högre.

	EMCDDA sel B	Hiv/aids (se ovan)	Hepatit (Eurostat, 30%)	Oklar orsak (Eurostat, 30%)	Summa
Portugal	30	246	40	809	1125
Sverige	590	1	15	305	911

Tabell 6: Räkneexempel. Summering av narkotikarelaterade dödsfall, 30 procent av dödsfall på grund av hepatit och av de som kodats som ”oklar orsak”.

I tabell 6 har vi räknat med 30 procent av alla dödsfall på grund av hepatit och av de som kodats med oklar orsak. De här beräkningarna ska ses som ett räkneexempel – vi vet inte hur stor del av de här dödsfallen som i verkligheten är narkotikarelaterade. Exemplet visar ändå att narkotikadödlighet är ett komplext ämne och att skillnaderna mellan Portugal och Sverige kanske inte är så stora som EMCDDA:s statistik ger sken av.

Det är mycket vanskligt att jämföra statistik kring narkotikarelaterad dödlighet mellan olika länder, man måste göra en betydligt djupare analys än att bara jämföra EMCDDA:s siffror rakt av.

När det gäller Portugal och Sverige är skillnaderna i sättet att fånga och rapportera dödsfall så stora att jämförelser mellan länderna i praktiken blir meningslösa. Det mesta talar för att metodskillnaderna är stora överlag i Europa. Ligger Sverige verkligen på andra plats i EU när det gäller narkotikadödlighet? Ingen vet säkert.

Användningen av narkotika efter 2001

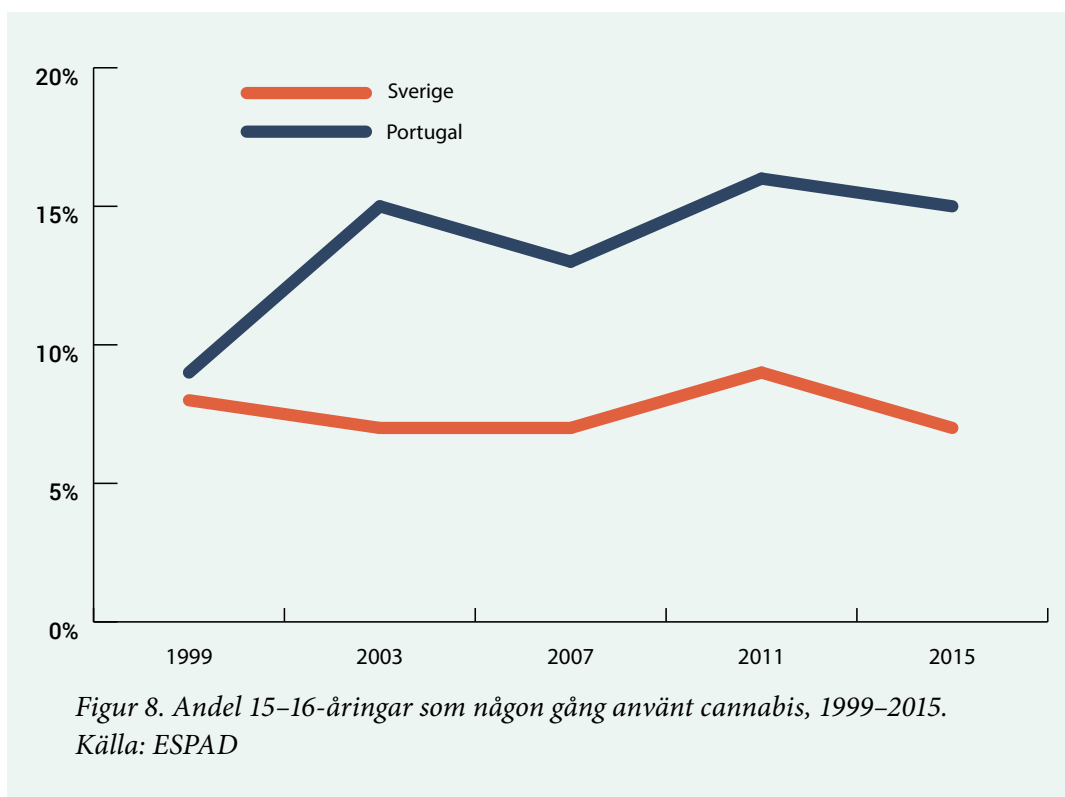
Portugals första befolkningsstudie någonsin när det gäller narkotikabruk genomfördes först 2001, samma år som avkriminaliseringen trädde i kraft. Från tiden innan dess finns endast ett par undersökningar bland ungdomar genomförda inom ramen för EU-projektet ESPAD.

