



**National Library
of Sweden**

Denna bok digitaliserades på Kungl. biblioteket år 2013

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1967:25

Socialdepartementet



NARKOTIKAPROBLEMET

DEL 1

Kartläggning och vård

BETÄNKANDE AVGIVET AV

MEDICINALSTYRELSENS NARKOMANVÅRDSKOMMITTÉ

Stockholm 1967

STATENS

OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1967

Kronologisk förteckning

1. Kommunal bostadsförmedling. Hæggström. I.
2. Allmänna arvsfonden. Esselte. Ju.
3. Utsökningsrätt VI. Esselte. Ju.
4. Ny domkretsindelning för underrätterna. Esselte. Ju.
5. Statlig publicering. Norstedt & Söner. Fi.
6. Finansiella långtidsperspektiv. Esselte. Fi.
7. Den framtida jordbrukspolitiken. Svenska Reproduktions AB. Jo.
8. Barnstugor. Barnavårdsmannaskap. Barnolycksfall. Kihlström. S.
9. Rikskonserter. Esselte. E.
10. Linköpings högskola. Del I. Victor Pettersson. E.
11. Programbudgetering. Del I. Esselte. Fi.
12. Programbudgetering. Del II. — Studier och försök. Esselte. Fi.
13. Programbudgetering. Del III. — En sammanfattning. Esselte. Fi.
14. Skolans aroetstider. Esselte. E.
15. Tjänsteställning inom krigsmakten. Esselte. Fö.
16. 1958 års utredning kyrka—stat. VII. Folkbokföringen. Beckman. E.
17. 1958 års utredning kyrka—stat. VIII. De teologiska fakulteterna. Almqvist & Wiksell, Uppsala. E.
18. Invandringen. Esselte. I.
19. Statens stöd till ungdomsverksamhet. Esselte. E.
20. Den statliga länsförvaltningen. I. Norstedt & Söner. K.
21. Den statliga länsförvaltningen. II. Bilagor. Norstedt & Söner. K.
22. Skatteförvaltningen. Norstedt & Söner. K.
23. Länsindelningsutredningen. V. Pettersson. K.
24. Lag om skatterätt. Ivar Hæggström. Fi.
25. Narkotikaproblemet. Del I. Ivar Hæggström. S.

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1967: 25

Socialdepartementet



NARKOTIKAPROBLEMET

DEL 1

Kartläggning och vård

BETÄNKANDE AVGIVET AV
MEDICINALSTYRELSENS NARKOMANVÅRDSKOMMITTÉ

IVAR HÆGGSTRÖMS TRYCKERI AB
STOCKHOLM 1967

Till Kungliga Medicinalstyrelsen

Medicinalstyrelsen tillsatte genom beslut den 18 juni 1965 en expertgrupp för undersökning rörande narkotikamissbruket. Gruppen erhöll följande sammansättning: professorn L. Goldberg (ordförande), biträdande överläkaren Ruth Ettlinger, polisintendenten Hj. Friberg, professorn G. Inghe och hovapotekaren G. Krook. Den 14 juli 1965 förordnades hovrättsfiskalen I. Rexed att vara sekreterare för expertgruppen. Genom beslut den 15 oktober 1965 föreskrev Kungl. Maj:t bl. a. att kostnaderna för expertgruppens arbete skulle bestridas från femte huvudtitelns kommittéanslag.

I en promemoria av den 26 januari 1966 sammanfattade expertgruppen sina överväganden beträffande kartläggning av missbruket, vård, prevention och förslag till undersökningar. Gruppen förutsatte därvid att det fortsatta arbetet, med hänsyn till problemens vittomfattande natur, borde bedrivas av flera olika arbetsgrupper.

Genom medicinalstyrelsens beslut den 28 januari och 11 mars 1966 ombildades expertgruppen under namnet narkomanvårdskommittén. Som ordförande förordnades generaldirektören A. Engel och som ledamöter, utöver de till expertgruppen förordnade, hovrättsrådet A. Elowson, medicinalrådet I. Frostner, överläkaren L. Ljungberg och kriminalvårdsinspektören B. Nyblom. Medicinalstyrelsen tillsatte vidare genom samma beslut fyra arbetsgrupper och förordnade som ledamöter i

1. socialmedicinska gruppen: Inghe (ordförande), socialläkaren N. Bejerot och legitimerade läkaren B. Herulf;
2. teknisk-diagnostiska gruppen: Goldberg (ordförande), professorn R. Bonnichsen och överläkaren L.-G. Allgén;
3. juridiska gruppen: Elowson (ordförande), Friberg, Krook, Nyblom, professorn G. Rylander och t. f. medicinalrådet H. Sälde; och
4. vårdgruppen: Ljungberg (ordförande), skyddskonsulenten Märta Gabrielson, redaktören F. Hirschfeldt, legitimerade läkaren M. Kihlbom, biträdande överläkaren Margit Krantz, överläkaren R. Olsson och legitimerade läkaren S.-E. Åhström.

Som sekreterare åt narkomanvårdskommittén och åt den juridiska arbetsgruppen förordnades Rexed den 28 januari 1966.

Genom Kungl. Maj:ts beslut den 18 mars 1966 meddelades föreskrifter om ersättning för kommitténs och arbetsgruppernas kostnader.

Genom beslut den 6 maj 1966 medgav Kungl. Maj:t bl. a. att förutom Rexed även Hirschfeldt och sociologen Kaj Håkanson, vilka utsetts till sekreterare den 15 mars 1966 av vårdgruppen respektive socialmedicinska ar-

betsgruppen, finge biträda kommittén som sekreterare; Kungl. Maj:t meddelade jämväl föreskrifter om ersättning till sekreterarna.

