

Avkriminalisering av narkotika

Lärdomar från Portugal

Pierre Andersson

Uppdaterad 2024

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 Movendi International.

Rapporten producerades ursprungligen med ekonomiskt stöd från Svenska sällskapet för nykterhet och folkuppfostran, Movendi International och World Federation Against Drugs. Den uppdaterade versionen (2024) är producerad med stöd från Stiftelsen Ansvar för Framtiden.

Ansvar 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.

Ursprungligt utgivningsår: 2020

Uppdaterad utgåva: 2024

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.....	20
Utvecklingen i Portugal efter 2001	21
Spridning av narkotikarelaterad hiv	22
Narkotikarelaterad dödlighet	23
En ny situation efter 2008 – dödligheten ökar igen.....	24
Öppet bruk syns igen – injektionsrum istället för vård.....	26
Går det att jämföra dödstalen mellan Portugal och Sverige?..	27
Användningen av narkotika efter 2001	32
Cannabisrelaterade psykosjukdomar	35
Försäljning och tillgänglighet.....	36
Vad berodde de första årens goda resultat på?	39
Snabb och samordnad vård.....	40
Andra sociala insatser.....	41
En åldrande population av heroinanvändare?	41
Slutsatser	42
Källor	44

Förord

Det pågår en debatt i Sverige om hur vi kan minska konsumtionen och dödligheten av narkotika. En utredning har nyligen presenterats 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 den sedan ökat igen – till högre nivåer än 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-**

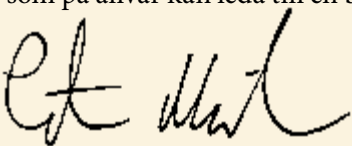
dan blir klassificerade som narkotikarelaterade enligt den definition som fastställs av EU:s narkotikamyndighet. Motsvarande siffra i Portugal är under fem procent. Rapporten visar också att Sverige gör dubbelt så många obduktioner och tre gånger så många rättskemiska analyser som Portugal. Jämförelser 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 att lagstiftning har en normerande effekt och därmed verkar förebyggande.

Sverige har kanske ändå en del att lära av Portugal, inte minst vad gäller ambitionen kring kort väntan på vård och samordning mellan olika vårdinstanser. Det är intressant att se hur Portugals avrådningskommissioner, när systemen fungerar som de ska, 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 augusti 2024
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 utbrett heroinmissbruk. Chefen för landets narkotikamyndighet uppskattar att man i slutet av 1990-talet hade runt 100 000 injicerande heroinanvändare.¹ Som jämförelse kan sägas att i Sverige (som har ungefär lika stor befolkning som Portugal) kom man 1998 fram till att vi då hade omkring 26 000 ”tungta 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 av vad den var innan. Antalet narkotikarelaterade hiv-fall föll till 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

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

lyfts som exempel otaliga gånger i rapporter, debattartiklar och reportage. Det kan vara på sin plats 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 tidigare publicerat texter som argumenterar 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. Framst 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 mer än 20 år sedan reformerna genomfördes. De senaste siffrorna gällande narkotikarelaterad dödlighet visar exempelvis att Portugal nu är uppe på en betydligt högre nivå jämfört med året 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 De ambitiösa satsningarna på vård och behandling drabbades dock av stora neddragningar efter 2012, vilket har lett till att betydligt färre finns i behandling nu än när reformerna visade goda resultat på vissa områden.

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 i Sverige lära oss för vår framtida narkotikapolitik?



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 följd 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 lät narkotikalagen från 1993 ligga fast, men gjorde 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 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 i Sverige 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, straffet är böter.

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.

Avkriminalisering av illegal narkotika innebär oftast att de straffrättsliga påföljderna för användning och innehav av narkotika för eget bruk mildras eller avskaffas och ersätts av administrativa sanktioner, men skillnaderna är stora mellan länder.

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) av kritiker utmålas som ett av de länder som har den strängaste lagstiftningen av alla.

Som framgår av tabellen är det inte ovanligt att det i länder som själva menar att de har avkriminaliserat fortfarande är möjligt att tillämpa 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, oftast kommersiell, 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 till statligt monopol, eller begränsade legaliseringar där hemmaodling av ett par plantor godkänns.

Land	Avkrim. 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 tillåtna	Ja
Italien	2006	1-3 månader eller 2-24 månaders indagning av körkort, vapenlicens, pass etc.	5 gram	
Slovenien	1978	Böter 20-200 €		
Spanien	1982	Böter 600 € och uppåt. Om under 18 år: Utbildningsprogram		

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 (2024).

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 system som hanteras av en nyinrättad myndighet. Det är fortfarande möjligt att tillämpa böter och andra tvingande sanktioner i Portugal, även för små innehav av narkotika. 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 (Comissão para a Dissuasão da Toxicoddependência, CDT) dagen efter. Formellt har man tre dagar på sig, främst för att kommissionerna har stängt på helgerna. En tjänstgörande psykolog 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.

Ambitionen är att det ska gå snabbt att komma i kontakt med vård och behandling, helst ska ett första möte med ansvarig beroendeläkare ske inom ett par dagar. Vissa typer av behandlingar har väntetider på upp till några veckor, men i idealfallet 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, 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 de 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 myndigheter (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.

Särskild ordning för unga

Om den som kommer till avrådningskommissionen är under 18 år behandlas ärendet i en särskild ordning. Om personen är under 16 år öppnas inget officiellt ärende, men kommissionen genomför ändå den inledande intervjun för att sedan kunna skicka vidare frågan till den enhet lokalt som har hand om barn- och ungdomsfrågor. Är personen mellan 16 och 18 år sker behandlingen som vanligt, men målsman måste närvara vid besöket på kommissionen.

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.

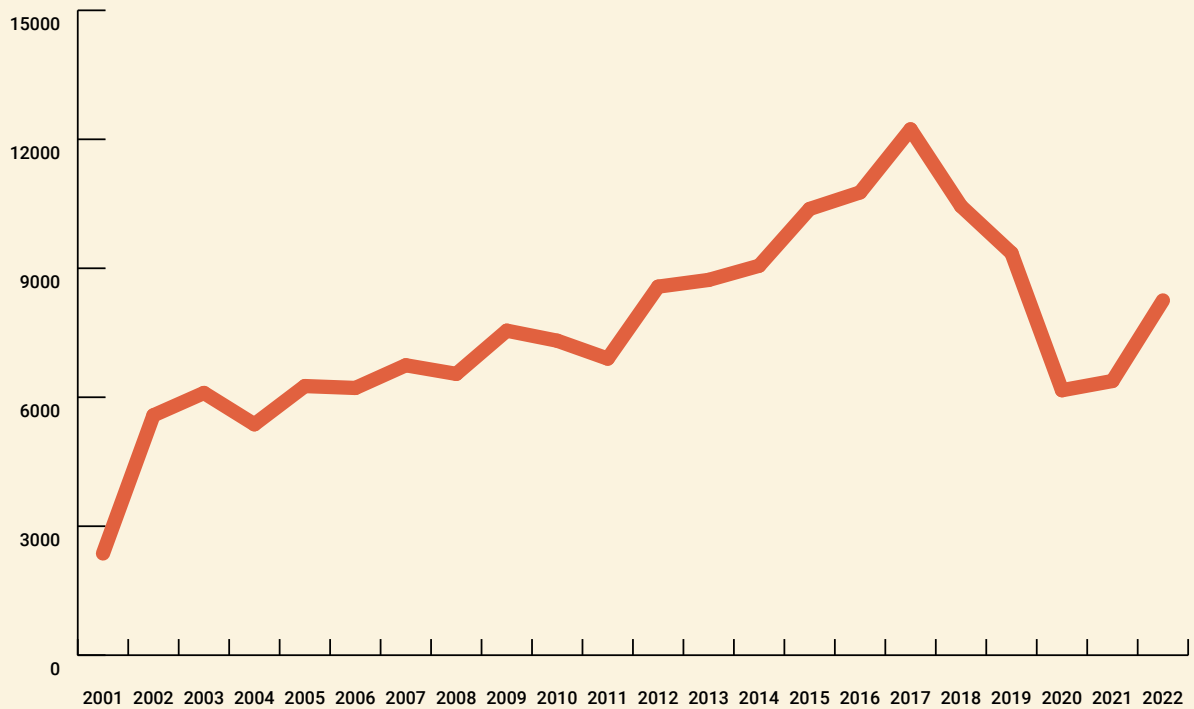
Innan lagen ändrades var straffet böter eller fängelse upp till tre månader för köp, bruk eller mindre innehav av narkotika. Om mängden narkotika bedömdes vara för mer än tre dagars bruk kunde fängelse upp till ett år utdömas. I förarbetena till lagen (den som kom 1993) kan man dock läsa att den ska 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.⁵