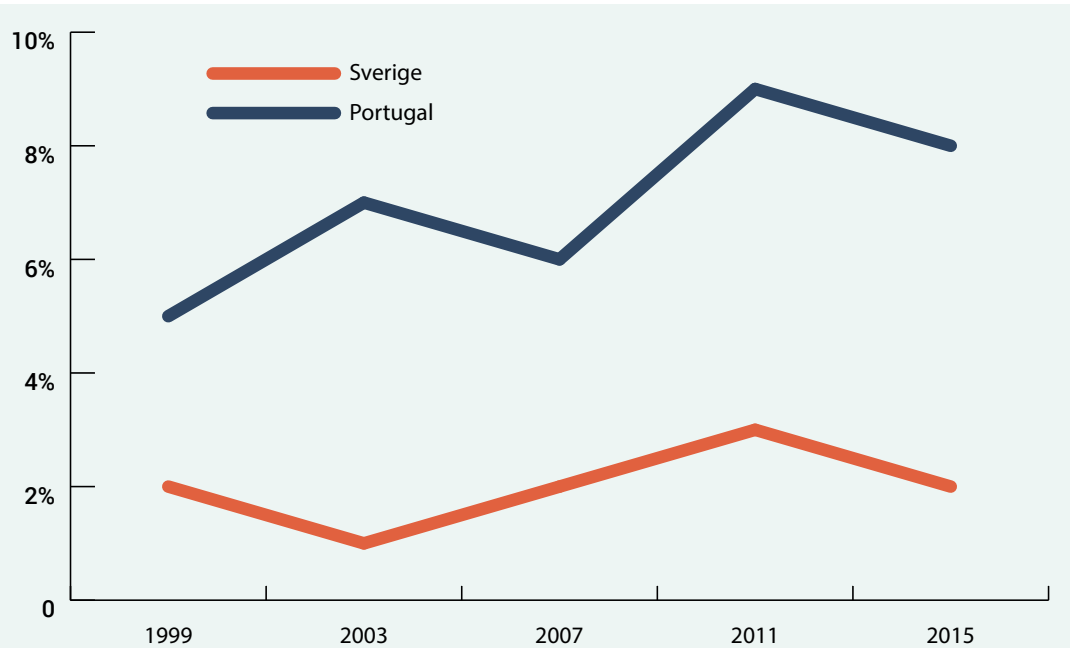
Avsaknaden av data försvårar förstås en utvärdering av de förändringar Portugal genomfört. Data för 2001 kan i någon mån ses som information om hur läget var före reformen, men redan då hade politik och vårdinsatser börjat ställas om. Jämförbara siffror från 1990-talet hade gjort det enklare att få en rättvisande bild av vad som hänt.

Ökat cannabisbruk bland 15–16-åringar

Den data som finns visar att användandet av cannabis bland 15–16-åringar har ökat i Portugal de senaste 20 åren. Tittar man på livstidsprevalens i gruppen har den gått upp från 9 procent 1999 till 15 procent 2015. Andelen som använt cannabis de senaste 30 dagarna har gått upp från 5 till 8 procent under samma tidsperiod. Den största ökningen skedde mellan 1999 och 2003.³¹

Tittar vi på samma källa (ESPAD 2015) för Sverige så har siffrorna i princip legat stilla under samma period. Livstidsprevalensen var till och med något lägre 2015 jämfört med 1999, andelen som använt cannabis de senaste 30





Figur 9. Andel 15–16-åringar som använt cannabis de senaste 30 dagarna, 1999–2015.
Källa: ESPAD

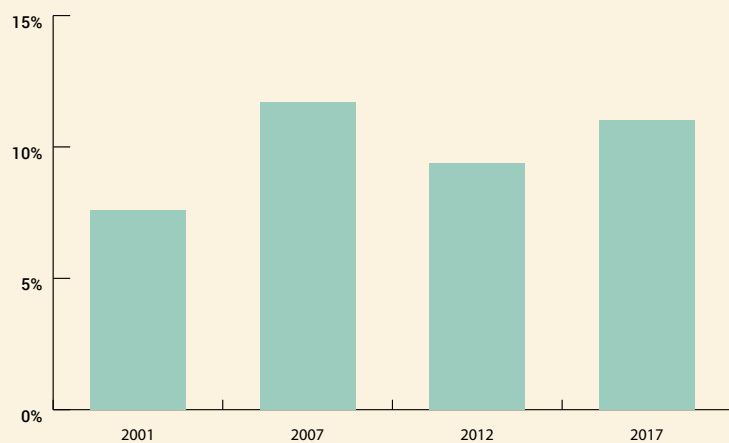
dagarna låg på två procent både i början och i slutet av perioden. (Se figur 8 och 9.) Skolundersökningarna inom ESPAD görs vart fjärde år. Siffrorna för 2019 var inte tillgängliga vid tiden för den här rapportens publicering.

När det gäller utvecklingen i hela befolkningen (15–64 år) i Portugal så gör SICAD, den myndighet som ansvarar för narkotikafrågor, regelbundna mätningar sedan 2001. Den senaste publicerades 2018 och täcker utvecklingen fram till 2017.³² Också i den här gruppen syns en ökning av cannabisbruket. Livstidsprevalensen för cannabis bland 15–64-åringar har ökat från 7,6 procent till 11 procent 2017. Andelen som använt cannabis de senaste 12 månaderna har ökat från 3,3 procent till 5,4 procent. Här har den största ökningen skett mellan 2012 och 2017. (Se figur 10 och 11)