På därom gjord framställning entledigade medicinalstyrelsen den 2 december 1966 Nyblom från uppdraget att vara ledamot i narkomanvårdskommittén; Nyblom kvarstår som ledamot i den juridiska arbetsgruppen. Legitimerade läkaren S. Falck har fortlöpande deltagit i vårdgruppens arbete.

Såväl expertgruppens som narkomanvårdskommitténs arbete har bedrivits förutsättningslöst.

Till kommittén har, för att tagas under övervägande vid fullgörande av kommitténs uppdrag, överlämnats dels en skrivelse av den 24 mars 1966 från Förenta Nationernas generalsekreterare till statsrådet och chefen för utrikesdepartementet beträffande vissa narkotikakommissionens ställningstaganden vid dess tjugonde session år 1965, dels riksdagens skrivelse den 22 november 1966, nr 324, i anledning av väckta motioner angående behandlingen av narkotikamissbrukare m. m.

Till socialdepartementet har ingivits dels en skrivelse av den 15 mars 1966 med en sedermera beviljad framställning om medel, högst 11.000 kronor, för en undersökning angående narkotikakriminaliteten, dels den 24 augusti 1966 en promemoria med hemställan om anslag å tillhopa 362 209 kronor för vissa ytterligare undersökningar (bilaga 1). Kungl. Maj:t har den 30 december 1966 beslutat att nu ställa ett belopp av högst 275 000 kronor till förfogande här för. Kungl. Maj:t har därmed — sedan medel för visst arvode beviljats från medicinska forskningsrådet och även andra anslag kunnat disponeras — beviljat kommitténs framställning; beträffande ett forskningsprojekt har Kungl. Maj:t dock förklarat sig först framdeles vilja meddela beslut efter särskild framställning.

Med anledning av remisser har till medicinalstyrelsen avgivits utlåtanden, dels av kommitténs juridiska arbetsgrupp i anledning av riksdagsmotion nr I:318 år 1966 beträffande straffskärpning för illegal försäljning och olaga innehav av narkotika, dels av kommittén den 5 december 1966 beträffande ifrågasatt tillämpning av narkotikaförordningen å vissa hallucinogena medel.

Följande studieresor har företagits: av expertgruppen till psykiatriska lasarettssjukhuset i Linköping den 3 november 1965, av hrr Elowson, Frostner, Hirschfeldt, Krook, Ljungberg och Olsson till Norge den 6 och 7 juli 1966 för besök vid Statens Klinikk for Narkomane, Hov i Land, och Helsedirektoratet i Oslo samt av hrr Bejerot och Hirschfeldt den 1 och 2 juli 1966 till Danmark för att vid Sundhedsstyrelsen i Köpenhamn bl. a. studera det danska registreringsförfarandet beträffande narkomaner. Vidare har vårdgruppen vid ett sammanträde i Göteborg den 18 augusti 1966 samrått med företrädare för bl. a. den psykiatriska sjukvården i staden.

Kommittén får härmed överlämna ett delbetänkande, innefattande bl. a. en första kartläggning av läkemedelsmissbruket och förslag till vårdåtgärder.

Delbetänkandet är enhälligt.

Av kommitténs arbete återstår dels ett delbetänkande om preventionsfrågor, dels en sammanfattande och kompletterande framställning beträffande ämnesområdet i dess helhet. Kommittén avser att avge preventionsbetänkandet innevarande sommar och att i övrigt slutföra sitt arbete detta kalenderår.

Stockholm den 28 februari 1967¹

Arthur Engel

Anders Elowson

Ruth Ettlinger

Hjalmar Friberg

Ivar Frostner

Leonard Goldberg

Gunnar Inghe

Gunnar Krook

Lennart Ljungberg

Ingemar Rexed

Frank Hirschfeldt

Kaj Håkanson

¹ Betänkandet överlämnades i stencilupplaga den 7 mars 1967.

Innehållsförteckning

Skrivelse till medicinalstyrelsen	3
Inledning och sammanfattning	13
A. Kommitténs arbete	13
B. Sammanfattning av betänkandet	13
C. Det fortsatta arbetet	16
Definitioner	18
A. Inledning	18
B. Narkotikabegreppet	19
C. Narkomani och vanebildning	19
D. Behovet av ny definition: beroendeframkallande medel	20
E. Narkotikamissbruk	21
F. Eufomani och toxikomani	21
G. Narkomanvårdskommitténs begreppsbestämningar	22
Sjukdomsbilder vid läkemedelsberoende m.m.	23
A. Inledande anmärkningar	23
B. Läkemedelsberoende av morfin och morfinliknande substanser	24
C. Läkemedelsberoende av sömnmedel (barbitursyrapreparat, såsom t. ex. pentymal, fenemal och diminal duplex)	24
D. Läkemedelsberoende av neuroleptika	25
E. Läkemedelsberoende av kokain	25
F. Läkemedelsberoende av cannabis	25
G. Läkemedelsberoende av hallucinogena substanser	25
H. Läkemedelsberoende av centralstimulerande substanser	26
I. Sammanfattning	27
Teknisk-diagnostiska metoder	28
A. Behov av diagnostiska metoder	28
B. Hittills utförda studier	29

