

Sammanfattning

I följande avsnitt ges en beskrivning av kunskapsområdet tillsammans med en sammanfattning av förslagen och bakgrunden till dem.

Vad är narkotika?

Narkotika är ett sammanfattande begrepp för naturliga eller syntetiska kemiska substanser med förmåga att genom effekter på det centrala nervsystemet påverka sinnesintryck, stämningsläge eller beteende som att orsaka sömn, skapa hallucinationer eller ta bort smärta. Narkotika har sedan urminnes tider använts till exempel för berusning eller prestationshöjning. Förmågan att ändra sinnesintryck eller skapa hallucinationer har använts i religiösa riter, och förmågan att orsaka sömn och ta bort smärta har sedan länge gjort narkotika till en central komponent i medicinsk verksamhet.

Narkotika har negativa effekter även utanför den person som själv använder narkotika. De rör allt från personens närmaste omgivning till konflikter mellan nationer. När en persons intresse och upptagenhet flyttas från tidigare fokus, exempelvis på familj och anhöriga, jobb och fritidsintressen till narkotika, blir relationen till de närmaste lidande. Tillgång till narkotika prioriteras ofta framför att sköta arbete, bostad och ansvar gentemot barn och övrig familj. Staten förlorar arbetskraft och skatteintäkter när personen inte kan arbeta, och ofta går den som utvecklat beroende in i social utsatthet och kriminalitet, eller utför sex mot ersättning för att kunna finansiera narkotik användningen. När världens stater förbjuder narkotika, uppstår möjligheter till lönsam organiserad brottslighet i att illegalt förse användare med narkotika, vilket medför ytterligare våld och annan kriminalitet.

Vi har emellertid inte haft i uppgift att utvärdera narkotikapolitiken i hela dess bredd och våra förslag har fokus på liv och hälsa. Vi

lämnar därför inte förslag på hur narkotikabrott eller narkotikarelaterad brottslighet bör hanteras.

Vad är beroende?

Beroende är ett biopsykosocialt tillstånd. Upprepad användning av narkotika leder till toleransutveckling, vilket innebär att det successivt behövs större och tätare intag för att nå den eftertraktade effekten, eller att den uteblir helt.

Ett fysiskt beroende innebär att kroppen efter hand kräver substansen för att fungera normalt, och personen drabbas av exempelvis kraftig ångest, svettningar och skakningar om substansen saknas. Ett psykologiskt beroende innebär att en allt större del av personens tankeverksamhet och aktivitet kretsar kring substansen, att mer tid tillbringas i situationer där tillgång finns och personen blir alltmer upptagen med att säkerställa ständig tillgång till substansen.

Ett beroende kan vara svårt att bryta, ibland till synes omöjligt. Men flera psykologiska och farmakologiska metoder har utvecklats för att underlätta att komma ur ett beroende, och många blir hjälpta när dessa metoder och insatser finns tillgängliga.

Internationella systemeffekter av narkotika

Narkotika har spelat roll i internationella relationer, historiskt kanske tydligast i opiumkrigen mellan Storbritannien och Kina på 1800-talet. I modern tid har till exempel inbördeskrig i Colombia och krigen i Afghanistan till stor del narkotika som förklaringsfaktor, och narkotikaproblemet globalt är i dag i högsta grad internationellt.

För att hantera problemet finns FN:s narkotikakonventioner, som Sverige förbundit sig att följa och som i syfte att skydda hälsan förbjuder all olaglig försäljning och handel med narkotika. Såväl FN (FN:s kontor för narkotikakontroll och förebyggande av brott, UNODC) som EU (EU:s narkotikabyrå, EMCDDA) har i dag organisationer som ska både bekämpa den kriminalitet som är associerad med narkotika och stimulera utvecklingen av preventiva insatser samt stöd- och behandlingsformer, inklusive skadereducering.

Varför ska vi ta hand om varandra?

Grundidén i ett välfärdssamhälle är att alla medborgare ingår i en gemenskap där vi har ansvar, i någon mån, för att ta hand om varandra. Olika filosofiska perspektiv har samverkat i att forma tanken om den välfärdsgemenskap där samhället som helhet tar ansvar för att främja människors välbefinnande, minska ojämlikheter och skydda de mest sårbara. Det finns emellertid inte någon enskild teori eller filosofisk tradition som ensam definierar välfärdssamhällets idégrund, utan snarare är det en kombination av olika idéer och värderingar som har format detta koncept.

Filosofier som Thomas Hobbes, John Locke och Jean-Jacques Rousseau bidrog till utvecklingen av idéer om samhällskontrakt och socialt kontrakt. Dessa teorier betonar att individer kommer samman och bildar samhällen för att skydda sina rättigheter och skapa säkerhet. Samhället har ett ansvar för att garantera sina medborgares välfärd och trygghet.

Den kristna etiken betonar vikten av kärlek till sin nästa och omsorg om de behövande. Koncept som barmhärtighet och välgörenhet har influerat idén om det kollektiva ansvaret för att hjälpa och stödja de svagaste i samhället. Martin Buber betonar till exempel vikten av relationer och solidaritet mellan människor, vilket understryker behovet av att se varandra som medmänniskor och att ta ansvar för varandras välbefinnande.

Inom liberala tankeskolor, som exempelvis *justice as fairness* av John Rawls, argumenteras för att samhället bör utformas på ett sätt som gynnar dem som har det sämst ställt. Detta kan tolkas som att ett välfärdssamhälle bör sträva efter att minska ekonomiska och sociala klyftor för att uppnå en mer jämlik fördelning av tillgångarna.

Principen om alla medborgares likhet inför lagen slogs fast redan i 1809 års regeringsform, och finns senare uttryckt även i FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna. Detta har senare fördjupats i konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (CRPD), Europeiska unionens stadga och Europakonventionen. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) uttrycker i sin portalparagraf:

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.¹

¹ 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Detta avspeglar den av riksdagen antagna etiska plattformen för hälso- och sjukvård, där *människovärdesprincipen* inskräper att alla människor är lika mycket värda och har rätt till vård oavsett ålder, kön, utbildning, social eller ekonomisk ställning. Därefter stadgar *behovs- och solidaritetsprinciperna* i HSL att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Hur många använder narkotika?