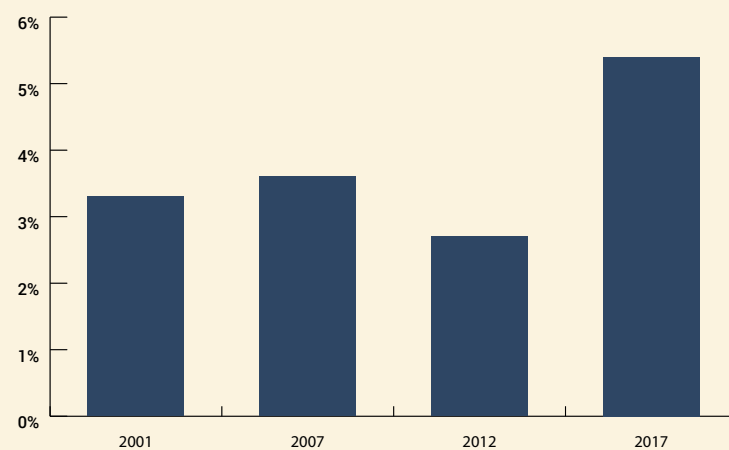
I Sverige var 2018 andelen i hela befolkningen (16–84 år) som använt cannabis de senaste 12 månaderna tre procent.³³ Siffrorna är inte direkt jämförbara med de portugisiska på grund av olika undersökningsår och något annorlunda åldersurval, men ger ändå en indikation om skillnaden.

Minskning av heroin och kokain de senaste 10 åren

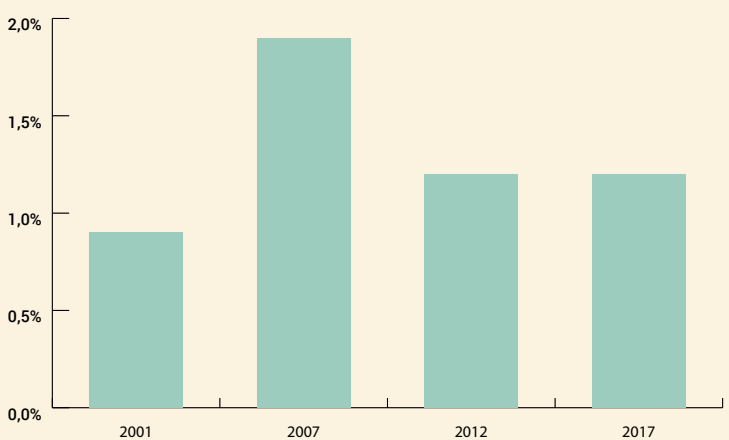
Användningen av heroin i Portugal ökade de första åren efter avkriminaliseringen men har minskat de senaste åren. 2007 var siffran som högst, då angav 0,3 procent av 15–64-åringarna att de använt heroin de senaste 12 månaderna. Livstidsprevalensen låg då på 1,1 procent. 2017 låg motsvarande



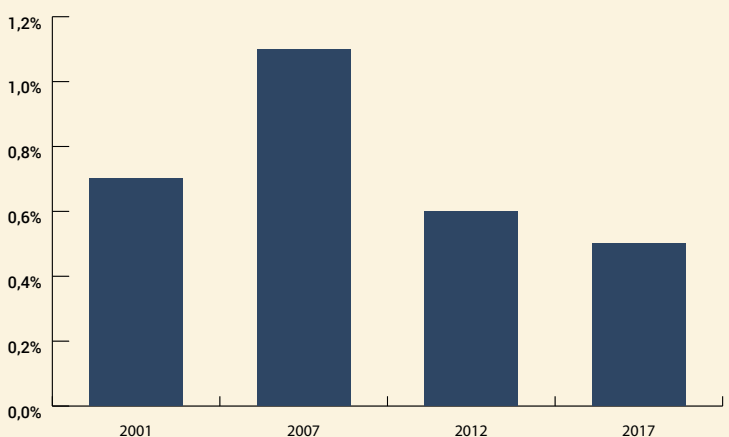
Figur 10. Andel 15–64-åringar som någon gång använt cannabis. Källa: SICAD



Figur 11. Andel 15–64-åringar som använt cannabis senaste 12 månaderna. Källa: SICAD



Figur 12. Andel 15–64-åringar som någon gång använt kokain. Källa: SICAD



Figur 13. Andel 15–64-åringar som någon gång använt heroin. Källa: SICAD

siffror på 0,1 respektive 0,5 procent. En liknande utveckling kan ses när det gäller kokain.³²

Sammantaget är bilden blandad. Ökningen bland skolungdomar är den mest iögonfallande utvecklingen – svenska och portugisiska elever låg nära varandra i slutet av 1990-talet medan den senaste ESPAD-rapporten visar att användning av cannabis bland 15–16-åringar de senaste 30 dagarna är fyra gånger större i Portugal än i Sverige.

I befolkningen i stort har utvecklingen i Portugal varit mindre tydlig. Cannabisbruket tycks ha gått upp, dock med en tydlig nedgång 2012. (Antalet medverkande i studien var betydligt färre då än under de övriga åren och resultatet bör därför tolkas med något större försiktighet.) När det gäller kokain och heroin syns tydliga tecken på en nedgång, dock efter en tydlig ökning mellan 2001 och 2007. (Se figur 12 och 13).