1. Utveckling av teknisk-diagnostiska metoder	29
a. In vitro-studier	29
b. In vivo-studier	30
c. Metodernas användbarhet	30
2. Tillämpning av teknisk-diagnostiska metoder i praktisk-kliniskt arbete	31
a. Undersökning av urinprov från patienter under avvänjning resp. rehabilitering från läkemedelsberoende	31
b. Undersökning av blod- och urinprov i ett material av personer misstänkta för tablettfylleri	31
3. Klarläggande av olika läkemedels omsättning under varierande förhållanden	32
4. Studier av sambandet mellan läkemedels verkan och deras halt i organismen	33
C. Fortsatta undersökningar och förslag till åtgärder	33
1. Utveckling av metoder	33
2. Kliniska studier	34
a. Metabolism	34
b. Studier av verkan	35
c. Studier av verkningsmekanismer	35
3. Praktisk-klinisk tillämpning	36
a. Undersökning av urinprov från patienter (»kontrollprov»)	36
b. Provtagning i förgiftningsfall	36
c. Undersökning av provmaterial vid massundersökning	36
4. Publicering av analysmetoder m. m.	37
5. Referenslaboratorium	37
6. Samverkan mellan olika laboratorier	38
7. Utbildning av personal	38
Kartläggning av läkemedelsmissbruket	39
A. Metodsynpunkter	39
1. Inledande anmärkningar	39
2. Metoder	39
a. Biokemiska metoder	39
b. Stickmärkesundersökning	40
c. Enkäter	40
d. Intervjuer	41
e. Personobservationer	41
f. Direkta miljöobservationer	41
g. Psykologisk testning	41
h. Populationsundersökningar	41
i. Register- och aktstudier	42
j. Sammanfattning	42

	9
B. Undersökningshistorik	42
C. Försäljning och beslag av narkotika	46
1. Försäljningsstatistik	46
2. Polisbeslag av narkotika	47
D. Polis- och kriminalvårdsklientel	51
1. Undersökning av arrester i Stockholm	51
2. Enkät till landets polisdistrikt	57
a. Undersökningens uppläggning	57
b. Nationalitet och könsfördelning	58
c. Geografisk fördelning och åldersfördelning	58
d. Civilstånd	61
e. Den sociala situationen	63
f. Olagligt förfarande	65
g. Missbruksmönster	65
h. Missbruksmedel och arbetsförhållanden	69
i. Missbruksmedel, kön och socialgrupp	71
j. Missbrukets intensitet	72
3. Kriminalvården	73
a. Anstaltsklientelet	73
b. Frivårdsklientelet	74
c. Diskussion	74
4. Kommentar	75
E. Material från socialvårdsorgan	76
1. Barnavårdsnämnden i Stockholm	76
2. Barnavårdsnämnden i Göteborg	83
3. Ungdomsvårdsskolor	83
4. Vårdanstalterna för alkoholmissbrukare	86
5. Kommentar	87
F. Material från sjukvården	88
1. Under diagnosen abusus alii på mentalsjukhus eller psykiatriska kliniker vårdade patienter	88
2. Enkät till sjukvårdsinrättningar	94
a. Undersökningens uppläggning	94
b. Kön och ålder	94
c. Geografisk fördelning	96
d. Civilstånd	96
e. Missbruksmönster	98
f. Socialgrupp	100
g. Diagnos	100
3. Kommentar	103

G. Sammanfattning	104
1. Diskussion av hittills utförda undersökningar	104
2. Behovet av ytterligare information	106
a. Undersökningar av olika normalpopulationer	106
b. Undersökningar av riskgrupper	108
3. Avslutande bedömning	109
 Vården av läkemedelsmissbrukare	111
A. Allmänna överväganden	111
B. Vården av läkemedelsmissbrukare över 21 år	112
1. Behandlingsmål	112
2. Hittillsvarande behandlingsformer	112
3. Inledande synpunkter beträffande den framtida vårdens utformning	113
4. Uppsökande verksamhet	115
5. Invärtesmedicinsk intensivvård	116
6. Hepatitpatienter	117
7. Öppen vård	118
a. Öppen vård enl. sedvanliga behandlingsmetoder	118
b. Den ambulanta förskrivningen av narkotika	120
8. Sluten vård	130
a. Utformningen av avdelningar vid psykiatriska sjukhus ..	130
b. Särskilt förslag om avdelningar vid Psykiatriska sjukhuset i Stockholm	132
c. Vårdplatser vid Karolinska sjukhusets alkoholklirik	133
d. Specialsjukhus	134
9. Eftervård	134
a. Utskrivningshem	134
b. Konvalescentvård i övrigt	135
c. Inackorderingshem	136
10. Enskilda organisationer	136
 C. Vården av unga läkemedelsmissbrukare	139
1. Inledande synpunkter	139
2. Behandlingsmål	139
3. Hittillsvarande behandlingsformer	139
4. Önskemål beträffande den framtida vården	140
5. Diagnostiserande och fördelande vårdcentral	141
 D. Nykterhetsvården	142
E. Kriminalvården	143

Bestämmelser om användande av tvång vid vård av läkemedelsmissbrukare	147
A. Författningsbestämmelser och deras tillämpning	147
1. Det psykiatriska vårdklientelet	147
2. Barnavårdsklientelet	155
3. Det asociala klientelet	157
B. Ifrågasatt ytterligare tvångslagstiftning	158
C. Narkomanvårdskommitténs bedömning	160

Appendix

Bilaga 1 Promemoria angående undersökningar av narkotikaproblem	164
Bilaga 2 Blankett för enkät till landets samtliga polisstationer	183
Bilaga 3 Blankett för enkät till landets samtliga lasarett, mentalsjukhus, psykiatriska kliniker och alkoholpolikliniker	184
Bilaga 4 Om narkomandefinitioner. Diskussionspromemoria av biträdande sekreteraren i medicinalstyrelsens narkomanvårdskommitté sociolog K. Håkanson	185
Bilaga 5 Fortlöpande kartläggning av intravenöst medicinmissbruk bland polisklientelet i Stockholm, symboldiagram. Undersökning av socialläkare N. Bejerot	213
Bilaga 6 Narkomaniernas uppkomst och symptomtombild. Promemoria av professor Gösta Rylander	246
Bilaga 7 Ambulant förskrivning av narkotika. Redogörelse av dr S.-E. Åhström	253

Inledning och sammanfattning

A. KOMMITTÉNS ARBETE

Narkomanvårdskommitténs arbete har omfattat såväl narkotikamissbruk som missbruk av beroendeframkallande läkemedel i allmänhet. Missbruk av alkohol har kommittén behandlat endast då ett samtidigt läkemedelsmissbruk förekommer.