Även om narkotikaanvändningen är mindre i Sverige än i de flesta andra europeiska länder (hälften) eller USA (en fjärdedel), är det ändå mellan en halv och en miljon svenskar som någon gång det senaste året använt narkotika. De exakta siffrorna varierar från år till år och beroende på hur man undersöker, men i stort har – trots flera kampanjer, åtgärdsplaner och mobiliseringar mot narkotika som vi redogör för i följande kapitel – antalet inte kunnat minskas de senaste tjugo åren. I åldrarna 30–44 år har andelen som använder narkotika dessutom ökat.

Användningen av flera substanser samtidigt har ökat, nya syntetiska narkotiska preparat tillkommer ständigt och substanserna har blivit mer potenta. Pojkar/män använder oftare än flickor/kvinnor och är också i majoritet för de insatser som ges vid skadligt bruk eller beroende. Särskilt psykisk ohälsa, men även annan sjukdom, är betydligt vanligare bland dem som använder och mer omfattande ju större eller mer frekvent användningen är.

Stigma och barriärer mot vård och stöd

Forskning har identifierat flera faktorer som barriärer mot att söka vård och stöd inom olika typer av verksamheter, såsom negativa attityder hos vårdpersonal, stigma eller strukturella hinder som diskriminering. Övergripande kan främjande respektive hindrande faktorer delas in i tre nivåer:

- individuell (motivation)
- social (stigma och stöd från närstående och vård- och stödpersonal)
- strukturell (juridiska hinder och policybegränsningar, som höga avgifter, otillräcklig tillgång och långa väntetider, otillräcklig utbildning hos behandlingsteam samt osund ledningskultur).

För att främja vård- och stödmottagande och minska stigma behövs långsiktiga strategier. Det kan ske genom förbättrad tillgång till behandling, förebyggande av stigma och diskriminering samt information och utbildning.

Vi kan bättre!

I betänkandet beskriver vi utvecklingen av gällande rätt på narkotikaområdet från 1960-talet och framåt, liksom rättsprocessen vid narkotikabrott och de olika aktörernas ansvar och roll, med fokus på ringa narkotikabrott.

Vi kan konstatera att principer, fastslagna i rikets lagar och med förpliktelser i internationella konventioner samt i filosofiska och moraliska ramverk, inte följs vad gäller vård, stöd och skadereducering till personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika. Vi berättar mer om det i betänkandets följande kapitel, och lämnar också bedömningar och förslag för att komma till rätta med de största åtgärdbara bristerna. Vi kan bättre – låt oss göra det bättre!

Våra analyser, förslag och bedömningar

Nedan redovisas vad våra förslag och bedömningar syftar till på olika områden, tillsammans med en kort bakgrund. Ett urval av förslag och bedömningar redovisas här översiktligt; för en komplett och precis beskrivning hänvisas till betänkandets olika kapitel. De riktar sig till regeringen, myndigheter, kommun och region.

Eftersom samhällets resurser är begränsade och tillståndet innebär ett allvarligt hot mot liv och hälsa, är det extra viktigt att såväl preventiva åtgärder som stöd, behandling och skadereducering är kunskapsbaserade och effektiva. Utredningens förslag har särskilt beaktat detta perspektiv.

Hög dödlighet vid skadligt bruk eller beroende av narkotika

Den allvarligaste och mest påtagliga konsekvensen av narkotikaanvändning är för tidig död genom oavsiktlig förgiftning eller suicid. Sverige har en mindre användning av narkotika än jämförbara länder, men en hög dödlighet. Under tioårsperioden fram till 2022 avled knappt 900 personer per år vilket är en ökning av antalet individer. Uttryckt som andel i befolkningen som avled var andelen dock i princip oförändrad under perioden: 8 per 100 000 invånare eftersom befolkningen ökat under samma period.

Ett av de tydligaste uppdragen i våra direktiv är att analysera denna dödlighet och orsakerna till den. Det är svårt, eftersom hela samhällsstrukturen spelar in och både kontext och förutsättningar varierar stort mellan länder. I tillägg finns stora skillnader i klassificering och insamling av statistik kring dödsfall, även om både UNODC och EMCDDA försöker standardisera rapporteringen. Däremot finns likheter i olika länders strategier för att få ner dödligheten. De bygger på kombinationer av naloxon, LARO, lågtröskelmottagningar, sprututbyten, brukarrum och *drug checking*, förutom olika modeller för information och kommunikation.

I länder där eget bruk av narkotika är kriminaliserat har man försökt på olika sätt att göra undantag för straffansvar då personer larmat eller hjälpt till i nödsituationer. Dessa brukar benämnas barmhärtig-samarit-undantag. Mycket uppmärksamhet har riktats mot Portugal, som med olika åtgärder, bland annat genom att ersätta straff med behovsbedömningar av vård och stöd, lyckades få ner en hög dödlighet orsakad av narkotika. Men nu ser man en ökad dödlighet igen när finansiering för flera av insatserna dragits tillbaka. I Estland ses en liknande utveckling.

En djupare analys av dödligheten, inklusive svårigheten att skilja avsiktlig från oavsiktlig förgiftning och att hitta orsaker till förändringar under perioden, finns i ett särskilt kapitel i betänkandet. Vi berör särskilt brister i förskrivning och uppföljning av opioider inom hälso- och sjukvården.

En viktig och högt prioriterad insats är att se till att motgiftet naloxon finns tillgängligt där oavsiktliga förgiftningar kan förväntas. Naloxon ges som injektion eller nässprej och upphäver snabbt blockeringen av andningscentrum. Det har därmed potential att förhindra död i den situationen, förutsatt att det finns tillgängligt.

Vi har i vårt delbetänkande *Naloxon kan rädda liv – bedömningar av nuläget och nästa steg* konstaterat att naloxon inte på långt när finns i alla de situationer där chansen är störst att det skulle rädda liv, och att tillgängligheten bör öka.

I USA gjordes nyligen naloxon receptfritt. Läkemedelsverket utredde förra året möjligheten till det även i Sverige. Då det enligt den myndighetens bedömning inte var möjligt att åstadkomma det inom nuvarande regelverk, lägger vi lagförslag som innebär att naloxon kan bli mer tillgängligt.