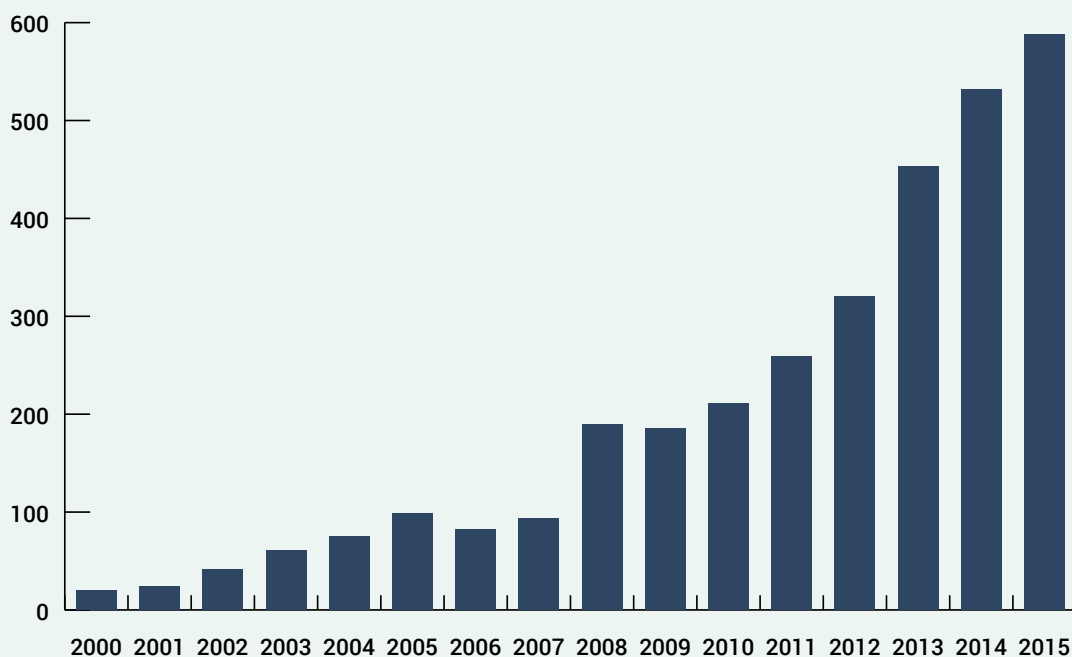
Cannabisrelaterade psykossjukdomar

Under hösten 2019 publicerades en studie i *International Journal of Methods in Psychiatric Research* som visar att antalet inlagda på sjukhus för cannabisrelaterade psykostillstånd ökat 29,4 gånger mellan år 2000 och 2015.³⁴ Utvecklingen gick från 20 fall om året till nästan 600 på bara femton år.

Att cannabis kan orsaka akuta psykoser har varit känt länge. Det har länge diskuterats om cannabis också ökar risken för kroniska psykoser, exempelvis schizofreni. Forskningen har kunnat visa tydliga samband – bland dem som använder cannabis är förekomsten av psykossjukdom högre – men det har diskuterats vad som är hönan och vad som är ägget: Beror sjukdomen på att personen använt cannabis, eller tenderar personer med psykos och förstadier till psykos att använda mer cannabis?

En svensk forskargrupp visade redan 1987 att ungdomar med hög konsumtion av cannabis hade mer än fördubblad risk för schizofreni.³⁵ Under åren har ett antal studier publicerats med liknande resultat. Senare har också studier kommit som visar att starkare typer av cannabis ger än högre risk för psykossjukdom – det vill säga en tydlig dos-respons-kurva.³⁶ Ytterligare en studie har jämfört olika städer i Europa och visar att på platser där starkare cannabis är vanligt (Amsterdam, London och Paris) är också psykossjukdom vanligare.³⁷ Det finns kort sagt mycket som talar för att cannabis kan orsaka också kronisk psykossjukdom.

Den kraftiga ökningen av cannabisrelaterad psykossjukdom i Portugal (se figur 14) är minst sagt uppseendeväckande. Det bör noteras att ökningen sker från låga nivåer och en del av ökningen kan förklaras av att läkare oftare fångar upp cannabiskomponenten i sjukdomen. Forskarna själva pekar dock på att en ökning av cannabiskonsumtionen under samma period troligen



Figur 14. Antal sjukhusinläggningar med cannabisrelaterad psykosjukdom som primärdiagnos. Källa: Gonçalves-Pinho et al.³⁴

spelar roll, framförallt tror man att det är antalet medel- och storkonsumenter som ökat.

Försäljning och tillgänglighet

Avkriminaliseringen i Portugal berör bara användning av narkotika. All försäljning är fortsatt förbjuden och polisens uppdrag detsamma som tidigare: Narkotikamarknaden ska störas så mycket som möjligt för att utbudet ska minska.⁴⁶

När det gäller heroin – den drog som orsakar absolut flest dödsfall i Portugal – så ökade beslagen under 1990-talet. Efter 2001 minskade beslagen, först kraftigt, sedan i långsammare takt (se figur 15). 2001 beslagtogs 316 kg heroin i Portugal, 2017 var beslagen nere på 29,5 kg. Beslagsstatistik är svårtolkad då den kan variera kraftigt från år till år – särskilt i Portugal som är ett transitland för narkotika – men trenden har helt klart varit nedåtgående.³⁸ Beslagen av cannabis har ökat under samma period, så utvecklingen är inte entydig.