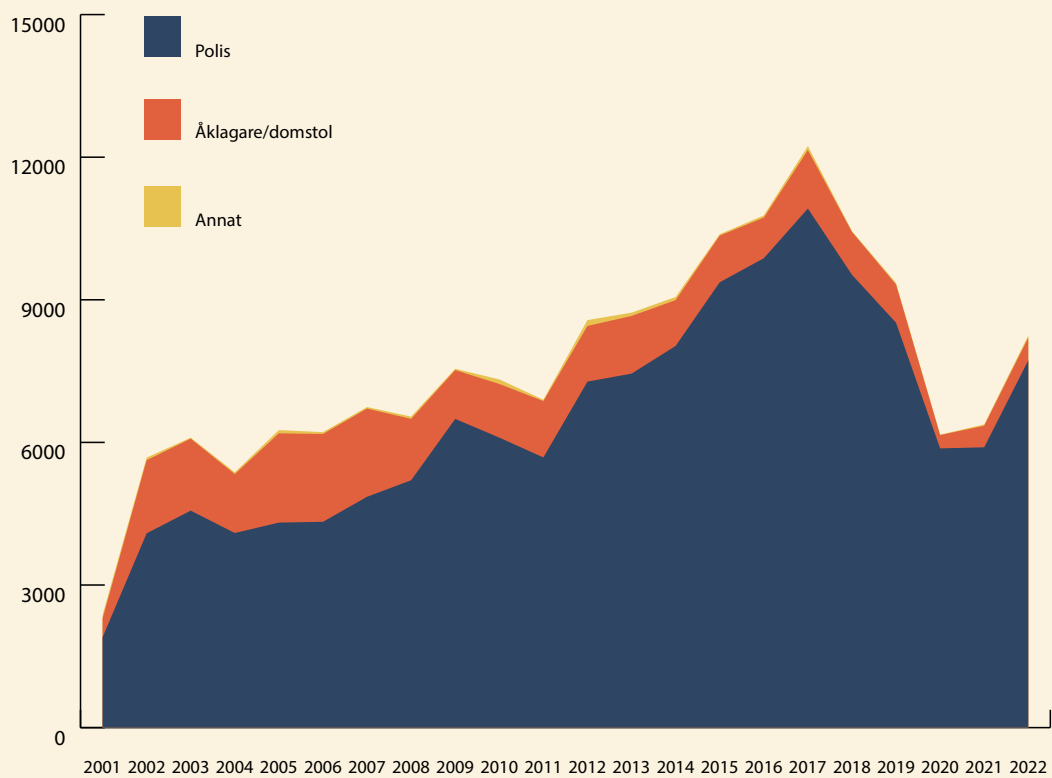
Polisens prioriteringar styr?

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. Därefter sjönk antalet ärenden igen. (Se figur 1.)

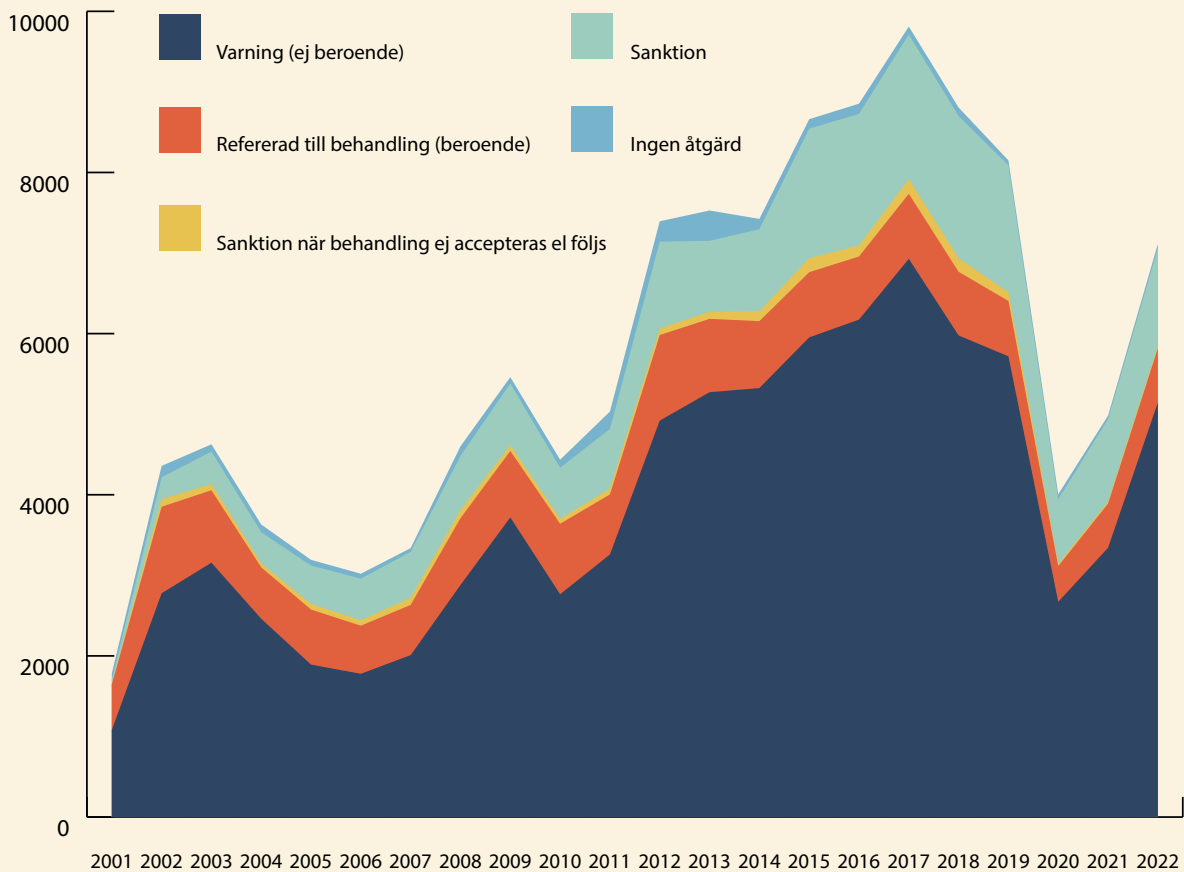
Under 2022 kom 94 procent av de ärendena till avrådningskommissionerna från polisen. Övriga fall kommer i princip alltid från åklagare, som också har möjlighet att hänvisa fall till kommissionerna. (Se figur 2.) Polisen har stått för en stor andel av ärendena från starten, varför det är rimligt att anta att polisens prioriteringar påverkar hur många ärenden som i slutändan når kommis-



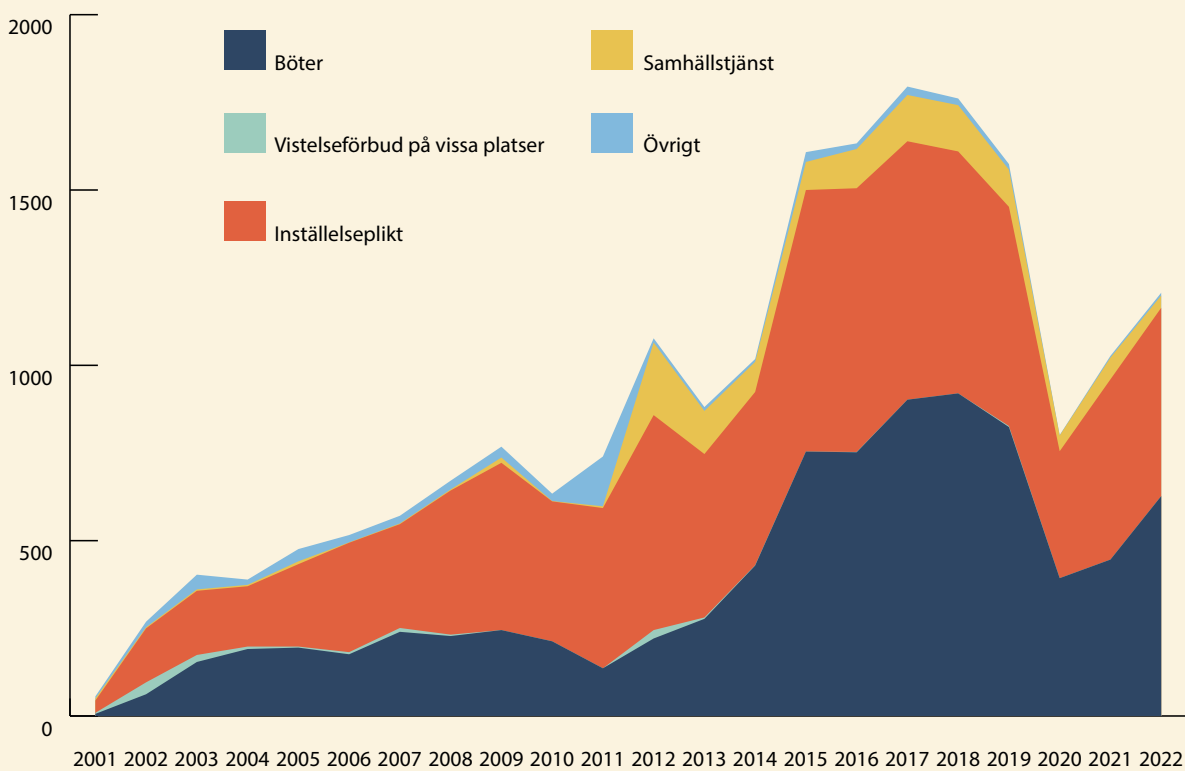
Figur 1. Antal ärenden som behandlats av aivrådningsskmissionerna 2001-2022