Här kan man reflektera över jämförelsen med samhällets mobilisering för att placera ut hjärtstartare överallt, för att inte missa chansen att rädda ett liv. Det är svårt att inte se stigma kopplat till skadligt bruk eller beroende av narkotika som en faktor bakom att samma engagemang inte funnits för att ännu enklare kunna rädda liv med en nässprej.

För att parera ett allt snabbare införande av nya psykoaktiva substanser, ibland benämnda nättdroger, behövs kontinuerligt uppdaterad kunskap om vilka substanser som förekommer på marknaden, tillsammans med snabba processer för kemisk och juridisk klassifikation av dem. Detta är en utmaning, och myndigheterna ligger närmast definitionsmässigt efter i arbetet, då en liten förändring av en molekyl kan ge substansen en likartad effekt, men utredning och klassifikation måste göras på nytt. Flera länder har infört generisk klassificering där substanser regleras på gruppnivå. Vi har gjort en översikt av problemet och dess hantering i Sverige och internationellt, och drar slutsatsen att dagens system fungerar tillräckligt väl för att inte förändringarna med en förändring ska uppväga nackdelarna.

Regeringen uppmanas att

- anta ett program för att minska dödsfall till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar samt komplettera regeringens vision med en konkret målsättning om att dödligheten ska ha minskat med minst 20 procent från 2022 års nivå fem år efter införandet av programmet.
- uppdra åt Socialstyrelsen att analysera utvecklingen och situationen samt att leda genomförandet av och uppföljningen av ett nationellt program för att minska antalet dödsfall till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar.

- anta en särskild lag om hantering av läkemedel utanför hälso- och sjukvården som verkar som opioidantagonister. Därmed skulle även personer utanför hälso- och sjukvården kunna överlämna naloxon och administrera det i en akut situation.
- uppdra åt Socialstyrelsen att utreda hur dödsfallsutredningar inom området kan utformas för att på sikt stärka kunskapen om vilka insatser som bör vidtas för att minska förgiftningsdödsfall till följd av narkotika eller läkemedel.

Regionerna uppmanas att

- intensifiera arbetet med att förskriva naloxon till personer som använder narkotika eller har recept på opioidläkemedel.

Förebyggande insatser

Inte alla som provar narkotika utvecklar ett skadligt bruk eller beroende, men alla drabbas av de direkta negativa effekterna och ingen kan på förhand veta om man själv kommer att utveckla ett skadligt bruk eller beroende eller inte. En verkningsfull prevention måste därför vara en hörnsten i en effektiv narkotikapolicy. Så få som möjligt ska börja använda narkotika, och de som gjort det ska förmås sluta innan ett beroende har utvecklats. Samhällets insatser för att minska tillgången till narkotika bidrar också till detta.

Erfarenheterna från alkoholområdet tyder på att tillgångsbegränsning har effekt för att minska utvecklingen av skadligt bruk eller beroende. Men tillgången till narkotika är, trots försök att begränsa, god överallt i Sverige. Begränsning av tillgång kan inte vara den enda strategin i preventionen. Insatser måste också göras för att stärka individen i att stå emot lockelsen att börja använda.

Så länge preventionen inte är helt effektiv, måste den också kompletteras med effektiva åtgärder för att rehabilitera, stötta och minska de skadliga effekterna av skadligt bruk eller beroende. Narkotikaberoende är ett allvarligt och dödligt tillstånd, så flera och upprepade insatser måste finnas för att värna liv och hälsa. Mycket som i dag görs saknar evidens för effekt eller är till och med bevisat ineffektivt,

vilket alltid är slöseri med resurser men ibland också kan vara direkt skadligt. Ineffektiva metoder måste utmönstras!

Det förebyggande arbetet ska för att ha effekt vara brett och anpassat för personer med olika grad av narkotikaanvändning, med olika typer av insatser beroende på om det handlar om att

- förhindra att barn och unga kommer i kontakt med och prövar narkotika
- skjuta upp debuten
- minska användningen
- minska skadligt bruk eller beroende
- minska de skador på hälsan som användningen leder till.

Forskning om orsaker till att börja använda narkotika är svår att genomföra, men den forskning som finns pekar på att insatser bör syfta till att motverka en bräcklig situation, socioekonomiskt eller i familjen, stötta lärande i skolan, särskilt fokusera på dem som har psykisk ohälsa, inklusive beroendesjukdom, i sin närhet och kombinera universella, selektiva och indikerade preventiva åtgärder.

UNODC har publicerat *International Standards for Prevention* som vetenskaplig bas för det förebyggande området. Även EMCDDA sammanställer regelbundet kunskap om utvärderade metoder inom det narkotikaförebyggande området och redovisar evidensläget.

Befintlig organisation på nationell, regional och lokal nivå inom ANDTS²-området har genererat mycket kunskap som efter hand utvecklat området. Flertalet kommuner har i dag samordnare för ANDTS-arbetet, och i varje län har länsstyrelserna samordnare av det förebyggande arbetet.

De regionala samordnarna ska verka för att den nationella strategins inriktning sprids och implementeras regionalt och lokalt. Detta bedömer vi är en ändamålsenlig struktur man bör bygga vidare på. Forskningen visar på ett positivt resultat av knappt två decennier med att stötta och utveckla det lokala arbetet genom bättre strukturer på olika nivåer, utbildningar av samordnare, metodutveckling och implementeringsstöd.

² Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar.

Erfarenheter från alkoholområdet pekar på att de kommuner som haft fler insatser och mer utvecklat policyarbete, samverkan och mer resurser, har en mer gynnsam utveckling. Vår egen analys visar dock att omfattningen av det ANDT-förebyggande arbetet har minskat med en tiondel under perioden 2016–2021. Det gäller både strukturella förutsättningar och aktiviteter.

Samhällskostnaderna för narkotikarelaterade problem i Sverige beräknas vara ungefär 100 gånger större än vad vi i samhället hittills valt att spendera på det narkotikapreventiva arbetet.