Antalet domar för försäljning av narkotika sjönk med 40 procent mellan 2001 och 2010. Antalet individer i fängelse, dömda för försäljning, distribution eller produktion av narkotika sjönk med 50 procent under samma period.⁵ Det är

värt att påpeka att minskningen skedde från höga nivåer, år 2000 hade Portugal den högsta andelen fångar dömda för narkotikabrott i Europa.³⁹

Den här utvecklingen beror knappast på att bruk av narkotika avkriminaliserades 2001: Försäljning, distribution och tillverkning av narkotika är fortsatt straffbart. En tänkbar förklaring är dock att det efter 2001 har blivit svårare för polisen att arbeta mot gatulagningen av narkotika. I och med avkriminaliseringen är det tillåtet att inneha narkotika för eget bruk. Gränsen har satts relativt högt, baserat på en beräkning av hur mycket narkotika som behövs för tio dagars användning. För heroin innebär det att man utan risk för åtal kan bära omkring på upp till ett gram, för cannabis gäller 25 gram. Den som säljer narkotika kan enkelt undvika att bära mer än så, vilket gör att polisen måste bevittna och/eller dokumentera själva försäljningen för att åtal ska kunna väckas.

En annan tänkbar förklaring till att antalet dömda för narkotikabrott minskat är att domstolarna ändrat sin bedömning även av brott som gäller överlåtelse av narkotika, som en följd av en normförskjutning. Forskaren Hanna Laqueur förklarar detta med ”ömsesidiga återkopplingsprocesser mellan tillämpning av lagar och ett lands kulturella och sociala normer”.⁵

I undersökningar anger såväl skolungdomar som befolkningen i stort att det har blivit lättare att få tag på narkotika sedan 2001. När det gäller andelen skolungdomar som anger att det är enkelt eller mycket enkelt att få tag på cannabis har en ökning skett även i Sverige, men ökningen är större i Portugal.



Figur 15. Heroinbeslag (kg) i Portugal 2001-2017. Källa: EMCDDA



Övre bilden: Lågtröskelprogram för metadonbehandling. Två gånger om dagen parkerar minibussen under en motorvägsbro i Casal Ventoso. Undre bilden: Uppsökande verksamhet i utkanten av Lissabon. Foto: Gonçalo Fonseca

Kan resultaten bero på annat än avkriminaliseringen?

Av tidigare kapitel framgår att Portugals reformer av narkotikapolitiken 2001 var mycket bredare än att enbart avkriminalisera bruk och innehav av narkotika för eget bruk. Det som framförallt sticker ut är en mycket ambitiös satsning på vård och behandling, med betydande tillskott av resurser.

Vilken roll spelade ett större fokus på vård för nedgången i narkotikarelaterad dödlighet och andra positiva resultat de första åren efter avkriminaliseringen? Och finns andra faktorer som kan ha spelat in? Skulle de goda resultaten rent av kunnat uppnås utan själva avkriminaliseringen?

Några definitiva svar på de här frågorna går inte att ge. Ändringarna i lagstiftningen skedde parallellt med andra satsningar och skeenden och det är väldigt svårt att reda ut vad som ledde till vilka resultat. I praktiken är det förstas en kombination.

”Skulle de goda resultaten rent av kunnat uppnås utan själva avkriminaliseringen?”

Tanken med det här kapitlet är att problematisera utvecklingen i Portugal sedan 2001 och försöka bena i orsak och verkan. Det enda vi kan säga med säkerhet är dock att andra insatser än själva avkriminaliseringen spelat stor roll för utvecklingen på narkotikaområdet i Portugal.

Snabb och samordnad vård

Under en motorvägsbro i området Casal Ventoso i östra Lissabon parkerar en grå skåpbil två gånger om dagen. När den kommer har redan en liten kö bildats – det här är ett av de ställen där organisationen Ares do Pinhal delar ut metadon varje dag. Skåpbilen kommer på fasta tider, både på morgonen och på kvällen.

Skåpbilen innehåller också en vårdklinik i miniatyr. En sjuksköterska finns alltid med, ofta också en läkare, och besökarna kan passa på att få hjälp med andra problem. Ibland genomförs också vaccinationer och annat i bilarna.⁴⁷

Ares do Pinhal bedriver ett lågtröskelprogram för metadonutdelning som finansieras av staten. De enda kraven för att bli inskriven är att man kan identifiera sig och att man via ett blod- eller urinprov kan visa att man har ett etablerat bruk av heroin när man inleder behandlingen. Skåpbilarna stannar vid totalt sex olika platser i staden, tanken är att den som så behöver enkelt ska kunna få sin dos både morgon och kväll, kanske på väg till och från arbetet.

Metadonet tas i tablettform i samband med utdelningen. Ingen får ta med något därifrån, vilket gör att risken för läckage är obefintlig. När brukarna kommer fram till luckan identifierar de sig. Alla har ett unikt nummer som skrivs in i journalsystemet. Här kan personalen i skåpbilen se exempelvis

”Narkotikavården i Portugal framstår som snabb och väl samordnad mellan olika vårdinstanser.”

bokade behandlingar med andra vårdinstanser och kan påminna brukarna om läkarbesök och liknande.