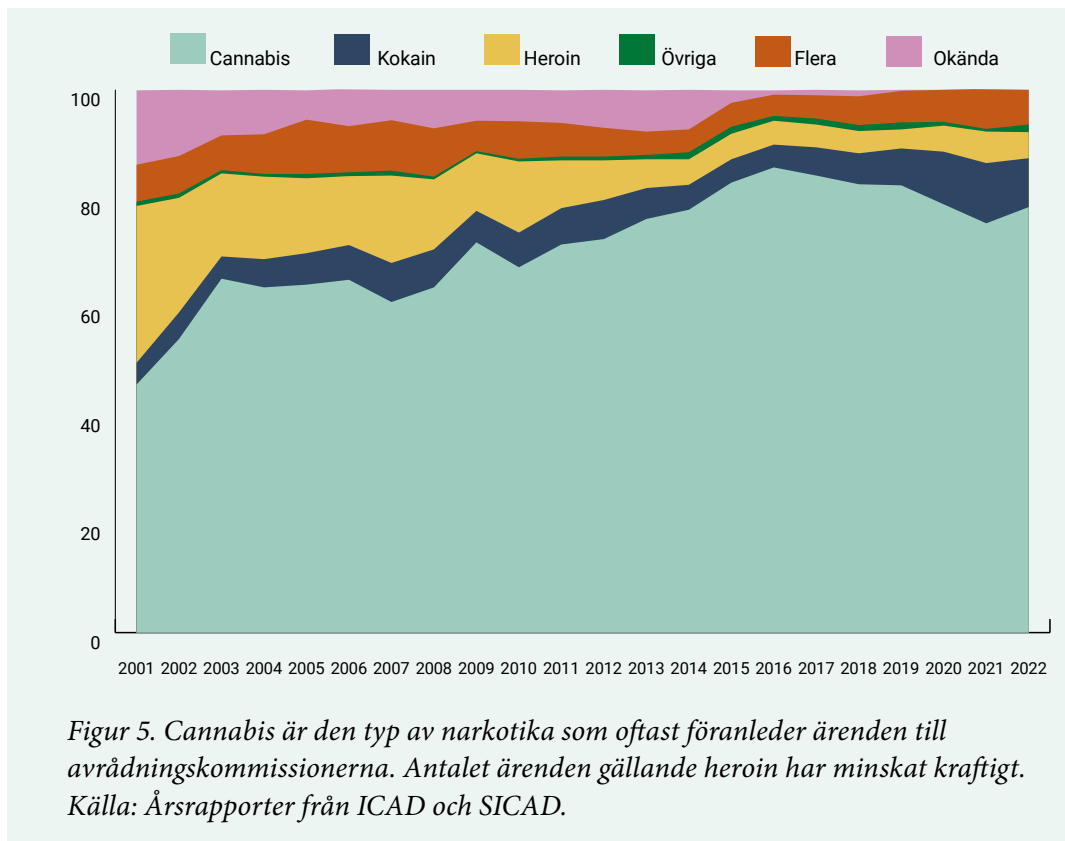
Figur 2. Nästan alla ärenden till aivrådningsskmissionerna kommer från polisen. .
Källa: Årsrapporter ICAD och SICAD



Figur 3. Typ av åtgärd 2001-2022



Figur 4. Typ av sanktion 2001-2022



sionerna. För åren 2020 och 2021 kan också covid-19-pandemin ha fört med sig ett minskat antal ärenden.

De flesta som blir inkallade är unga, gruppen 16–24-åringar står för strax över hälften av besöken.⁹ 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, omkring 90 procent av de som kallas till avrådningskommissionerna är män. 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 EUDA för 2022 visar att 2,1 procent av kvinnorna och 7,6 procent av männen mellan 15 och 34 år brukat cannabis det senaste året. Andra tänkbara förklaringar till den ojämn 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 2022 utfärdades en sådan varning i 62 procent av fallen.

Olika typer av sanktioner förekom i 15 procent av fallen 2022. 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 mindre än en procent av fallen frikändes personen och saken lämnades utan åtgärd.

I figur 4 visas de olika sanktionerna i detalj. De vanligaste sanktionerna är böter och inställelseplikt (oftast regelbundna besök hos kommissionen) men även samhällstjänst förekommer relativt ofta.

Cannabis är vanligast

De senaste åren har innehav eller bruk av cannabis varit den i särklass vanligaste anledningen till att någon kallats till avrådningskommissionen – under 2022 handlade 78 procent av fallen om cannabis. När reformen var ny såg det annorlunda ut. Cannabis var redan då vanligast (46 procent), men heroin stod då för en betydligt större andel av fallen än i dag (29 procent under 2001, 5 procent för 2022). (Se figur 5.) Kokain har ökat från omkring 4 procent för 20 år sedan till omkring 9 procent idag.

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 umgänga 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 fördubblades. Man satsade på att ha hundra procentig täckning av sprututbytesverksamhet inom fyra år och lågtröskelprogram 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 åtgärds paket som antogs av den portugisiska regeringen i samband med avkriminalise-

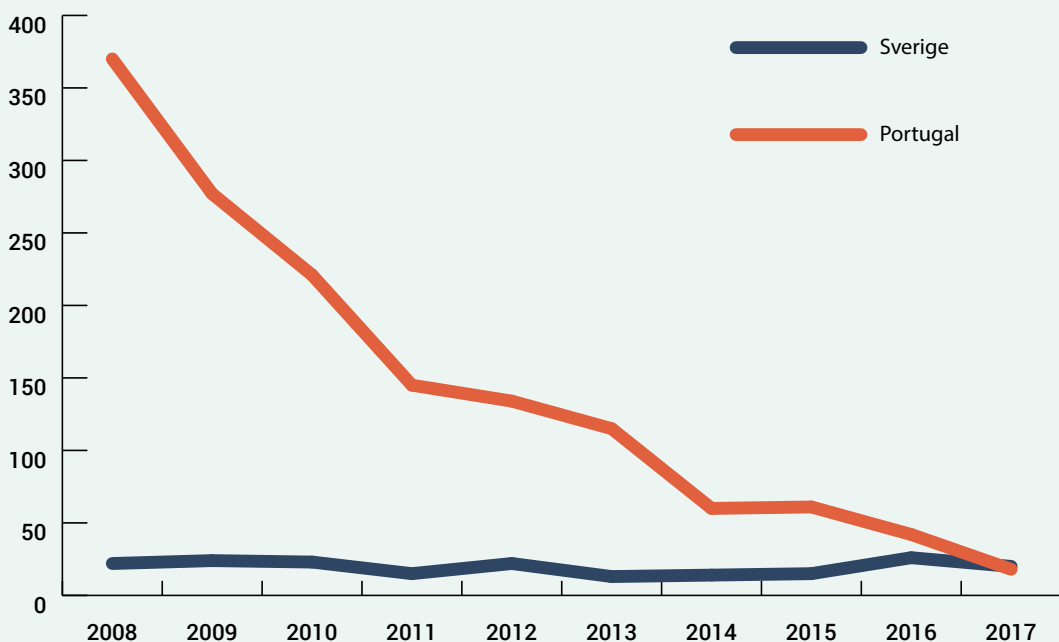
”Sammantaget beslutade man att budgeten för narkotikarelaterade åtgärder skulle fördubblas på fem år.”

ringen. Utvärderingen som gjordes 2004 visar också att man nådde de flesta av målen, helt eller delvis.¹⁰

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.”¹¹

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 vårdinsatser 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.



Figur 6. Antal nya narkotikarelaterade hiv-fall 2008-2017.