Regeringen uppmanas att

- ge Folkhälsomyndigheten i uppdrag att utifrån befintligt kunskapsläge utveckla ett målgruppsanpassat kunskapsstöd med kriterier avseende kvalitet i narkotikaförebyggande arbete samt genomföra utbildningar om kunskapsstödet på regional nivå.
- fortsätta den pågående satsningen för ökat föräldrastöd som genomförs av Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd. Detta för att dels utveckla en jämlik tillgång till stöd i föräldraskapet för fler föräldrar, dels aktivt verka för att fånga upp de föräldrar som har störst behov av stödet. Stödet bör kompletteras med information om hur föräldrar kan kommunicera om narkotika med sina barn.
- ge Folkhälsomyndigheten i uppdrag att sammanställa aktuell vetenskap om hälsoeffekter kopplade till de vanligaste narkotiska substanserna, samt att tillhandahålla en kunskapsbas som grund för olika aktörer.
- stärka det narkotikaförebyggande arbetet genom att anta ett program för att förebygga narkotikaanvändning hos barn och unga.
- ge länsstyrelserna i uppdrag att stödja kommunerna i genomförandet av programmet, samt ge Folkhälsomyndigheten i uppdrag att leda genomförandet.

Regioner och kommuner uppmanas att

- prioritera samordningen av det förebyggande arbetet mellan olika områden, och skapa en stabil struktur för detta
- säkra kunskap om narkotika, risk- och skyddsfaktorer samt hälsoeffekter i primärvården
- säkra rutiner för upptäckt, tidiga insatser och rutiner för vidareremittering i primärvården
- möjliggöra forskning och utveckling om metoder för att förebygga ogynnsam utveckling hos barn och unga
- långsiktigt stärka strukturen för arbetet med tidiga samordnade insatser till barn och unga (TSI).

Vård- och stödinsatser vid skadligt bruk eller beroende

Direkta och indirekta hälsoeffekter skapar behov av insatser från hälso- och sjukvården. Ansvaret för att ge vård och stöd vid skadligt bruk eller beroende delas mellan kommunernas socialtjänst, regionernas hälso- och sjukvård, Statens institutionsstyrelse (SiS) och Kriminalvården. Inom området finns också många ideella och enskilda aktörer som bedriver verksamhet.

Det svenska vård- och stödlandskapet för personer med skadligt bruk eller beroende är brett och i många delar välfungerande. Emellertid finns brister och luckor som går att täppa till och som vi berör i våra bedömningar och förslag. Nationell uppföljning inom området behöver på olika sätt förbättras.

En del av vården av personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika utförs av primärvården, men volymen är svår att uppskatta eftersom det saknas ett nationellt hälsodataregister för primärvården. De senaste 20 åren har antalet patienter, läkarbesök och slutenvård i regionernas specialiserade vård ökat.

Regionernas vård för barn och unga varierar stort, och i barn- och ungdomspsykiatrins utbud finns stora skillnader mellan regioner.

Förskrivning av opioidläkemedel och bensodiazepiner bör bli mer evidensbaserad, vad gäller indikation, preparatval, mängd och överlämning, såväl som nedtrappning och utsättning.

Det är anmärkningsvärt att det fortfarande finns så stora brister vad gäller att följa rekommendationer i nationella riktlinjer i den regionala vården. Efterlevnaden behöver bli betydligt bättre och variationen över landet minska.

Personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika är också ofta socialt utsatta. Därför behövs särskilda vård- och stödinsatser till särskilt sårbara grupper. Det gäller till exempel flickor och kvinnor, hbtqi³-personer, klienter på anstalt eller personer som utför sex mot ersättning.

Några sätt att särskilt möta behov hos dessa grupper är att erbjuda hög tillgänglighet utan tidsbokning, att ha beroendekompetens på mödra- och barnavårdscentraler och att inte i onödan ställa krav på total drogfrihet för att få tillgång till hjälp och stöd. Mobil och uppsökande verksamhet är ett sätt att tillgodose behov hos dem som upplever höga trösklar.

Många aktörer samverkar runt samma person i olika delar av samtidiga insatser och i olika skeden i en rehabilitering eller återhämtningsprocess. Brister i samverkan och övergångar mellan skeden utgör tydliga risker för personer med skadligt bruk eller beroende.

Regeringen uppmanas att

- ge Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (MyVA) i uppdrag att utveckla en modell för uppföljning av vård- och stöd för personer med skadligt bruk eller beroende. Förvaltning av modellen ska därefter skötas av Socialstyrelsen.
- ge Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla övergripande indikatorer, främst med fokus på hälsoutfall av vården och dess tillgänglighet för personer med skadligt bruk eller beroende.
- ge Socialstyrelsen i uppdrag att bidra med ett kunskapsstöd om hur ungdomsmottagningar kan nå unga med riskbruk.
- ge lämplig aktör i uppdrag att inrätta en anonym stödlinje, samt stötta försök med digital vård för personer som använder narkotika.

³ Homosexuella, bisexuella, trans- och queerpersoner samt intersexpersoner.

- avsätta särskilda medel inom omställningen till god och nära vård till upptäckt, tidiga insatser och effektiv samverkan mellan primärvård och specialiserad beroendevård.
- ändra i hälso- och sjukvårdslagen för att tydliggöra hälso- och sjukvårdens ansvar för att samordna vården för barn eller unga som inte fyllt 21 år när det finns ett sådant behov.
- ge Socialstyrelsen i uppdrag att utreda möjligheter att tidigt identifiera och stödja fler individer med adhd.
- ge Socialstyrelsen och Läkemedelsverket i uppdrag att stödja implementering och lärande om ändamålsenlig förskrivning av narkotikaklassade läkemedel.
- ge Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) i uppdrag att utreda mindre förpackningsstorlekar av narkotikaklassade läkemedel.

Regioner och kommuner uppmanas att

- inom sina verksamheter tydliggöra hälso- och sjukvårdens ansvar för att behandla barns och ungas skadliga bruk eller beroende av narkotika, särskilt barn- och ungdomspsykiatri, samt att tillsammans med kommunerna samordna strukturen för omhändertagandet.
- implementera befintliga kunskapsstöd, och genom regionala riktlinjer, stöd och ersättningsmodeller till vårdgivare styra mot en minskad förskrivning av narkotikaklassade läkemedel och en utveckling av ändamålsenligt stöd till patienter.

Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO)

LARO har funnits i 60 år i Sverige och utvecklats från att vara en kraftigt ifrågasatt och kontrollerad undantagsverksamhet till att bli en hörnsten i behandling av personer med beroende av opioider. Antalet patienter i läkemedelsassisterad behandling för opioidberoende har ökat 3–4 gånger. Denna ökning bedöms avspegla bättre tillgänglighet snarare än ökad sjuklighet. Evidensläget för LARO är gott,

men deltagandet hämmas av olika icke-evidensbaserade regler för verksamheten. Exempel på sådana är

- krav på att ”visa motivation” genom att utan hjälp bli drogfri först
- krav på arbete, bostad eller andra ordnade sociala förhållanden
- krav på att ha kommit in i verksamheten på ett visst sätt eller först ha genomgått vissa andra behandlingar eller procedurer.

Ett särskilt problem är att vägen till en god livssituation för de flesta med beroendeproblematik går via återfall då och då. Om man i dessa lägen utestängs från behandlingen eller måste kvalificera sig igen från början, blir det en särskilt problematisk barriär.

Även LARO utvecklas. Nu finns i Sverige buprenorfin i depåberedning, det vill säga långtidsverkande så att besök kan glesas ut för stabila patienter och kanske även flyttas till en vårdnivå mer nära patienten. Beredningsformer finns med tillsatta antagonisterna som nästan omöjliggör otillåten vidareförmedling från verksamheterna till narkotikamarknaden och dessutom begränsas risken för oavsiktlig förgiftning vid sidobruk av narkotika.

Dessutom förbättras kunskapen om alternativa substanser för den andel patienter där metadon inte fungerar. Till exempel finns i Danmark möjlighet till heroinassisterad behandling, och i Australien studeras hydromorfon som komplement i LARO. Alternativa beredningsformer studeras också, som nässprej, munfilm och plåster.

Forskningen visar att LARO minskar kriminaliteten och användningen av (annan) narkotika, förbättrar den sociala situationen samt ger bättre livskvalitet och hälsa. Den fulla potentialen av LARO har inte nåtts på grund av svag implementering av ny kunskap, delvis därför att nya preparat är dyrare än de äldre.

I våra dialoger med aktörer inom LARO har det tydligt framkommit en bristande samsyn vad gäller krav och innehåll i behandlingen.

Regeringen uppmanas att

- ge Socialstyrelsen i uppdrag att revidera de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende, kunskapsstödet för LARO samt föreskriften om LARO för att främja god, jämlik, tillgänglig och säker vård. Att LARO innebär både skadereducering,

behandling och rehabilitering behöver tydligt framgå. Den snabba kunskapstillväxten inom området motiverar en beredskap att uppdatera vägledningar och föreskrifter.

- ge Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra nödvändiga åtgärder för att genom patientregistret kunna identifiera och följa vilka patienter som är ordinerade LARO samt vilka läkemedel som används.

Regionerna uppmanas att

- utreda förutsättningarna för kostnadsfrihet för LARO-behandling och läkemedel under behandlingens första år
- inom ramen för nationellt programområde psykisk hälsa ta fram ett personcentrerat vårdförlopp för opioidberoende med fokus på LARO
- erbjuda fler patienter tillgång till LARO och öka efterlevnaden till nationella riktlinjer, genom att huvudmännen främjar samverkan mellan vårdnivåer och implementering av ny kunskap för att öka tillgängligheten.

Socialtjänstens insatser

Skadligt bruk eller beroende leder till svårigheter att behålla familj, arbete och bostad, vilket i sin tur leder till behov av sociala insatser. Antalet insatser från socialtjänsten, inklusive LVM,⁴ har varit ungefär oförändrad sedan år 2000, men organisation, volym, tillgänglighet och kvalitet varierar stort mellan olika kommuner.

Vi beskriver i betänkandet olika behandlingsmetoder och insatser för personer med skadligt bruk eller beroende. Fokus är för kommunernas del på psykologiska och psykosociala metoder, men vi berör även insatser för anhöriga, insatser som rör boende och annat. Vi gör jämförelser mellan kommuner och regioner, och analyserar hur väl insatserna följer rekommendationer och prioriteringsnivåer i nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, samt i

⁴ Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.

andra styrdokument. Efterlevnaden av dessa kan bli betydligt bättre och variationen över landet minska.

Hemlöshet bidrar till låg livskvalitet och ökar risken för ohälsa. Bostadsfrågan är därför en viktig del av kommunernas skadereducerande verksamhet. Flera kommuner, men inte alla, erbjuder någon form av bostadstrappa som garanterar tak över huvudet och boende i nivå med vad personer klarar av. En framgångsrik metod som tillämpas av en femtedel av kommunerna är *Bostad först* – en modell som erbjuder en kombination av bostad och boendestöd utan krav på total drogfrihet. Då bostad ofta är ett villkor för ett ordnat socialt liv i övrigt, inklusive arbete, sysselsättning, relationer och även tillgång till vissa behandlingar, är det en viktig komponent på vägen till ett mer ordnat liv och även till hälsa.

Regeringen uppmanas att

- ge Socialstyrelsen i uppdrag att dels kartlägga olika typer av boendeformer utifrån olika lagstiftningar (exempelvis socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS), för personer med skadligt bruk eller beroende, dels utreda behovet av vägledning inom området för att skapa mer enhetlig tillämpning av regelverket i Sverige. I arbetet ska särskilt beaktas hur boende för personer med samtidigt skadligt bruk eller beroende och våldsutsatthet kan säkerställas.

Statens institutionsstyrelse

Statens institutionsstyrelse (SiS) är utförare av en kombination av statligt och kommunalt finansierad verksamhet. Myndigheten arbetar med omhändertagandet av personer enligt LVM och LVU.⁵

⁵ Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

Regeringen uppmanas att

- i HSL och SoL reglera att en så kallad samordnad individuell plan (SIP) även ska upprättas när en person vårdas med stöd av LVM, och Statens institutionsstyrelse (SiS) bedömer att det behövs för att personen ska få sina behov tillgodosedda.