Narkotikavården i Portugal framstår som snabb och väl samordnad mellan olika

vårdinstanser. Som tidigare berättats kan avrådningskommissionerna direkt skriva in människor som bedöms vara beroende hos en beroendeläkare – ofta sker första besöket inom någon vecka efter gripandet. De olika vårdinstanserna ingår i ett och samma nätverk, oavsett om de drivs statligt, av regionerna eller av icke-vinstdrivande organisationer. Inom nätverket delas information om patienterna och risken att hamna mellan stolarna framstår som liten.

I tidigare kapitel beskrivs hur man i samband med avkriminaliseringen satte på en fördubbling av resurserna till vård. Det exakta utfallet finns inga bra data om, men klart är att resurserna och antalet vårdplatser för såväl öppen- som slutenvård ökade rejält.

Andra sociala insatser

Samma år som avkriminaliseringen trädde i kraft beskrevs ett av Lissabons bostadsområden, Casal Ventoso, som Europas ”största och värsta narkotika-getto”.⁴² Närmare 5000 heroinmissbrukare bodde i området som i vissa delar var en ren kåkstad. Lissabons centrum är bara 20 minuters promenad bort, och många vandrade dagligen nedför det som kallades ”dödens trappa” för att köpa narkotika.

Heroin, kokain och annan narkotika såldes öppet och använda sprutor samlades i diken och rännstenar. I slutet av 1990-talet, samtidigt som man förberedde för avkriminaliseringen, bestämde myndigheterna att något måste göras. Steg för steg revs kåkstäderna och delar av befolkningen i Casal Ventoso flyttades med tvång till andra områden i Lissabon.⁴³

Idag är Casal Ventoso fortfarande ett socialt utsatt område och på inget sätt fritt från vare sig narkotikaförsäljning eller människor som lever med beroende, men det är fjärran från dåtidens ”snabbköp för narkotika”.

Under samma tidsperiod genomfördes andra, liknande insatser, i Portugal. Försäljningen av narkotika flyttade till andra platser, men sker inte lika synligt idag som i slutet av 1990-talet.

En åldrande population av heroinanvändare?

Portugals narkotikaproblem började till skillnad från i övriga Europa först under andra halvan av 1970-talet. (Se kapitlet om bakgrund.) Från början handlade det mest om cannabis som följde med hemvändande soldater från kolonialkrigen, men under 1980-talet började också användande av heroin att spridas.

Problemen kulminerade under 1990-talet när Portugal sannolikt hade närmare 100 000 heroinanvändare. I slutet av decenniet speglades detta också i dödstaten, som sköt i höjden.

Efter 2001 vände kurvan nedåt. Den stora gruppen som började med heroin under 1980-talet var nu runt 35–40 år och det är tänkbart att många av dem faktiskt slutade på egen hand, oberoende av både lagstiftning och vårdinsatser. Det finns ett flertal studier som visar att en majoritet av dem som är beroende av heroin faktiskt slutar utan behandling, och att detta ofta sker just i 30–40-års åldern.^{44,45}

Slutsatser

Avkriminaliseringen i Portugal har fått stor uppmärksamhet internationellt och nämns allt oftare också i den svenska debatten. Inte sällan är slutsatserna som dras förenklade och det låter ibland som att ett slopat förbud mot bruk av narkotika i Sverige skulle leda till drastiska minskningar av såväl narkotikadödlighet som gängvåld. Erfarenheterna från Portugal och andra länder som har avkriminaliserat narkotika visar att det inte är så enkelt.

Av innehållet i den här rapporten kan man dra följande slutsatser:

- Reformerna i Portugal 2001 var mycket bredare än slopade straff för bruk och mindre innehav av narkotika. Parallellt med avkriminaliseringen genomfördes ambitiösa satsningar på vård. Chefen för Portugals narkotikamyndighet SICAD, João Goulão, menar själv att detta var avgörande: ”Avkriminalisering är ingen mirakelmedicin. Gör man enbart det så kommer saker att bli värre.”
- Vårdinsatserna i Portugal präglas av snabbhet och god samordning mellan olika vårdinstanser. En människa som är beroende av narkotika och tas av polisen ställs inför en avrådningskommission inom tre dagar och möter ofta en beroendeläkare för ett första möte inom en vecka.
- Avkriminaliseringen har sannolikt bidragit till ett bättre bemötande av människor som använder narkotika, bland annat i vården.
- Den narkotikarelaterade dödligheten minskade kraftigt direkt efter reformerna, men har gradvis ökat igen efter 2005. Idag är man uppe på liknande nivåer som innan avkriminaliseringen.
- Att jämföra narkotikarelaterad dödlighet mellan olika länder är svårt. Den här rapporten visar att jämförelser mellan Portugal och Sverige i det avseendet knappast ens är meningsfulla. Det finns betydande metodskillnader mellan länderna – och Sverige gör dubbelt så många obduktioner och tre gånger så många rättskemiska analysser som Portugal.
- Heroin etablerades som ett stort problem i Portugal först på 1980-talet och många av dagens brukare började under samma period. En kohorteffekt kan vara en delförklaring till att den narkotikarelaterade dödligheten minskade i början av 2000-talet – en stor grupp heroinanvändare var då 35–40 år och kan ha slutat använda narkotika helt oavsett lagstiftning eller andra insatser.