Föreliggande delbetänkande behandlar främst läkemedelsmissbrukets utbredning och vården av läkemedelsmissbrukare. Kommittén avser att detta år avge ett delbetänkande om preventionsfrågor. I och för sig bör vård och prevention behandlas i ett sammanhang — de olika problemen påverkar varandra och samhällets olika åtgärder bör utgöra delar i ett samordnat system. Behovet av en avvägning mellan vård- och preventionssynpunkter vill kommittén tillgodose genom en sammanfattande bedömning, som även förutsättes komma att framläggas under loppet av detta år. Att kommittén beslutat sig för att avge ett delbetänkande redan nu, beror på flera omständigheter. Det är nödvändigt att snabbt få till stånd en utbyggnad av vården för läkemedelsmissbrukare och angeläget att för statsmakterna och allmänheten lägga fram hittills utförd kartläggning av läkemedelsmissbrukets utbredning. Ur utredningens egen synpunkt innebär kartläggningen en nödvändig förutsättning för det fortsatta arbetet.

Utredningsarbetet har kännetecknats av att läkemedelsmissbruket är en fråga, där det saknas tillräcklig kännedom om epidemiologi samt social och medicinsk symtomatologi. Det har därför gällt att samla in ett omfattande kunskapsmaterial och genomföra eller initiera olika undersökningar genom arbetsgruppernas försorg. Dessa är redovisade i betänkandet och bilaga 1. Härutöver må nämnas den på expertgruppens begäran av Sveriges Radio genomförda undersökningen av åskådarreaktioner vid den TV-serie om narkotikamissbruket, som visades under november och december 1965.

Inom kommittén har vidare underhand behandlats olika frågor för att ge underlag för medicinalstyrelsens handläggning. Vidare må här nämnas att vårdgruppen även haft som uppdrag att verka för en samordning av den öppna vården i Stockholm. Frågan om upplysning beträffande missbruket och dess förebyggande behandlas av en arbetsgrupp inom medicinalstyrelsens hälsovårdssupplysningsdelegation (HVUD).

B. SAMMANFATTNING AV BETÄNKANDET

Kommittén har sett som sin främsta uppgift att framlägga principiella bedömningar och förslag. Detaljerade beräkningar av kostnader m. m. har därför ej

verkställt; sådana har för vissa fall upprättats genom medicinalstyrelsens försorg och bör i övrigt verkställas av berörda myndigheter.

I *definitionsavsnittet* anger kommittén med vilken innebörd vissa centrala begrepp begagnas i betänkandet.

I ett *avsnitt om sjukdomsbilder vid läkemedelsberoende m. m.* ges en beskrivning av vissa kliniska fenomen av intresse för den fortsatta framställningen.

I *avsnittet om teknisk-diagnostiska metoder* framhåller kommittén det praktiska och vetenskapliga behovet av kemiska analysmetoder för diagnos såväl i det enskilda fallet som för tillämpning i stor skala. Kommittén redogör för det omfattande arbete som dess teknisk-diagnostiska grupp utfört och avser att slutföra. Till stöd för landets övriga laboratorier föreslår kommittén att statens rättsmedicinska laboratoriums kemiska avdelning erhåller funktionen av referenslaboratorium, med uppgift att utveckla och publicera metoder, verkställa analyser och ansvara för erforderlig dokumentation och utbildningsverksamhet. Kostnaderna härför, som kommer att åvila staten, beräknas till avlöning för en ingenjör (lgr 23) och omkring 180 000 kronor för apparatur och övrig materiel. Äskanden kommer att framställas i samband med rättskemiska laboratoriets petita för budgetåret 1968/69.

I *kartlägningsavsnittet* ges en framställning av missbruksbilden så som den framstår efter en analys av material främst från polis, social- och barnavård samt sjukvård. Vid sidan av det egentliga narkotikamissbruket är de yngres missbruk av tekniska lösningsmedel och de något äldres missbruk av sömnmedel särskilt allvarliga problem. Kommittén uppskattar i sin avslutande sammanfattning att antalet intravenösa missbrukare i Stockholm måste räknas i några tusental och att ett stort antal av dessa är i återkommande behov av medicinsk vård. Också för Göteborgs vidkommande anser kommittén att situationen är oroande. Kommittén pekar på att det också i ytterligare en rad städer finns mer begränsade missbruksmiljöer. Tillgängligt material ger vid handen att missbruket är under ytterligare utbredning.

Beträffande *vården av läkemedelsmissbrukare* anser kommittén att denna främst är en uppgift för psykiatrin. Det är enligt kommitténs uppfattning ej lämpligt att bygga upp en fristående vårdorganisation för läkemedelsmissbrukare vid sidan av den egentliga sjukvården, i analogi med t. ex. nykterhetsvården. Tvärtom anser kommittén det vara att föredraga att läkemedelsmissbrukare så långt möjligt vårdas tillsammans med övriga patienter. Kommittén anser sålunda att missbrukare liksom nu bör i stor utsträckning erhålla hjälp genom de existerande psykiatriska vårdmöjligheterna.