Kriminalvården

En relativt stor andel av Kriminalvårdens klienter har ett skadligt bruk eller beroende av narkotika varav många är opioidberoende. FN:s ekonomiska och sociala kommitté har i sin granskning uppmanat Sverige, som ratificerat ESK⁶-konventionen, att intensifiera insatserna för att personer på anstalt ska kunna ta del av LARO.

Regeringen uppmanas att

- ge Kriminalvården möjlighet att kalla regionen och/ eller kommunen till så kallad samordnad verkställighetsplanering. Om det finns behov av vård- och stödinsatser efter frigivningen ska det framgå vilken huvudman som övertar ansvaret efter verkställighetstidens slut.
- ge Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse (SiS) i uppdrag att ta fram riktlinjer för när en samordnad planering ska initieras.
- ge Digitaliseringsmyndigheten i uppdrag att ta fram riktlinjer för hur digitala samordningsmöten ska kunna genomföras på ett tekniskt säkert sätt i enlighet med gällande lagstiftning.
- ge Kriminalvården i uppdrag att utreda hur tillgängligheten till LARO inom Kriminalvården kan säkerställas.

Regioner och kommuner uppmanas att

- fortsätta arbetet med att utveckla SIP. Regionerna och kommunerna ska kompenseras ekonomiskt för det nya åtagandet att delta i samordnad verkställighetsplanering med Kriminalvården. Sveriges

⁶ FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.

Kommuner och Regioner (SKR) ska få medel genom en överenskommelse för att fortsatt stödja implementeringen av SIP samt att implementera samordnad verkställighetsplanering.

Den rättsvårdande processen

Vi har av våra direktiv varit förhindrade att lämna förslag inom straffrättens område. Vi har dock på flera olika sätt försökt identifiera hur möjligheten till vård och stöd kan stärkas inom ramen för gällande rätt.

Regeringen uppmanas att

- ge Socialstyrelsen och Polismyndigheten i uppdrag att i samråd med Brå och SKR ta fram en vägledning för hur barn och unga under 21 år som misstänks för narkotikabrott kan erbjudas vård och stöd när det finns ett sådant behov.
- ge Polismyndigheten i uppdrag att se över hur myndigheten använder rapporteftergift vid misstanke om eget bruk och innehav för eget bruk av narkotika, och vid behov ta fram föreskrifter eller vägledning angående hur rapporteftergift ska användas.
- överväga att initiera en översyn av narkotikastrafflagen och påföljderna vid narkotikabrott för att bland annat utreda hur lagen påverkar de medicinska och sociala skadeverkningarna, och om personer med skadligt bruk eller beroende erbjuds vård- och omsorgsinsatser i tillräcklig omfattning.

Skadereducerande insatser

För att värna liv och hälsa för dem som systemet inte når med insatser för att förebygga eller komma från skadligt bruk eller beroende, kan insatser erbjudas för att så långt möjligt minska de direkt och indirekt skadliga effekterna. Dessa brukar sammanfattas under begreppet skadereducerande insatser. Det finns flera sådana på olika nivåer, där de mest kända är

- akutläkemedel för att förhindra död genom överdos (exempelvis naloxon)

- läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO)
- insatser för att förebygga infektioner och andra kroppsliga sjukdomar
- insatser för att förbättra den sociala situationen, till exempel boende eller sysselsättning.

Den omedelbara målsättningen är vid skadereducerande insatser normalt inte att personen ska sluta använda narkotika, utan att personen ska få hjälp att överleva och ha god hälsa, vilket också är en förutsättning för att senare hjälpa personen att bli drogfri.

I såväl den allmänna som den vetenskapliga diskussionen är frågan om balansen mellan rättsliga och skadereducerande insatser en av de tydligaste skiljelinjerna. Den innefattar flera svåra frågor, särskilt om det ska vara olagligt att inneha och själv använda narkotika och hur kriminalisering av eget bruk påverkar samhället vad gäller organiserad brottslighet, våld och korruption. Dessa frågor är också en del av narkotikapolitiken, men faller tydligt utanför det ansvar och mandat som denna utredning fått. Vi berör frågorna där de har betydelse för våra bedömningar och förslag, men har inte belyst dem allsidigt.

Personer med ett skadligt bruk eller beroende av narkotika har en stor risk att avlida i förtid eller att få kraftigt sänkt livskvalitet av relaterad kroppslig ohälsa, våld och utnyttjande eller svag social och ekonomisk levnadssituation. De utgör därför en grupp som ska prioriteras mycket högt vid fördelningen av resurser till olika insatser inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst – allt enligt hälso- och sjukvårdslagen med dess etiska prioriteringsplattform, flera internationella konventioner vi förbundit oss att följa och även vår grundlag.

Det finns en bred palett av insatser som visat sig ha potential att minska dessa risker och som i olika grad introducerats i olika länder. De brukar på grund av sitt gemensamma mål sammanfattas i begreppet skadereducerande insatser, även om insatserna är mycket olika till sin karaktär och tillämpas på olika systemnivåer.

Själva utgångspunkten för skadereducerande insatser är dock omdebatterad. Ett vanligt argument är att om samhället lindrar konsekvenserna av narkotikaanvändning, minskar drivkraften att avstå. För vissa av de skadereducerande insatserna argumenteras också för att de innebär att samhället ”tolererar” narkotika till den grad att budskapen om förbud och skadlighet urholkas.

Argumenten för skadereducerande insatser är i högre grad pragmatiska, medan argumenten emot i högre grad är principiella. Själva synen på skadligt bruk eller beroende som en "självförvårdad" sjukdom och stigma kopplat till beroende verkar också påverka, då liknande argument mycket sällan hörs om andra skador eller kroppsliga sjukdomar, att krockkuddar i bilar eller cykelhjälm gör att vi blir sämre på att följa trafikregler, eller att cancerbehandling gör att människor inte följer råd om hälsosamma levnadsvanor. Eller att maratonlöpare, fotbollsspelare och bergsklättrare ska bli utan vård då de skadas.