Källa: EUDA

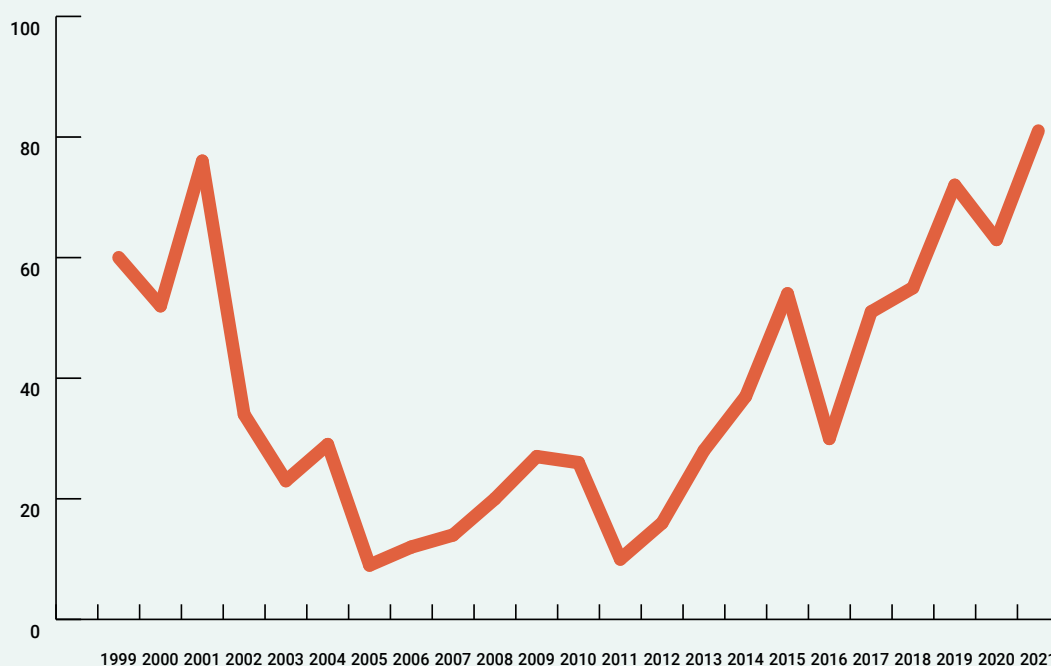
Utvecklingen i Portugal efter 2001

Åren efter 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 omedelbart kan jämföra rapporter från början av 2000-talet med de siffror som kommer ut idag. Data anpassad till dagens system har dock publicerats i efterhand och även då syns en minskning under de första tio åren. Efter 2012 har dock trenden vänt uppåt igen och idag är siffrorna uppe på högre nivåer än innan reformerna. Mer om detta nedan.

Den narkotikarelaterade hiv-smittan, ett enormt problem på 1990-talet, har minskat stadigt och är sedan 2017 nere på samma nivå som i Sverige.

Bruket av cannabis, särskilt bland unga, ökade efter avkriminaliseringen för att sedan minska något igen. Andelen 15–16-åringar som använt cannabis de senaste 30 dagarna är dock fortfarande (ESPAD 2019) mer än dubbelt så hög i Portugal som i Sverige. Högtintensivt bruk av cannabis har också ökat, det visar bland annat en studie som pekar på att antalet inläggningar på sjukhus för cannabisrelaterade psykostillstånd 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



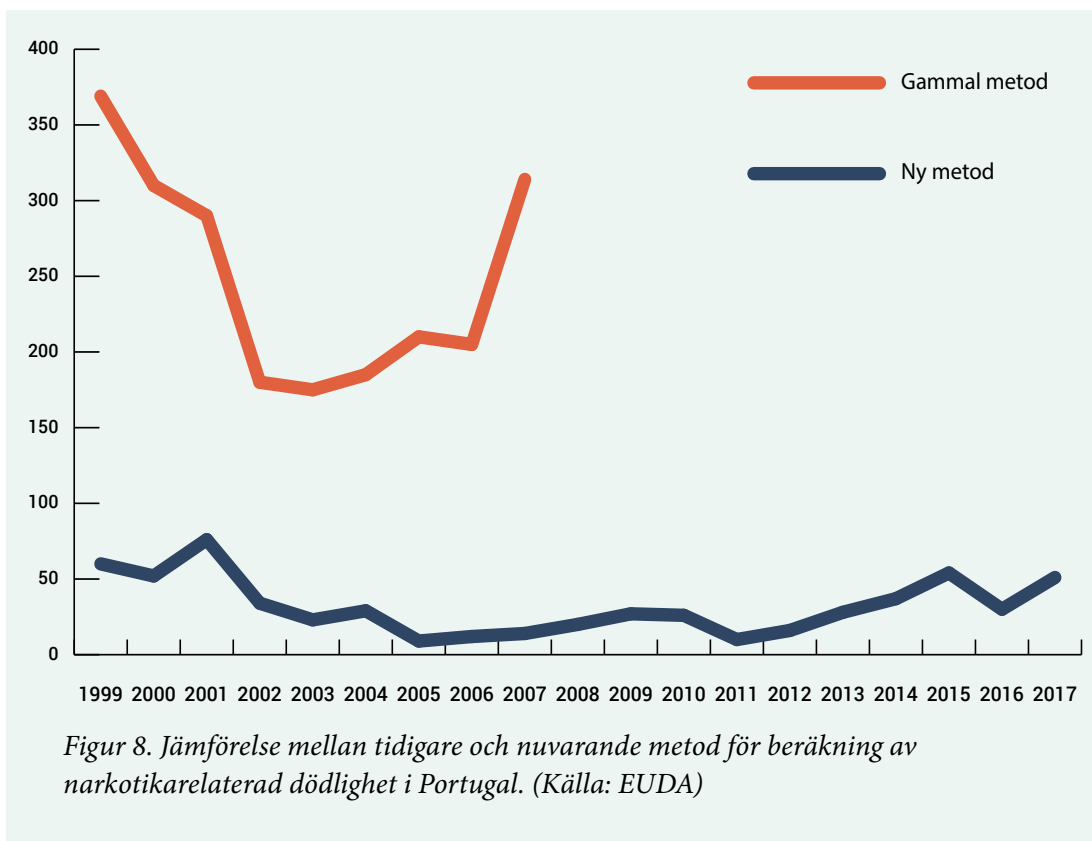
Figur 7. Narkotikarelaterad dödlighet i Portugal enligt EUDA Sel B.

Sverige och Portugal och om det är relevant att jämföra siffrorna mellan de två länderna. Vi tittar också på hur användningen av narkotika utvecklats. Ett särskilt avsnitt ägnas åt att förstå det trendbrott som inleddes 2008, när den narkotikarelaterade dödligheten började stiga igen.

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 hela 18 procent av dem som behandlades för narkotikaproblem hiv-positiva. Trenden började vika nedåt redan innan avkriminaliseringen och var året efter nere på 14 procent.¹¹ Sedan början av 2000-talet har antalet nya fall av narkotikarelaterad hiv-smitta 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 det samlade 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.¹⁰

Narkotikarelaterad dödlighet

Att studera narkotikarelaterad dödlighet i Portugal är komplext. Flera olika sätt att mäta förekommer i litteraturen och i landets officiella rapporter, 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 sannolikt till en viss överrapportering – dödsorsaken behöver inte vara relaterad till narkotika bara för att en substans hittas i blodet. Ett arbete för att införa modernare mätmetoder inleddes 2007, men relevant statistik har ändå inte kunnat levereras till EU:s narkotikamyndighet EUDA varje år.¹²

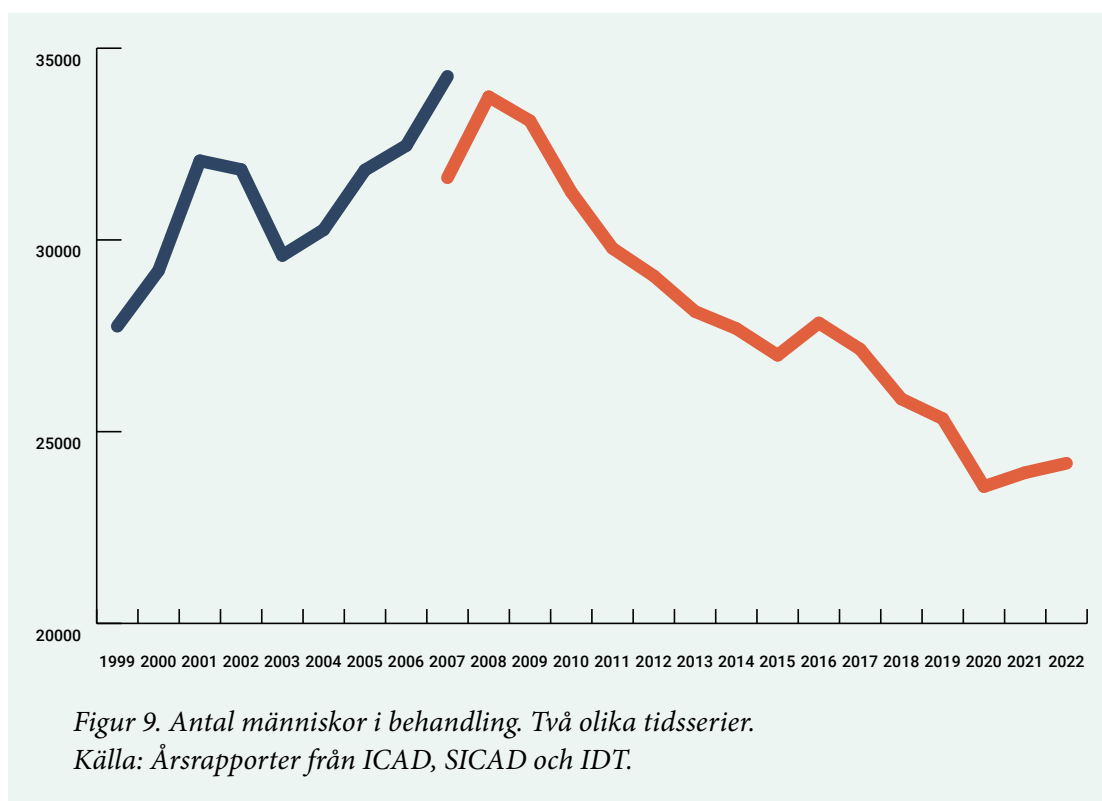
Först 2008 kom data som bygger på läkares samlade bedömning (och inte bara toxikologiska prover) och som enligt portugisiska myndigheter följer EUDA:s definition av narkotikarelaterad dödlighet. I samband med att dessa

data blev tillgängliga publicerades också en tidsserie tillbaka till 1999 enligt den modernare metoden.¹³ (Se figur 8).