- Narkotikarelaterad hiv-smitta har minskat kraftigt i Portugal. Det dröjde dock till 2017 innan man var nere i samma låga nivå som Sverige (där nivåerna legat stabilt under hela perioden).
- Användningen av cannabis har ökat bland skolungdomar. Det är svårt att utvärdera vad som hänt i övrigt när det gäller narkotikaanvändningen då den första drogvanundersökningen i befolkningen genomfördes först 2001 – det finns ingen data för tiden innan reformerna att jämföra med. Undersökningarna som gjorts senare tyder på att cannabisbruket ökat även i den vuxna befolkningen, medan användningen av heroin ökade de första åren men därefter minskat sedan 2007.
- Forskarna har varken sett någon minskning eller ökning av narkotikarelaterat våld efter reformen. Antalet mord ökade kraftigt i Portugal mellan 2001 och 2007, men det går inte att slå fast något samband med avkriminaliseringen.

Lagar har en normerande effekt. Sverige ligger bra till i internationella jämförelser när det gäller bruk av narkotika, både bland unga och i befolkningen i stort och det är troligt att den svenska lagstiftningen spelat en roll i detta. En avkriminalisering riskerar att sända signaler som bidrar till ökad användning.

Sannolikt kan Sverige ändå lära sig av Portugal – inte minst när det gäller narkotikavården. Ett samlat huvudmannaskap, eller åtminstone radikalt förbättrad samordning och informationsdelning mellan de huvudmän vi har idag, skulle kunna göra stor skillnad. Snabbhet – att kunna erbjuda vård när motivationen att ta emot den är som högst – är sannolikt också mycket viktigt för slutresultatet. Här har Sverige en lång väg att gå.



Pierre Andersson

Källor

1. Intervju med João Goulão, chef för Sicad, 2019-12-03
2. <https://accentmagasin.se/politik/narkokoll-heroinmissbruket-okar/> (Läst 2020-01-11)
3. Greenwald, G. (2009). *Drug Decriminalization in Portugal – Lessons for creating fair and successful drug policies.*
4. <https://www.cato.org/sites/cato.org/files/articles/towards-worldwide-index-10-bandow.pdf> (Läst 2020-01-11)
5. Laqueur, H. (2015). *Uses and Abuses of Drug Decriminalization in Portugal.* Law and Social Inquiry, 40(3), 746–781. <https://doi.org/10.1111/lsi.12104>
6. <https://vancouversun.com/opinion/columnists/daphne-bramham-decriminalization-is-no-silver-bullet-says-portugals-drug-czar> (Läst 2020-01-11)
7. http://www.sicad.pt/PT/RelacoesInternacionais/Documents/2012_NATIONAL_REPORT.pdf (Läst 2020-01-11)
8. *Decriminalization in Europe – 10 voices beyond Portugal and the Netherlands*, Narkotikapolitiskt Centrum (2020)
9. *Rusreform – fra straff til hjelp.* Norges offentlige utredninger 2019:16
10. Data från Nuno Capaz på CDT Lissabon.
11. *Rusreform – fra straff til hjelp.* Norges offentlige utredninger 2019:16
12. National Strategy for the Fight against Drugs through its Action Plan – Horizon 2004. Återgiven i Report to the EMCDDA. *PORTUGAL – New developments, Trends and in- depth information on selected issues.* EMCDDA 2004.
13. Laqueur, H. (2015). *Uses and Abuses of Drug Decriminalization in Portugal.* Law and Social Inquiry, 40(3), 746–781. <https://doi.org/10.1111/lsi.12104>
14. *Annual report on the drug phenomena, Portugal.* EMCDDA 2001
15. Report to the EMCDDA. “*PORTUGAL – New developments, Trends and in- depth information on selected issues*”. EMCDDA 2004.
16. EMCDDA Statistical Bulletin 2010. Not till tabell DRD-2i.
17. Hughes, C. E., & Stevens, A. (2012). *A resounding success or a disastrous failure: Re-examining the interpretation of evidence on the Portuguese decriminalisation of illicit drugs.* Drug and Alcohol Review, 31(1), 101–113. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2011.00383.x> Se sidan 107.
18. *Avkriminalisera drogerna – dagens lagar hjälper inte folk att överleva.* Debattartikel i Sydsvenska dagbladet 2010-01-10