Vissa länder tar konceptet ett steg längre och erbjuder i tillägg till sprututbyte och hälsotjänster även möjligheten att inta sin narkotika under övervakning i verksamheten. Det brukar kallas brukarrum, eller ibland injektionsrum, men innefattar alltså mer än enbart den möjligheten. Vid verksamheterna erbjuds ofta sprututbyte, hälsorådgivning och annat stöd. Argumenten för en sådan verksamhet är att

- risken för dödlig överdos minskar
- somatiska besvär behandlas och behov av akut sjukvård minskar
- injicering försvinner från trappuppgångar, parker och allmänna miljöer
- ännu en kontaktyta etableras där man kan erbjuda information, hälsotjänster och motivera till behandling.

Argumenten som ofta framförs emot är att

- narkotikaanvändning riskerar att sanktioneras i allmänhetens ögon och det finns farhågor om att verksamheten till och med kan underlätta och öka narkotikaanvändning och injicering
- brukarrum är svåra att kombinera med ett regelverk där det faktiskt är olagligt att använda narkotika.

Forskningen kring brukarrum har inte kunnat visa på ökad narkotikaanvändning eller risktagande, men däremot bättre hälsa och utnyttjande av hälsotjänster samt mindre störningar i närområdet. Den har visat att dödsfall i brukarrummen förhindras, men inte kunnat visa på att insatsen bidrar till minskad narkotikarelaterad dödlighet på samhällsnivå. I Sverige har brukarrum aldrig funnits, inte ens i forskningskontext, men i Danmark, Island och Norge har de introduce-

rats som en del i en höjd ambition att värna brukarens liv och hälsa. Franska studier visar på kostnadseffektivitet.

Opioider, som heroin, morfin och fentanyl, blockerar andningscentrum i hjärnstammen och får ibland andningen att upphöra efter narkotikaintag, särskilt efter injektion. Risken har ökat då det med tiden kommit mer potenta preparat, samtidig användning av flera substanser blivit vanligare och narkotika ibland ”spetsas” med kraftigare substanser, som fentanyl – ibland utan användarens vetskap.

Vissa länder erbjuder *drug checking*, där användare kan få teststickor för att kontrollera innehållet i det de kommit över. De finns i Sverige halvofficiellt att tillgå via brukarföreningar. Ett praktiskt problem är att teststickor, som kan finnas tillgängliga på festivaler eller vid olika testverksamheter med en bredare målgrupp, inte är precisa nog medan de mer exakta testmetoderna ofta tar för lång tid. Tekniken är dock under snabb utveckling. Evidensläget för effekten är svagt, då studier saknas.

De skadereducerande insatserna i Sverige utgör trots sin effekt på liv och hälsa en förhållandevis liten andel av det totala antalet insatser till personer som använder narkotika eller har ett skadligt bruk eller beroende. Vi beskriver kortfattat nedan och i följande kapitel mer utförligt de viktigaste insatserna, liksom hur olika länder har valt att kombinera dem.

Regeringen uppmanas att

- definiera det skadereducerande perspektivet som ”insatser, program och policyer som utan krav på drogfrihet syftar till att minska de hälsomässiga, sociala och ekonomiska skadorna av narkotikaanvändning för individer och samhället, samt att öka livskvaliteten för enskilda”
- överväga att föreslå riksdagen att ändra målet för narkotikapolitiken som helhet från ”ett samhälle fritt från narkotika” till ”ett samhälle med minskade skador av narkotika”
- ge Socialstyrelsen i uppdrag att revidera de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende så att de avspeglar den uppdaterade definitionen, samt att föreslå metoder och arbetsätt i enlighet därmed

- ge Myndigheten för vård och omsorgsanalys (MyVA) i uppdrag att kartlägga i vilken utsträckning omotiverade krav på drogfrihet förekommer som villkor för att ta del av olika insatser
- inkludera frågan om brukarrum och *drug checking* inom ramen för en eventuell översyn av narkotikastrafflagen
- avsätta medel för att stimulera kunskapsutveckling inom området skadereducering och lågtröskelverksamheter så att kommuner och regioner, samt om möjligt även statliga aktörer, forskningsaktörer och civilsamhälle, kan genomföra och utvärdera pilotverksamheter och samverkansformer för att stärka det skadereducerande arbetet.

Regioner och kommuner uppmanas att

- utöka utbudet av lågtröskelverksamheter som kan erbjuda flera skadereducerande och hälsofrämjande insatser samtidigt.

Sprututbyten och tillgång till sterila sprutor och kanyler

En av de viktigaste skadereducerande insatserna är sprututbyten. De har en direkt effekt genom att minska cirkulationen i samhället av osterila injektionsverktyg, vilket minskar smittsamma sjukdomar som hiv, hepatit B och C samt sekundära infektioner. Men sprututbytesverksamheter har också en betydande indirekt hälsoeffekt, genom att de erbjuder en kontaktpunkt med möjlighet till information, dialog, prevention och stöd för att motivera till annan behandling. Behandlingskomponenterna skiljer sig dock mycket mellan verksamheterna.

På grund av skillnader i synen på skadereducerande insatser har det under många år saknats sprututbytesverksamhet i många regioner, men under 2023 ska alla regioner ha startat sådan verksamhet. Det är glädjande och viktigt.

En diskussionspunkt är om det är ändamålsenligt att kräva återlämning av använda sprutor och kanyler. Det har motiverats med att så behövs för att få bort dem ur utemiljön, men det blir också en barriär för människor som vill besöka verksamheten. Här varierar praxis mellan enheter, och många länder har tagit bort kravet på återlämning.

Regeringen uppmanas att

- ändra lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler så att syftet även omfattar uppgiften att främja psykisk och fysisk hälsa. Tillståndskravet ersätts med en anmälningsplikt. Även fortsatt gäller att åldersgränsen för verksamheten är 18 år, men även yngre personer ska, om särskilda skäl föreligger, kunna ta del av verksamheten. Krav på återlämning av sprutor och kanyler tas bort och ersätts med skrivningar om att verksamheten ska främja återlämning av sprutor och kanyler.
- ändra lagstiftningen så att det inte längre ska vara förbjudet att sälja sprutor och kanyler på apotek.