Att Portugal under perioden har bytt sätt att beräkna narkotikadöd för med sig en del förvirring. Landet rapporterade betydligt högre faktiska tal 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 den svenska dagstidningen 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 ...”¹⁴

En ny situation efter 2008 – dödligheten ökar igen

Oavsett om man tittar på det nya eller gamla sättet att räkna (se figur 8) så syns en kraftig minskning av dödligheten de första åren efter avkriminaliseringen. Runt 2008–2012 sker dock ett trendbrott och kurvan börjar gå uppåt igen. Den senast publicerade datan är från 2021 och jämfört med året innan avkriminaliseringen ses nu en ökning av antalet narkotikarelaterade dödsfall med 56 procent.

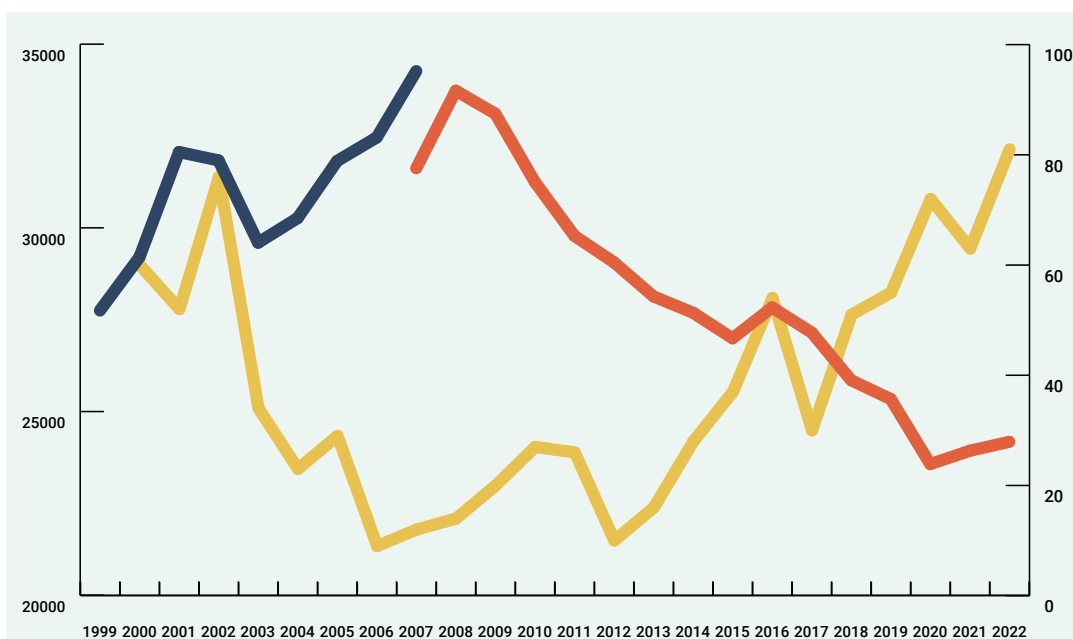


Den ekonomiska krisen som världen gick igenom med början 2008 drabbade Portugal mycket hårt. Redan 2009 hade landet ett budgetunderskott på närmare 10 procent. Till slut var landet på randen till bankrutt men klarade sig tack vare räddningspaket från IMF och EU. Paketerna kom dock med krav – landets offentliga utgifter måste minskas. Detta ledde till en omorganisering av landets arbete med narkotikaprevention och narkotikavård och den ansvariga myndighetens finansiering föll från 76 miljoner Euro till 16 miljoner Euro årligen.

Redan 2010 började antalet inskrivna i någon slags behandling att minska. Den senaste siffran från 2022 visar att 28 procent färre var i behandling då jämfört med toppåret 2008. (Se figur 9.)

Lägger man kurvan som visar antalet narkotikadöda över kurvan som visar antalet personer i behandling syns ett tydligt tidsmässigt samband. (Se figur 10.)

Minskade resurser till prevention och vård och behandling har sannolikt varit den enskilt viktigaste faktorn bakom det faktum att narkotikadödligheten ökat igen, men knappast den enda. I stora delar av världen har en opioidkris dragit fram, det finns en risk att ökad tillgänglighet av exempelvis fentanyl har påverkat utvecklingen negativt också i Portugal.



Figur 10. Antal människor i behandling jämfört med antal döda.
Källa: Årsrapporter från ICAD, SICAD och IDT.

Öppet bruk igen – och injektionsrum istället för vård

De senaste åren har allt fler kritiska röster gällande avkriminaliseringen hörts i Portugal. En av de ledande kritikerna är Rui Moreira, borgmästare i Porto, en av städerna som de senaste åren präglats av ett allt synligare bruk av droger.

”I Portugal är det idag förbjudet att röka tobak utanför en skola eller ett sjukhus. Det är förbjudet att göra reklam för glass och godis med socker i. Men det är lagligt för folk att sitta här och injicera narkotika. Vi har normaliserat det”, säger han till Washington Post.¹⁵

Polisen i Porto erkänner att problemen med öppen narkotikaanvändning har ökat under de senaste åren, och pekar på att de frivilligorganisationer som har fått ta över sedan de statliga insatserna försvann med de minskade resurserna är mer engagerade i ”den mänskliga rättigheten att använda narkotika” än i att behandla beroendesjukdom.

”Till syvende och sist har polisen händerna bakbundna. Situationen som den är nu är väldigt lik den före 2001 när avkriminaliseringen infördes”, säger Leitão da Silva, polischef i Porto, i samma artikel.

João Goulão, chef för Portugals narkotikamyndighet SICAD, menar att landets försämrade ekonomi har fått fler effekter än sämre tillgång till behandling. Vårdkedjan har brutits, då det nu är betydligt svårare att hitta arbete till den som är på väg tillbaka från ett långvarigt beroende.

”För tjugo år sedan kunde vi hitta arbete för tusentals personer som en sista del i deras beroendebehandling. Där fanns massor av småföretag som vi kunde övertyga att ta in de här personerna”, säger han i en intervju i Vancouver Sun, och pekar på att företagen fick skattelättnader och statliga bidrag om de hjälpte till.¹⁶ Han fortsätter:

”Hållbarheten i programmen har varit bekymret. Människor litat inte längre på att vi kan hjälpa dem.” ”Nu öppnar vi istället droginjektionsrum, för att människor inte längre tar emot våra erbjudanden om behandling.”

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 EUDA ligger Portugal bland de lägsta och Sverige näst högst. Länderna borde också vara möjliga att jämföra då vi har ungefär samma folkmängd.

Skillnaderna i de rapporterade siffrorna är slående. För 2001 rapporterade Portugal 76 dödsfall till EUDA (enligt urvalskriteriet "Selection B"). Samma år rapporterade Sverige 204 dödsfall. Efter detta har skillnaderna i de rapporterade siffrorna bara ökat.

Trenden i Portugal var de första åren nedåtgående, men sedan har dödstalen vänt uppåt igen. (Den senaste siffran visar nu en uppgång på 56 procent jämfört med året innan avkriminaliseringen.)

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

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.¹⁷

"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.¹⁸

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 oklart. Klart är att ökningen av narkotikarelaterade dödsfall 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. EUDA säger själva att alla jämförelser mellan länder måste göras med

försiktighet ”då underrapportering förekommer i vissa länder”. I en teknisk rapport har EUDA (tidigare EMCDDA) också konstaterat att det finns betydande skillnader mellan olika länder på en rad områden:¹⁹

- Antal obduktioner och rättsmedicinska analyser som görs, och kvaliteten 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: EUDA och Fugelstad²⁰)

I Sverige klassificerades 2007 över 75 procent av de som dör med narkotika i kroppen som överdosfall enligt kriterierna som EUDA satt upp. I Portugal var motsvarande siffra under fem procent.