För dem som inte kan anpassa sig till denna vårdmiljö föreslår kommittén särskilda åtgärder. Dessa baserar sig på uppfattningen att den öppna vården av läkemedelsmissbrukare måste stödjas av slutna psykiatriska enheter med tillgång till välutrustade kliniska laboratorier. Därutöver är en effektiv eftervård oundgängligen nödvändig. För den öppna vården föreslås därför en förstärkning av specialpoliklinikerna i Stockholm och Göteborg, samt för den slutna vården avdelningar om 10—12 vårdplatser, varav två avdelningar i

Stockholm (utöver två redan beslutade avdelningar vid Psykiatriska sjukhuset), en i Göteborg och en i Uppsala. Vidare föreslås vårdplatser vid Karolinska sjukhusets alkoholklinik komma att utnyttjas för fall av läkemedelsmissbruk.

Kommittén framlägger ej förslag om specialsjukhus; skälet härtill är bl. a. att till större sjukhus anknutna specialavdelningar torde ha bättre möjligheter att säkra personalförsörjning m. m. För att förstärka den för narkomanvården synnerligen viktiga eftervården föreslår kommittén att utskrivningshem anordnas i anslutning till de särskilda sjukhusavdelningarna för läkemedelsmissbrukare. För att skapa ökade möjligheter till konvalescentvård föreslår kommittén ett statligt anslag å 500 000 kronor till stöd härför.

För att vårdbehövande läkemedelsmissbrukare skall kunna nås av erforderlig hjälp, trots en ofta sviktande vårdmotivation, föreslår kommittén att en kommunal uppsökande verksamhet organiseras i Stockholm och Göteborg.

Kommitténs förslag innebär att sjukvårdsansvaret även i fortsättningen åvilar landstingen och de landstingsfria städerna. Endast förstärkningen av Karolinska sjukhusets alkoholklinik innefattar kostnad, som staten efter framställning från sjukhuset har att bära.

Kommittén understryker att den medicinska vården måste arbeta i intim samverkan med den sociala vården.

Höggradigt intoxikerade läkemedelsmissbrukare kan kräva alla en medicinsk intensivvårdsavdelnings resurser. En annan specialgrupp av läkemedelsmissbrukare utgör de, som erhållit inokulationshepatit (gulsot). Dessa grupper bör så långt möjligt hänvisas till sjukvårdens reguljära organ för medicinsk intensivvård respektive vård av infektionssjukdomar. För Stockholms vidkommande föreslår kommittén förstärkning av dessa vårdformer genom inrättande av särskilda vårdenheter, förstärkta med psykiatriskt skolad personal. Endast sådana fall av hepatit, som bereder svårigheter ur psykiatrisk synpunkt, bör hänvisas till psykiatriskt sjukhus; kommittén föreslår härför särskilda enheter inom den psykiatriska sjukvården i Stockholm och Göteborg.

Såvitt gäller behandling med ambulant förskrivning av narkotika till narkomaner föreslår kommittén att den i Stockholm av dr Ahström bedrivna verksamheten snarast skall avvecklas och patienterna erbjudas öppen och sluten psykiatrisk vård genom en specialmottagning i anslutning till Psykiatriska sjukhuset. Beträffande behandling i öppen vård med narkotikaförskrivning av andra läkare föreslår kommittén särskilda anordningar för att denna behandling skall ske på ett fullt betryggande sätt.

Kommittén föreslår vidare ett statligt anslag å 300 000 kronor till stöd för den hjälpverksamhet, som bedrivs av enskilda organisationer.

Beträffande vården av unga läkemedelsmissbrukare förutsätter kommittén att den även i fortsättningen kommer att åvila samhällets redan befintliga medicinska och sociala organ för barn- och ungdomsvård. För att tillgodose den medicinska vårdens behov föreslår kommittén främst en förstärkning av

läkarkrafterna vid de tre psykiatriska klinikerna för barn- och ungdom vid Långbro, Ulleråker och S:t Lars sjukhus.

Kommittén gör även vissa överväganden beträffande nykterhetsvårdens och kriminalvårdens läkemedelsmissbrukare. Beträffande nykterhetsvården rör det sig härvid om s. k. blandmissbrukare. Vidkommande kriminalvården å anstalt föreslås särskilda åtgärder för att behandla de svårare missbrukarna. Dessa bör vistas vid en eller ett fåtal anstalter med goda möjligheter att hindra insmuggling av olika medel och med förstärkta vårdresurser; kommittén pekar här på möjligheten att förstärka vården med hjälp av kliniska psykologer. Beträffande kriminalvården i frihet föreslås bl. a. att Skyddsvärnens läkarmottagningar i Göteborg och Stockholm skall förstärkas; den huvudsakliga vården av läkemedelsmissbrukare inom kriminalvården i frihet förutsättes ske genom den vård, som anordnas för övriga läkemedelsmissbrukare. Kostnaderna i anledning av förslagen beträffande nykterhets- och kriminalvård ankommer på staten att bära; berörda myndigheter föreslås utforma konkreta förslag och uppta erforderliga äskanden i sina petita för budgetåret 1968/69.

I ett *avsnitt beträffande bestämmelser om användande av tvång vid vård av läkemedelsmissbrukare* finner kommittén att lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall samt barnavårdslagen synes ge erforderliga tvångsmöjligheter; kommittén finner därför ej skäl nu föreslå ytterligare tvångslagstiftning.

C. DET FORTSATTA ARBETET

Kommittén föreslår att ifrågavarande betänkande efter behandling inom medicinalstyrelsen läggs till grund för framställningar av styrelsen till Kungl. Maj:t och berörda myndigheter. Såvitt gäller vården av barn- och ungdomsvårdens samt nykterhetsvårdens läkemedelsmissbrukare synes medicinalstyrelsen böra inbjuda socialstyrelsen — och beträffande de unga missbrukarna även skolöverstyrelsen — till överläggningar. Motsvarande samråd beträffande kriminalvårdens läkemedelsmissbrukare synes böra ske med kriminalvårdsstyrelsen.