Information om narkotika till användare

Personer som använder narkotika söker och är intresserade av saklig information om både effekter, skadeverkningar och risker med narkotikaanvändning. Här är dilemmat huruvida man bör informera om sådant som faktiskt är skadligt och förbjudet och om det riskerar att öka nyfikenheten och minska trösklarna för att börja använda narkotika.

I Sverige används sprututbyten och andra verksamheter för vård och stöd som informationspunkter, medan brukarföreningar och aktörer i civilsamhället ger information via webbplatser. I länder som Kanada, USA, Tyskland och Norge finns webbsidor med utförlig och saklig information om effekter och hur man kan minska risker i samband med användning av narkotika. I Norge är det Helsedirektoratet som indirekt genom stöd till en förening driver webbplatsen rusopplysningen.no.

Regeringen uppmanas att

- ge Folkhälsomyndigheten i uppdrag att tillsammans med civilsamhället och målgruppen utreda bästa sätt för att ta fram och sprida upplysningar om olika substanser och värderingsfri information om risker till personer som använder narkotika.

Anhörigas situation

Vi ser att anhöriga och närstående till personer med skadligt bruk eller beroende har en viktig roll men ofta en helt förtvivlad situation. Vi utvecklar det i betänkandet.

Regeringen uppmanas att

- ge Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) ett särskilt uppdrag att bygga upp kunskap om anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende och/eller samsjuklighet. Vi anser också att en nationell stödlinje för bland annat anhöriga bör inrättas.
- tydliggöra socialtjänstens ansvar för stöd till anhöriga till en person med skadligt bruk eller beroende av narkotika.
- ge den pågående utredningen Ett stärkt stöd till anhöriga till långvarigt eller allvarligt sjuka (Dir. 2023:77) i tilläggsdirektiv att överväga om patientlagen (2014:821) kan ändras så att hälso- och sjukvården blir skyldig att erbjuda utbildning till enskilda och anhöriga om bland annat beroendesjukdomar, samt överväga om SoL ska kompletteras med en bestämmelse om att ett barns behov av information särskilt ska beaktas om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet bor varaktigt med har skadligt bruk eller beroende.

Regioner och kommuner uppmanas att

- inkludera anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende i de regionala överenskommelserna inom området skadligt bruk eller beroende.

Insatser för att öka kunskap och kompetens

Sverige har en bredd av insatser och aktörer i syfte att förebygga bruk av narkotika och minska skador på liv, hälsa och samhället i omgivningen av det bruk som förekommer. Vi ser ändå att skyddsnätet har stora maskor, och många faller igenom.

Kunskapen ökar, men det gör också utmaningarna. Det är därför av stor vikt att vi planerar inte enbart för insatser, utan också för hur vi säkerställer kunskap, kompetens och kunskapsutveckling.

Den långsiktiga kompetensförsörjningen behöver också säkras. Grundutbildningar för socionomer, psykologer, läkare, sjuksköterskor och andra yrkesgrupper som möter personer med skadligt bruk eller beroende eller deras anhöriga, bör förmedla grundläggande kunskap om hur förebyggande, stödjande, behandlande och skadereducerande arbete mot skadligt bruk eller beroende och samsjuklighet bör bedrivas. I utbildningen bör också innebörden och konsekvenserna av skadligt bruk eller beroende och samsjuklighet ingå.

Även pågående kunskapshöjande satsningar för kommunerna bör beaktas. Det rör allt från grundutbildning av yrkesgrupper inom hälso- och sjukvård samt omsorg, till specialisering, fortbildning och forskarutbildning och en stark akademisk plattform. Dels bidrar det till ny kunskap, dels möjliggör det deltagande i det internationella vetenskapliga utbytet och inhämtning av ny kunskap.

Forskningsanslag behöver utlysas med periodicitet även framöver. Svensk statlig forskningsfinansiering till området är lägre än i de flesta jämförbara länder. Vidare ser vi behov av ett nationellt forskningscentrum. Även uppdrags- och samverkansforskning behöver stärkas utifrån nationellt identifierade betydande kunskapsluckor inom narkotikaområdet, där forskning bör kunna initieras för att åtgärda dem.

Åt andra hållet behövs starka strukturer för att kontinuerligt översätta kunskapen till behandlingsriktlinjer och vårdprogram, samt följa upp följsamhet och effekt.

Regeringen uppmanas att

- komplettera Socialstyrelsens instruktion så att myndigheten får ett tydligare och samlat ansvar, sektorsansvar, för genomförande av de nationella ANDTS-målen (alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar) om vård, stöd och skadereducering med anknytning till Socialstyrelsens verksamhetsområde. Det innebär ansvar för att följa, analysera och rapportera om insatser och utfall i hälso- och sjukvård samt socialtjänst avseende skadligt bruk eller beroende. Vidare ska myndigheten vara stödjande och pådrivande

i förhållande till berörda aktörer. Myndigheten ska också kunna initiera forskning av relevans för att kunna utföra sitt uppdrag.

- tydliggöra insatser inom området stöd, vård och skadereducering vid skadligt bruk eller beroende i överenskommelser med SKR.
- uppdra åt Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) att, i dialog med andra relevanta myndigheter, utreda hur ett nationellt forskningscentrum kan inrättas för prevention, vård, stöd och skadereducering inom ANDTS-området, utreda förutsättningarna för att inrätta en tvärvetenskaplig forskningsskola inom området samt utreda och föreslå en rimlig nivå för statlig forskningsfinansiering inom ANDTS-området för att gradvis närma sig en nivå för ändamålet i paritet med andra jämförbara OECD-länder.
- ge Nationella vårdkompetensrådet i uppdrag att ta fram förslag för att säkra framtidens kompetensförsörjning inom prevention, behandling och skadereducering vid skadligt bruk eller beroende.
- ge Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en förstudie om behov av och förutsättningar för kunskapsförstärkning om skadligt bruk eller beroende för personal inom hälso- och sjukvården och vid behov socialtjänsten, samt föreslå hur relevanta utbildningar med fokus på fortbildning kan utformas.
- överväga att tillsammans med övriga nordiska länder initiera ett nordiskt samarbete om vård, stöd och skadereducering vid skadligt bruk eller beroende av narkotika där kunskapsutveckling och forskning sprids genom representanter från relevanta myndigheter och forskningsföreträdare.