Trolig underrapportering

För år 2011 rapporterade Portugal enbart 11 dödsfall. Samma år hade man 25 000 personer inskrivna i substitutionsbehandling. Beräkningar från svenska och norska substitutionsprogram visar en dödlighet på ungefär 1–1,5 procent av de inskrivna årligen, varav ungefär hälften är överdoser. Om de svenska och norska erfarenheterna översätts till Portugal borde det innebära en dödlighet på 100–200 personer, bara från de som är inskrivna i dessa program. Bland de som står utanför programmen är dödligheten enligt andra studier dessutom betydligt högre, vilket borde ge ännu fler dödsfall.

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.²¹

Tittar man på Portugal och Sverige när det gäller antal obduktioner så är det senaste jämförbara året i WHO:s statistik 2004: Då genomfördes obduktioner vid 6,9 procent av alla dödsfall i Portugal, medan motsvarande siffra i Sverige var 13,9 procent.²² I Sverige genomfördes samma år 4961 rättskemiska analyser i samband med obduktion.²³ Motsvarande siffra i Portugal var 1656.²⁴ 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.²⁵ 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 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.²⁸ Det är en bekväm och enkel kodning för läkaren. Den kräver ingen uppföljning och används ofta när information saknas, exempelvis resultat från rättskemisk analys.

”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 kodas 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.²⁶

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 EUDA:s uppskattning²⁷ 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 EUDA hamnar länderna närmare varandra (se tabell 5).

	EMCDDA sel B	Antal döda pga hiv/aids	Andel relaterad till narkotika	Narkotika-relaterade 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	195	40	809	1044
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 EUDA: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 EUDA:s siffror rakt av.

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

Användningen av narkotika efter avkriminaliseringen

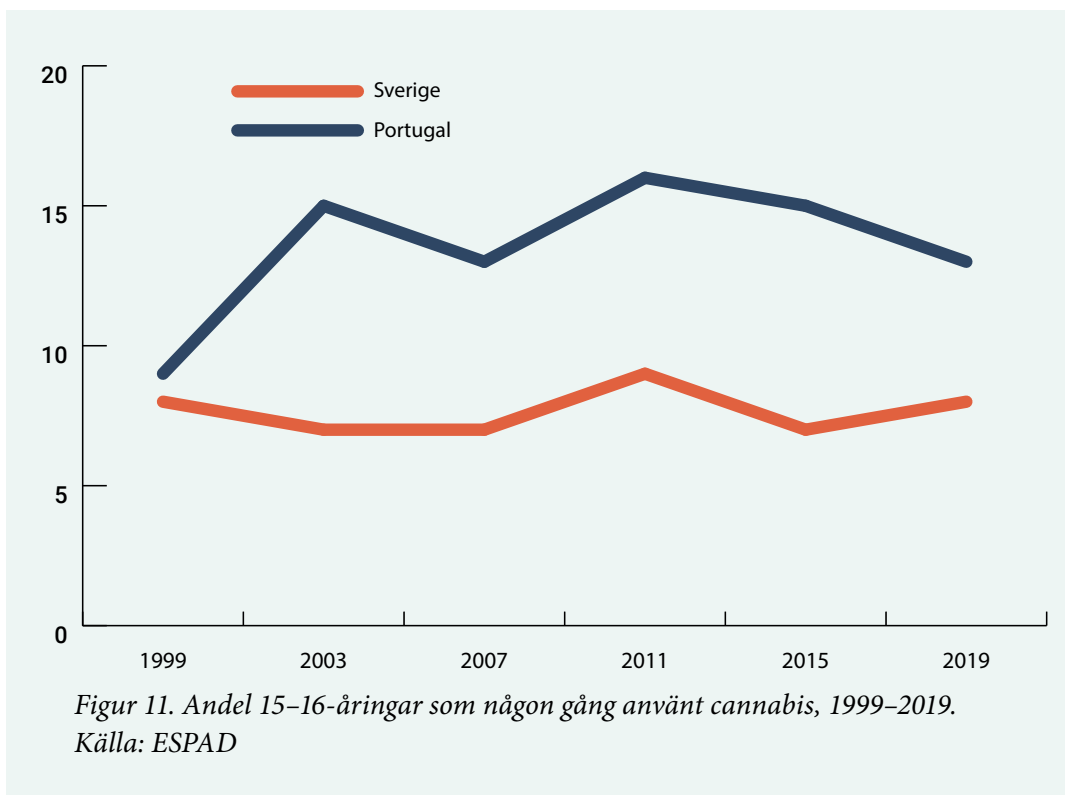
Portugals första befolkningsstudie någonsin när det gäller narkotikabruk genomfördes först 2001, samma år som avkriminaliseringen trädde i kraft. Från tiden innan dess har vi bara funnit ett par undersökningar bland ungdomar genomförda inom ramen för EU-projektet ESPAD.

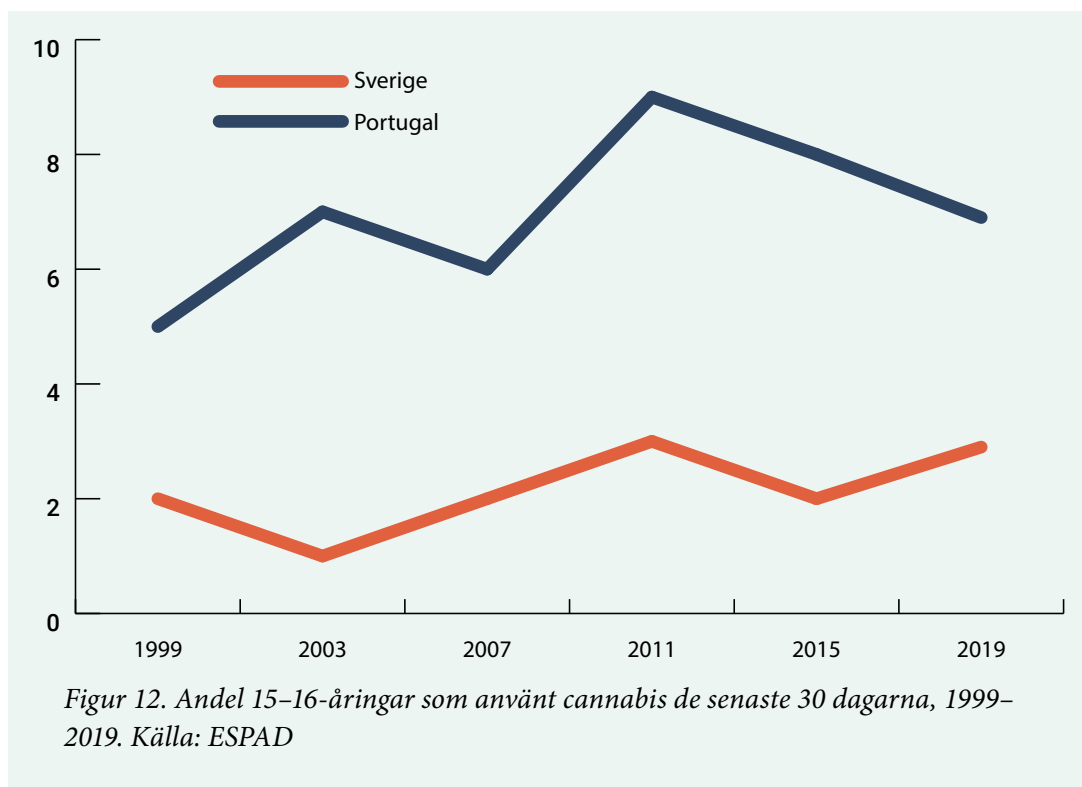
Avsaknaden av data försvårar förstås en utvärdering av de förändringar Portugal genomfört. Data för 2001 kan i någon mån ses som information om hur läget var före reformerna, men redan då hade politik och vårdinsatser börjat ställas om. Jämförbara siffror från 1990-talet hade gjort det enklare att få 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 sedan avkriminaliseringen infördes. Tittar man på livstidsprevalens i gruppen har den gått upp från 9 procent 1999 till 15 procent 2015, för att sedan minska något till 13 procent 2019.²⁸

Tittar vi på samma källa (ESPAD 2019) för Sverige så har siffrorna i princip legat stilla under samma period. Livstidsprevalensen var till och med något





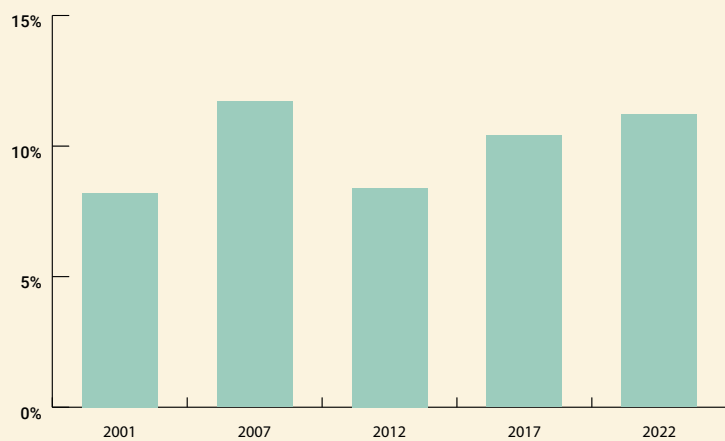
lägre 2015 jämfört med 1999, andelen som använt cannabis de senaste 30 dagarna ökade något under perioden men ligger mindre än hälften så högt som i Portugal. (Se figur 11 och 12.) Skolundersökningarna inom ESPAD görs vart fjärde år. Siffrorna för 2023 var inte tillgängliga vid tiden för den här rapportens publicering.