I och med detta delbetänkande har kommitténs vårdgrupp i huvudsak slutfört sitt arbete.

Kommittén avser att i sitt kommande delbetänkande om preventionsfrågorna behandla även den internationella kontrollen av beroendeframkallande läkemedel. Vidare avser kommittén att ge förslag till hur upplysningen i narkotikafrågan skall organiseras och utformas.

Den juridiska arbetsgruppen kommer bl. a. att framlägga material till bedömning av den svenska narkotikalagstiftningens utformning, tillämpning och ändamålsenlighet. Arbetsgruppen har däremot ej erhållit uppdrag att framlägga förslag till nya författningsbestämmelser. I den mån det anses erforderligt att vidtaga förändringar i gällande bestämmelser innan kommittén avgivit sitt delbetänkande beträffande preventionsfrågorna, må hänvisas till den

juridiska arbetsgruppens yttrande till medicinalstyrelsen i anledning av riksdagsmotion nr I: 318 år 1966.

Den juridiska arbetsgruppen framhöll mot bakgrunden av att straffmaximum för brott mot narkotikaförordningen i och med brottsbalkens ikraftträdande i realiteten sänkts från två till ett år (narkotikaförordningen § 13 jämfört med lagen om införande av brottsbalken § 4) — vilket är ett lägre straffmaximum än för varusmuggling av narkotika — att en straffskärpning beträffande sådana förfaranden som i motionen betecknas som illegal försäljning borde företas; arbetsgruppen motiverade sitt ställningstagande med hänvisning till den allvarliga beskaffenheten av ifrågavarande brottsart och till den angivna omotiverade skillnaden i förhållande till straffmaximum vid varusmuggling. Beträffande frågan om straffskärpning för olaga innehav fann arbetsgruppen visserligen att vissa innehavsbrott kunde vara av så allvarlig beskaffenhet att även här en straffskärpning kunde finnas vara av nöden. Arbetsgruppen var emellertid inte på dåvarande stadium av pågående utredningsarbete beredd att ta ställning i denna fråga; arbetsgruppen beaktade därvid särskilt sambandet mellan innehavsbrottet och vissa vårdaspekter (protokoll den 9 mars 1966).

Bland de undersökningar, som kommer att ligga till grund för ifrågavarande bedömningar, märks dels en studie av den svenska narkotikakriminaliteten, dels två undersökningar beträffande försäljningen av injektions-sprutor och kanyler.

Teknisk-diagnostiska och socialmedicinska arbetsgrupperna kommer att genomföra olika i betänkandet och bilaga 1 beskrivna undersökningar; här må, med hänsyn till skolmyndigheternas rapporter om ett tilltagande läkemedelsmissbruk bland skolungdom, särskilt nämnas en socialmedicinsk undersökning av missbruket bland dessa ungdomar.

I sin sammanfattande bedömning av narkotikafrågorna avser kommittén att redovisa vissa av dessa undersökningar och göra en avvägning av vård- och preventionsaspekter under beaktande av de synpunkter som kommitténs föregående delbetänkanden kan ha föranlett.

Definitioner

A. INLEDNING

Missbruk av droger och olika läkemedel är ett globalt problem och blev tidigt föremål för nationella och internationella åtgärder. Intresset knöts därvid främst till opium och ur opiet framställda verksamma ämnen. Redan i början av 1900-talet sammankallades en första internationell konferens i syfte att kontrollera beredningen av opium.

I och med tillkomsten av Nationernas Förbund omedelbart efter första världskriget anförtroddess en rad uppgifter på detta område åt NF:s i Genève verksamma hygienkommitté. Uppmärksamheten riktades på ytterligare två grupper av medel, som missbrukades i stora delar av världen, nämligen kokablad, med kokain som den verksamma principen, och indisk hampa (*Cannabis sativa*), vars hartser innehåller ett antal verksamma substanser, sannolikt av cannabinol-natur. Cannabisharts och andra cannabisberedningar är kända under en rad olika namn, t. ex. haschisch och marihuana (beträffande synonymer för olika narkotiska medel, se »Narcotic Drugs under International Control. Multilingual list». U.N. Publ. 1963, E/CN. 7/436).

Ett antal internationella konventioner tillkom under denna tid, de viktigaste 1925, 1931 och 1936. De tre grupper av medel, som täcktes av de internationella konventionerna, således opiater, kokablad och cannabis, sammanfattades under beteckningen narkotiska preparat.

Arbetet på narkotikafrågans område har avsevärt vidgats inom ramen för Förenta Nationernas verksamhet. Kontrollen över att internationella bestämmelser efterlevs och att statistiska uppgifter lämnas sker genom två specialorgan, Permanent Central Narcotics Board (tidigare Permanent Central Opium Board) och Drug Supervisory Body.¹ Allmänna och politiska aspekter handlägges genom Commission on Narcotic Drugs. Juridiska frågor, utarbetande av förslag till nya konventioner och viss upplysnings- och informationsverksamhet handhas av ett sekretariat, FN:s Division of Narcotic Drugs. Kontrollen beträffande härkomst och sammansättning av beslagttaget opium och andra ämnen, upptagna i internationella narkotikakonventioner, sker genom FN:s kontrolllaboratorium. En följd av nya internationella konventioner har tillkommit, bl. a. 1948, 1953 och 1961.