19. EMCDDA overdose statistics, "Selection B" från <http://www.emcdda.europa.eu> (Läst 2019-12-15)
20. *Relatório Anual 2018 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. SICAD (2019). Se tabell 11 på sidan 71.
21. Leifman, H. *Drug-related deaths in Sweden – Estimations of trends, effects of changes in recording practices and studies of drug patterns*. CAN (2016)
22. *Narkotikadöd ökar – men inte så kraftigt*. Artikel i Drugnews 16 september 2016. <https://drugnews.nu/2016/09/16/narkotikadod-okar-men-inte-sa-kraftigt/> (Läst (2020-01-22))
23. *An analysis of post-mortem toxicology practices in drug-related death cases in Europe*. EMCDDA (2019)
24. Waal, H., & Gossop, M. (2013). *Making sense of differing overdose mortality: Contributions to improved understanding of European patterns*. *European Addiction Research*, 20(1), 8–15. <https://doi.org/10.1159/000346781>
25. European Health Information Gateway. WHO. <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/> (Läst 2019-12-20)
26. Mejlsvar från Rättsmedicinalverket 2020-01-23
27. *2010 National report to the EMCDDA*. Portugal. EMCDDA (2010)
28. Waal, H., & Gossop, M. (2013). *Making sense of differing overdose mortality: Contributions to improved understanding of European patterns*. *European Addiction Research*, 20(1), 8–15. <https://doi.org/10.1159/000346781>
29. Se Fig 2 på sidan 11. Waal, H., & Gossop, M. (2013). *Making sense of differing overdose mortality: Contributions to improved understanding of European patterns*. *European Addiction Research*, 20(1), 8–15. <https://doi.org/10.1159/000346781>
30. HIV/AIDS surveillance in Europe 2007. EMCDDA (2007)
31. The ESPAD Report 2015, ESPAD. Additional tables no 63, 64, 65, 66
32. Balsa, C., C. Vital og C. Urbano, *IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17*, SICAD, 2018.
33. Folkhälsomyndighetens statistikverktyg Indikatorlabbet. <http://www.andtuppfoljning.se/indikatorlabbet/> Läst 2020-01-21
34. Gonçalves-Pinho, M., Bragança, M., & Freitas, A. (2019). *Psychotic disorders hospitalizations associated with cannabis abuse or dependence : A nationwide big data analysis*. (October), 6–11. <https://doi.org/10.1002/mpr.1813>

35. Andréasson S, Allebeck P, Engström A, Rydberg U. *Cannabis and schizophrenia: A longitudinal study of Swedish conscripts*. Lancet 1987; 2: 1483–86.
36. Murray RM, Quigley H, Quattrone D, Englund A, Di Forti M. *Traditional marijuana, high-potency cannabis and synthetic cannabinoids: increasing risk for psychosis*. World Psychiatry 2016; 15: 195–204.
37. Di Forti M, Quattrone D, Freeman TP, Triploi G. et al., *The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): a multicentre case-control study*. Lancet Psychiatry. E-pub 19 mars 2019.
38. EMCDDA Statistical Bulletin 2019
39. Cunha, Manuela Ivone P. 2005. *From Neighborhood to Prison: Women and the War on Drugs in Portugal*. In *Global Lockdown: Race, Gender, and the Prison-Industrial Complex*, ed. Julia Sudbury, 155–65. New York: Routledge.
40. ESPAD 2015
41. *PORTUGAL – New developments, Trends and in- depth information on selected issues*. EMCDDA 2012.
42. Det finns en mängd artiklar om området från den tiden, både i svensk och internationell press. Bland annat ”*Casal Ventoso – Europas största snabbköp för knark*”, artikel av Martin Adler i tidningen Dagen, 21 mars 2001. (Läst på tidningens webbsida 2020-01-20).
43. Intervju med Artur Vaz, chef för kriminalpolisen, Lissabon, 2019-12-03
44. Waldorf, Dan, and Patrick Biernacki. *Natural Recovery from Heroin Addiction: A Review of the Incidence Literature*. Journal of Drug Issues, vol. 9, no. 2, Apr. 1979, pp. 281–289, doi:10.1177/002204267900900212.
45. Winick, C. *Maturing Out of Narcotic Addiction*. Bulletin on Narcotics Volume:14 Issue:1, 1962
46. Intervju med Artur Vaz, chef för narkotikapolisen i Lissabon, 2019-12-04
47. Intervjuer med psykologer och sjuksköterskor vid den ambuleraande metadonutdelningen i Lissabon, 2019-12-04
48. *Overdose deaths increase by almost 30%*. The Portugal News, 20 december 2019. <https://www.theportugalnews.com/news/overdose-deaths-increase-by-almost-30/> (Läst 2019-12-21)
49. Fugelstad A. Utveckling av akuta narkotikarelaterade dödsfall 1994-2011. Karolinska Institutet 2012. https://socialutveckling.goteborg.se/uploads/narkotikarel_dodsfall.pdf (Läst 2020-02-20)

Portugal avkriminaliserade all narkotika 2001 och nämns ofta i debatten som ett exempel på en lyckad reform som fler borde ta efter. Samtidigt präglas diskussionen av missförstånd och ibland rena felaktigheter. Avkriminalisering blandas ihop med legalisering och det är ibland svårt att få koll på vad Portugal egentligen har gjort och vad de fått för resultat.

Den här rapporten är ett försök att reda ut en del av detta och på så sätt bidra till en mer informerad debatt om framtida svensk narkotikapolitik. Hur ser avkriminaliseringen ut i detalj? Vilka resultat har reformerna gett när det gäller dödlighet, kriminalitet och bruk av narkotika? Och: Är det ens meningsfullt att jämföra dödssiffrorna mellan de två länderna?

Reformerna som genomfördes i Portugal var betydligt bredare än enbart slopade straff för bruk av narkotika och mindre innehav. Stora satsningar på vård och behandling har sannolikt varit helt avgörande för de positiva resultat man sett, vilket också bekräftas av chefen för Portugals narkotikamyndighet: "Hade vi enbart avkriminaliserat hade situationen troligen blivit sämre".

Rapporten är skriven av frilansskribenten och policyexperten Pierre Andersson på uppdrag av Narkotikapolitiskt Center. Pierre Andersson har en bakgrund som journalist och har bevakat narkotikapolitiska frågor länge.