När det gäller utvecklingen i hela befolkningen i Portugal så gör den myndighet som ansvarar för narkotikafrågor regelbundna mätningar sedan 2001. Den senaste publicerades 2023.²⁹ Också i den här gruppen syns en ökning av cannabisbruket. Livstidsprevalensen för cannabis bland 15–74-åringar har ökat från 7,6 procent till 11,2 procent 2022. (Se figur 13).

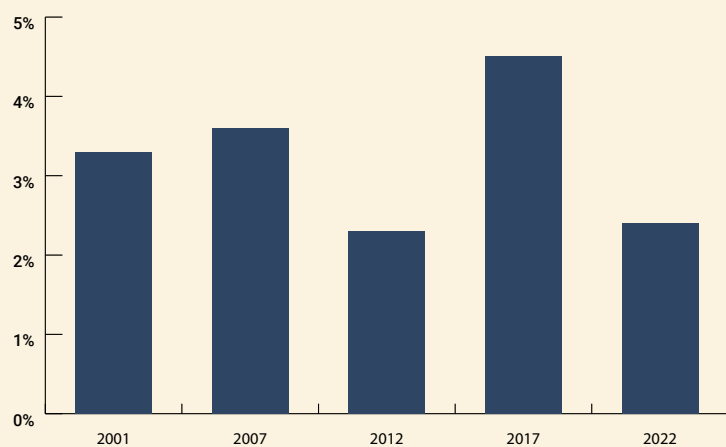
Minskning av heroin och kokain de senaste 10 åren

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. 2022 låg motsvarande siffror på 0,1 respektive 0,3 procent. En liknande utveckling kan ses när det gäller kokain.²⁹

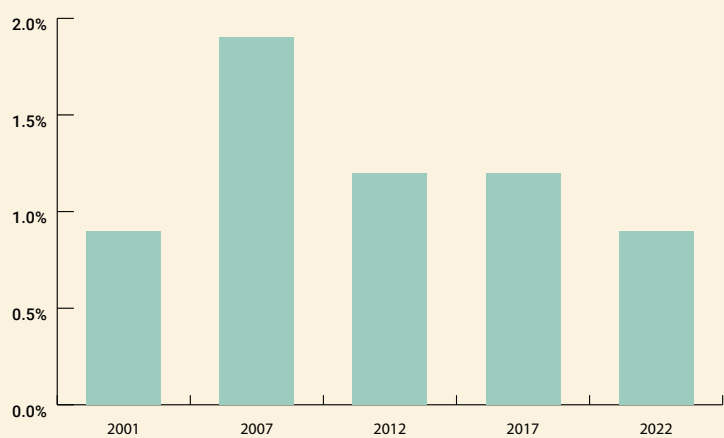
Sammantaget är bilden blandad. Ökningen bland skolungdomar är den mest iögonfallande utvecklingen – svenska och portugisiska elever låg nära varandra i slutet av 1990-talet medan den senaste ESPAD-rapporten visar



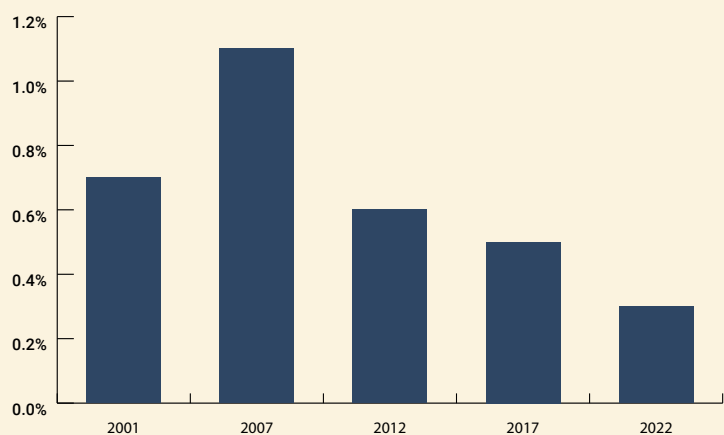
Figur 13. Andel 15–64-åringar som någon gång använt cannabis. Källa: SICAD



Figur 14. Andel 15–64-åringar som använt cannabis senaste 12 månaderna. Källa: SICAD



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



Figur 16. Andel 15–64-åringar som någon gång använt heroin. Källa: SICAD

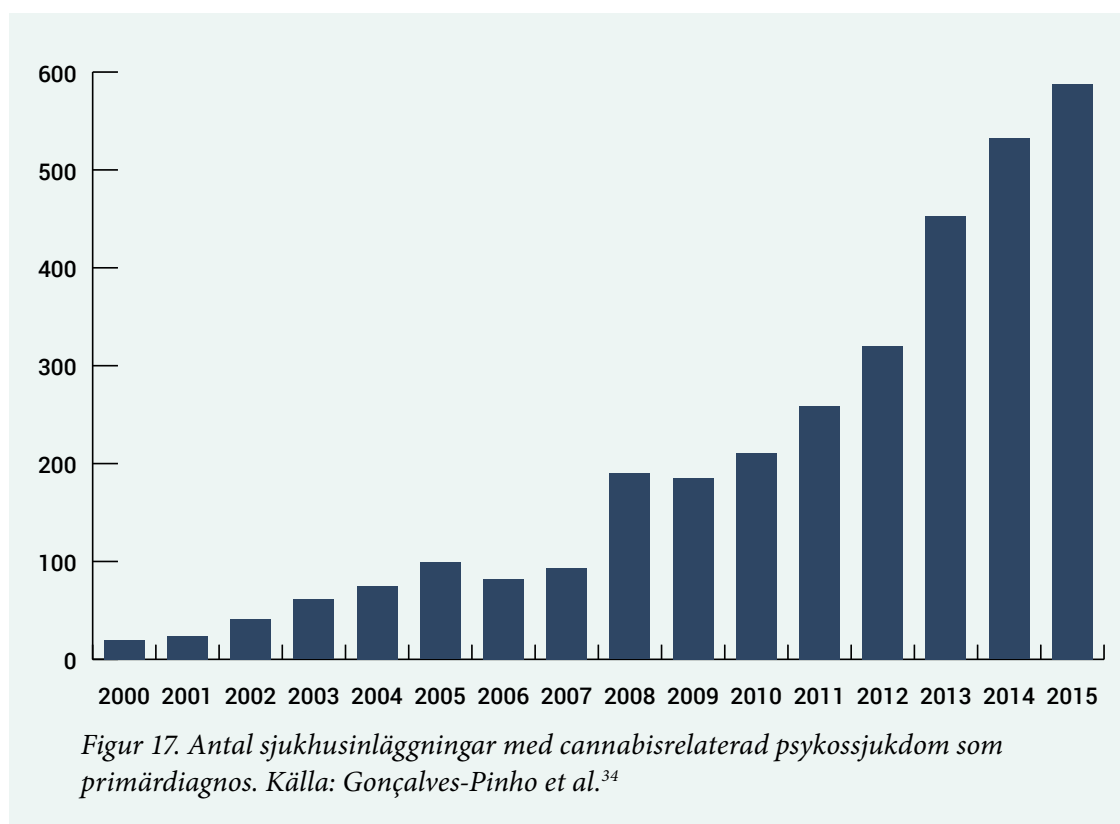
att användning av cannabis bland 15–16-åringar de senaste 30 dagarna är betydligt större i Portugal än i Sverige.

I befolkningen i stort har utvecklingen i Portugal varit mindre tydlig. Cannabisbruket tycks ha gått upp, men när det gäller kokain och heroin syns tecken på en nedgång, dock efter en ökning mellan 2001 och 2007. (Se figur 14 och 15).

Cannabisrelaterade psykosjukdomar

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 2015.³⁰ 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 även diskuterats om cannabis ökar risken för kroniska psykoser, exempelvis schizofreni. Forskningen har kunnat visa tydliga samband – bland dem som använder cannabis är förekomsten av psykosjukdom 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 förstadiet 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.³¹ 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.³² 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.³³ 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 17) 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 spelar roll, framförallt tror man att det är antalet medel- och storkonsumenter som ökat.