World Health Organization (WHO) har bl. a. som uppgift att bevaka de medicinska synpunkterna på narkotikafrågan, vilket sker främst genom sekretariatets Unit of Drug Dependence. WHO behandlar förslag till internationella konventioner samt bedömer vårdformer, behandlingsmetoder och preventiva åtgärder. Den kanske viktigaste uppgiften är dock att klarlägga om

¹ Organen sammanslås fr. o. m. den 2 mars 1968.

nyttillkomna läkemedel eller kemiska substanser, som kan tänkas bli använda som läkemedel, har narkomaniframkallande egenskaper. Denna uppgift handlägges av WHO:s Expert Committee on Dependence-Producing Drugs som rekryteras ur WHO:s Expert Advisory Panel on Drug Dependence.

B. NARKOTIKABEGREPPET

Språkligt härledes »narkotikum» från nárkē (grek. bedövning). Ur biologisk synpunkt innebär narkos en nedsättning av en cells, ett cellförbands eller en organisms aktivitet. Narkosmedel — och därmed narkotika i strikt biologisk mening — är således de medel som framkallar narkos eller allmän bedövning, t. ex. eter och kloroform. Begreppet narkotikum har emellertid främst kommit att beteckna vissa andra medel, som har en bedövande, sömngivande eller smärtstillande verkan. I första hand gäller det opium, de ur opiet utvunna opiumalkaloiderna (t. ex. morfin), härledda ämnen (t. ex. heroin) och vissa syntetiskt framställda medel av morfinkaraktär (t. ex. metadon).

I och med tillkomsten av de internationella narkotikakonventionerna på detta område fick narkotikabegreppet en juridisk innebörd, nämligen de preparat, som omfattas av konventionerna. Att märka är därvid, att kokablad, kokain och cannabis ej har bedövande utan stimulerande verkningar och även i andra hänseenden skiljer sig från opiaterna.

I Sverige jämfördes vissa s. k. centralstimulerande medel (amfetaminerna) med narkotika år 1944 och upptogs i full utsträckning som narkotika i narkotikaförfattningarna från år 1959. Bland dessa medel må ytterligare nämnas fenmetralin (t. ex. preludin) och metylfenidat (t. ex. ritalin). Sedan 1966 upptas också vissa s. k. hallucinogener (LSD, meskalin och psilocybin) bland de narkotiska medlen i Sverige.

C. NARKOMANI OCH VANEILDNING

WHO:s expertkommitté har sökt att närmare definiera de substanser som täcks av narkotikakonventionerna och det tillstånd, narkomani, som dessa medel anges kunna framkalla.

Narkomani (eng. addiction, fr. toxicomanie, ty. Sucht) karakteriserades enligt expertkommittén (1950 och 1952) av tvånget att till varje pris fortsätta att inta ett medel, av tolerans- och dosökning samt av beroende, vilket innebär uppträdandet av i regel såväl kroppsliga som psykiska abstinenssymptom. De skadeverkningar som missbruket leder till angavs drabba såväl den enskilde individen som samhället.

Den fortsatta erfarenheten gjorde emellertid klart att en lång rad läkemedel t. ex. sömnmedel, lugnande och stimulerande medel, som tidigare uppfattats som relativt ofarliga, under bestämda förhållanden kunde leda till missbruk och framkalla likartade tillstånd som de narkotiska preparaten. WHO:s expertkommitté införde därför 1956—1957 ett nytt begrepp, vaneildning,

och kallade de preparat som angavs framkalla detta tillstånd för vanebildande medel. Det framhävdes att preparat som ledde till vanebildning kunde framkalla samtliga de symptom, som karakteriserade de narkomaniframkallande preparaten, fastän vanligen av en mindre svårhetsgrad.

Vanebildning (eng. habituation, fr. accoutumance, ty. Gewöhnung) karakteriserades som ett tillstånd, framkallat genom mera tillfälligt eller periodiskt bruk och i allt väsentligt erinrande om narkomanien.

Tvånget att fortsätta kunde således föreligga i enstaka fall, liksom en viss tolerans- och dosökning. Vidare förekom beroende med abstinenssymptom av vanligen psykisk art och skadeverkningar, som i regel var begränsade till den enskilda individen och mera sällan drabbade även samhället.

D. BEHOVET AV NY DEFINITION: BEROENDEFRAMKALLANDE MEDEL

WHO:s expertkommitté kunde emellertid under början av 1960-talet konstatera att skillnaderna mellan narkomaniframkallande och vanebildande medel av många skäl icke längre kunde upprätthållas.

Narkomani och vanebildning förväxlades ofta, narkomanibegreppet fick på sina håll en moralisk anstrykning och narkomani som sådan kriminaliserades i vissa länder. Vanebildande medel uppfattades ofta som »ofarliga» och var i många länder inte ens underkastade recepttvång eller annan kontroll. Många missbrukare växlade mellan olika grupper av preparat. Nya grupper av medel tillkom, som på sina håll snabbt ledde till omfattande missbruk, t. ex. centralstimulerande medel eller hallucinogener, och vissa som vanebildande betecknade medel kunde leda till lika svåra skadeverkningar för den enskilde och för samhället som de narkotiska medlen. Följdverkningarna av missbruk av dessa medel antog en allt svårare karaktär, såväl beträffande de akuta verkningarna (t. ex. genom en överdos) som de kroniska efter längre tids bruk. Tillfälligt missbruk av olika medel kunde uppträda epidemiskt, och nya kategorier av missbrukare började på sina håll dominera bilden.

En analys visade att det gemensamma för samtliga grupper av preparat som kunna leda till missbruk, var beroendet, således behovet att fortsätta att intaga medlet. De olika preparaten sammanfattades därför i begreppet beroendeframkallande medel (dependence-producing drugs).