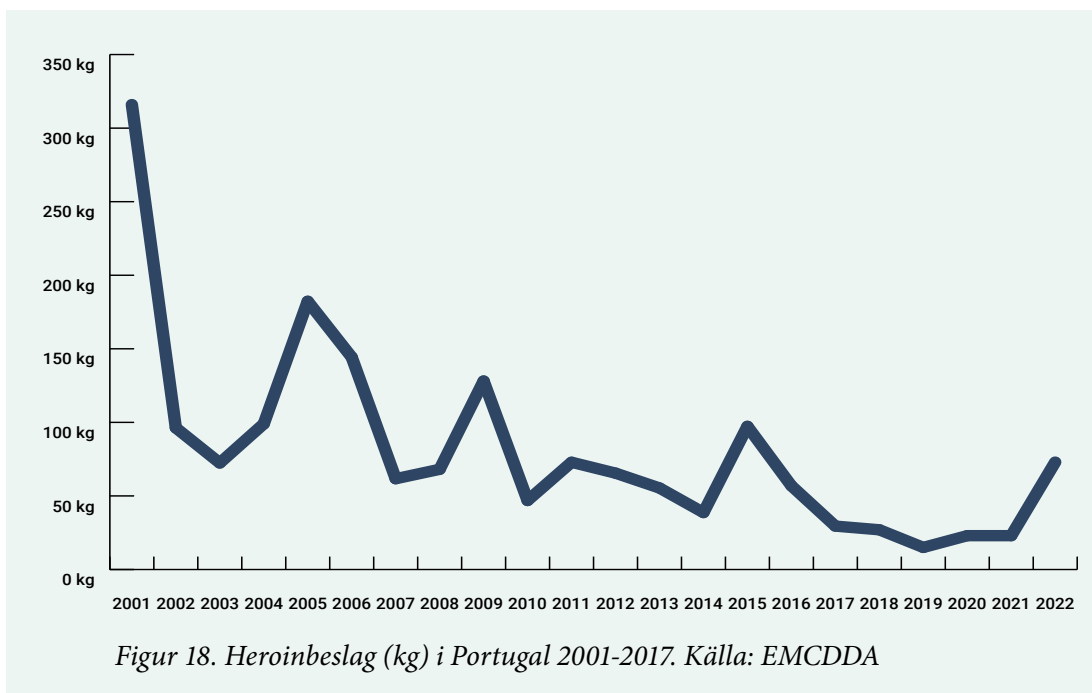
Försäljning och tillgänglighet

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.³⁴

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 18). 2001 beslagtogs 316 kg heroin i Portugal, 2021 var beslagen nere på 23 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.³⁵

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.³⁶

Den här utvecklingen beror knappast på att bruk av narkotika avkriminaliserades 2001: Försäljning, distribution och tillverkning av narkotika är fortsatt straffbart. En tänkbar delförklaring 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 narko-



tika 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 inte lika stor som i Portugal.



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

Vad berodde de första årens goda resultat på?

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, kopplat till ett 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?

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

Trenden när det gäller narkotikarelaterad dödlighet vände 2012 och siffrorna har sedan dess hunnit bli högre än innan avkriminaliseringen. Samma år genomfördes omfattande besparingar – 80 procent av resurserna försvann från ett år till ett annat.¹⁵ Mycket tyder på att det här finns ett samband – den stora satsningen på vård och preventionsinsatser medförde att dödstalen sjönk och när resurserna försvann började de stiga igen. Säkerligen finns också andra bidragande orsaker.

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 förstås en kombination.

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.³⁷

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 flytande form i samband med utdelningen. Ingen får ta med metadon 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 bokade behandlingar med andra vårdinrättningar och kan påminna brukarna om läkarbesök och liknande.

Narkotikavården i Portugal – åtminstone i sin ideala form – framstår som snabb och väl samordnad mellan olika vårdinstanser, särskilt i jämförelse med Sverige där många rapporterar om att människor bollas mellan kommun och region och inte sällan faller mellan stolarna.

”Narkotikavården i Portugal – åtminstone i sin ideala form – 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.

Efter neddragningarna 2009 och framåt verkar systemen inte fungera lika bra. Antal personer i behandling har stadigt minskat sedan toppåret 2008, och João Goulão, chef för Portugals narkotikamyndighet SICAD, säger nu att ”det vi har idag är inte ett föredöme för någon att ta efter”.¹⁶

Andra sociala insatser

Samma år som avkriminaliseringen trädde i kraft beskrevs ett av Lissabons bostadsområden, Casal Ventoso, som Europas ”största och värsta narkotika-getto”.³⁸ 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.³⁹

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 längre 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 dödstalen, 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.^{40,41}

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 präglades till en början av snabbhet och god samordning mellan olika vårdinstanser. I idealfallet får en människa som är beroende av narkotika och tas av polisen möta ofta en beroendeläkare för ett första möte inom en vecka. När resurserna finns på plats verkar systemen fungera med goda resultat som följd.
- Den narkotikarelaterade dödligheten minskade kraftigt direkt efter reformerna, men har gradvis ökat igen efter 2009. De senaste siffrorna (2021) visar en ökning på 56 procent jämfört med innan avkriminaliseringen.
- Rapporten tyder på att nivån på resurser till prevention, vård och behandling spelar allra störst roll för hur den narkotikarelaterade dödligheten utvecklas. Så länge det betydande resurstillskott man fick 2001 (en fördubbling av hela narkotikabudgeten) fanns kvar sjönk dödligheten – efter neddragningarna som gjordes efter finanskrisen 2008 steg den igen.
- 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 analyser som Portugal.
- Användningen av cannabis har ökat bland skolungdomar. Det är svårt att utvärdera vad som hänt i övrigt när det gäller narkotikaanvändning-

en då den första drogvaneundersökningen 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.
- Avkriminaliseringen har sannolikt bidragit till ett bättre bemötande av människor som använder narkotika, bland annat i vården. Samma resultat bör dock kunna uppnås med andra medel.
- Den portugisiska modellen visar att det går att skilja på människor med och utan beroende när samhället avgör vilken sanktion som ska tillämpas. En liknande modell med smartare påföljder (där den med beroende hänvisas till vård istället för böter) bör kunna införas också i Sverige också utan att en avkriminalisering genomförs.
- 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 såväl som andra länder ändå lära sig av Portugal – inte minst när det gäller narkotikavården. Ett samlat huvudmannaskap för vården i Sverige, eller åtminstone radikalt förbättrad samordning och informationsdelning mellan de huvudmän Sverige 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.

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. Report to the EMCDDA. “PORTUGAL – New developments, Trends and in-depth information on selected issues”. EMCDDA 2004.
11. *Annual report on the drug phenomena*, Portugal. EMCDDA 2001
12. EMCDDA Statistical Bulletin 2010. Not till tabell DRD-2i.
13. 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.
14. *Avkriminalisera drogerna – dagens lagar hjälper inte folk att överleva*. Debattartikel i Sydsvenska dagbladet 2010-01-10
15. <https://www.washingtonpost.com/world/2023/07/07/portugal-drugs-decriminalization-heroin-crack/> (Läst 2024-08-25)
16. <https://vancouversun.com/opinion/columnists/daphne-bramham-decriminalization-is-no-silver-bullet-says-portugals-drug-czar> (Läst 2024-08-25)
17. Leifman, H. *Drug-related deaths in Sweden – Estimations of trends, effects of changes in recording practices and studies of drug patterns*. CAN (2016)
18. *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)
19. *An analysis of post-mortem toxicology practices in drug-related death cases in Europe*. EMCDDA (2019)
20. Fugelstad A. Utveckling av akuta narkotikarelaterade dödsfall 1994-2011. Karolinska Institutet 2012. https://socialutveckling.goteborg.se/uploads/narkotikarel_dodsfall.pdf (Läst 2020-02-20)

21. 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>
22. European Health Information Gateway. WHO. <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/> (Läst 2019-12-20)
23. Mejlsvar från Rättsmedicinalverket 2020-01-23
24. 2010 National report to the EMCDDA. Portugal. EMCDDA (2010)
25. 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>
26. 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>
27. HIV/AIDS surveillance in Europe 2007. EMCDDA (2007)
28. The ESPAD Report 2019, ESPAD
29. Relatório Anual 2022, A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, SICAD
30. 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>
31. Andréasson S, Allebeck P, Engström A, Rydberg U. Cannabis and schizophrenia: A longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet* 1987; 2: 1483–86.
32. 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.
33. 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.
34. Intervju med Artur Vaz, chef för narkotikapolisen i Lissabon, 2019-12-04
35. EMCDDA Statistical Bulletin 2019
36. 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.
37. Intervjuer med psykologer och sjuksköterskor vid den ambulerande metadonutdelningen i Lissabon, 2019-12-04
38. 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).
39. Intervju med Artur Vaz, chef för kriminalpolisen, Lissabon, 2019-12-03

40. 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.
41. Winick, C. Maturing Out of Narcotic Addiction. *Bulletin on Narcotics Volume:14 Issue:1*, 1962

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 länge bevakat narkotikapolitiska frågor.