Beroende eller bundenhet (eng. drug dependence of morphine type, of cocaine type etc., fr. dependence, ty. Abhängigkeit) karakteriseras av behovet att fortsätta konsumtionen av ett medel för att framkalla vissa eftersträfvärdade verkningar eller förhindra uppkomsten av abstinenssymptom. Dessa kan vara av psykiskt och ofta även av kroppsligt slag. De medel som kan framkalla beroende är bl. a. bedövande medel av typen opiater, sömnmedel, alkohol och lugnande medel samt stimulerande medel av typen kokain, cannabis, centralstimulantia och hallucinogener.

Samtliga preparat tillhörande en och samma grupp har vissa egenskaper gemensamma, t. ex. preparatens allmänna verkningar eller abstinenssyn-

dromens uppbyggnad och sammansättning. De gemensamma egenskaperna är så karakteristiska att de olika grupperna låter sig väl särskilja. Alla medel i en och samma grupp har emellertid ej samma intensitet i sina verkningar utan det föreligger inom varje grupp gradskillnader i verkan, som kan föranleda att preparaten från lagstiftningssynpunkt kommer att behandlas olika. Så t. ex. finner man bland opiaterna morfin och heroin vara bland de mest aktiva, medan kodein medför så små risker ur missbrukssynpunkt att det i de flesta länder är undantaget från recepttvång.

Det som skiljer de olika grupperna av preparat är bl. a. graden av förmåga att framkalla beroende eller bundenhet, skillnaden i den dos som är nödvändig för att ett beroende skall framkomma, de olika preparatens verkningsätt och symptom, abstinenssymptomens natur och intensitet och arten av akuta skador vid överdosering och av kroniska skador vid långtidsbruk.

Beroendebegreppet är främst avsett att tjäna ett vetenskapligt ändamål, nämligen att karakterisera ett sjukligt tillstånd från teoretisk-klinisk synpunkt. Det ligger således icke någon antydning i beroendebegreppet som sådant om behovet av nationell eller internationell kontroll. Denna måste liksom hittills differentieras för varje preparatgrupp för sig och grundas på omfattningen och på arten av de skadeverkningar på individ och samhälle som en viss grupp av preparat kan framkalla.

E. NARKOTIKAMISSBRUK

Missbruk av läkemedel kan definieras som en icke-medicinsk användning av ett läkemedel. Detta kan innebära dels en användning på icke-medicinska skäl, t. ex. användning av ett avmagringsmedel som stimulerande medel, dels i doser utanför de medicinskt motiverade. I denna bemärkelse omfattar begreppet missbruk även narkomani.

Medan narkomani enligt WHO:s definition betecknar det tillstånd som uppkommer efter upprepat eller långvarigt bruk av narkotiska preparat, oberoende av hur tillståndet uppkommit, har narkotikamissbruk, som ofta används som synonym till narkomani, i detta avseende en biklang av att denna form av narkomani skulle ha uppstått som följd av ett icke-medicinskt bruk.

I begreppet missbruk ligger ofta även en betydelse av mera tillfälligt eller övergående bruk.

Sinnessjuklagstiftningskommittén definierar begreppet missbruk av narkotika som »en icke legitim konsumtion av engångskaraktär eller av upprepat eller periodisk karaktär» där de för narkomani typiska förändringarna ej uppkommit (SOU 1964: 40 s. 233).

F. EUFOMANI OCH TOXIKOMANI

Eufomanibegreppet infördes av den danske farmakologen professor K. Møller dels som en ersättning för narkomanibegreppet, dels som ett sam-

lingsnamn för tillstånden efter långvarigt bruk av narkomaniframkallande eller vanebildande medel enligt 1957 års WHO-definitioner. Tyngdpunkten i begreppet ligger i att dessa preparat alltid skulle framkalla en förhöjd sinnestämning (eufori).

Toxikomani är enligt WHO:s definition av 1957 identiskt med narkomani. Begreppet används dock numera även för att beteckna såväl narkomani som vanebildning, således beroende enligt 1964 års terminologi, vare sig beroendet är framkallat av opiater, sömnmedel, lugnande eller stimulerande medel.

G. NARKOMANVÅRDSKOMMITTENS BEGREPPSBESTÄMNINGAR

Då olika termer enligt vad ovan visats utnyttjas med skiftande innebörd, är det angeläget att ange vilken innebörd kommittén för sitt vidkommande tilllägger vissa centrala begrepp.

Narkotika eller narkotiska medel avser i det följande de medel, som den svenska lagstiftningen (narkotikaförordningen och medicinalstyrelsens särskilda förteckningar) betecknar som narkotika.

Begreppet narkotikamissbruk betecknar allt icke-medicinskt bruk av narkotika.

Narkomani innebär ett tvingande behov att fortsätta missbruk av narkotiska medel.

Läkemedelsmissbruk användes som ett sammanfattande begrepp för allt icke-medicinskt bruk av läkemedel. Termen läkemedel begagnas här med en vidare innebörd än i läkemedelsförordningen och omfattar sålunda bl. a. vissa medel, som ej längre används som läkemedel (t. ex. cannabis).

Läkemedelsberoende (drug dependence) betecknar det tillstånd där ett beroende av medlet uppstått.

Begreppen sluten och öppen vård används i den betydelse som framgår av sjukvårdslagen av den 6 juni 1962 (2 §). Sluten vård avser sålunda den vård som ges efter intagning på sjukvårdsinrättning, under det att öppen vård avser vård av annan än den som är intagen på sjukhus. Då fråga är om sådan sluten vård som meddelas med retentionsrätt och även mot patientens vilja, anges detta särskilt genom uttrycket tvångsvis anordnad vård eller på annat sätt.

Sjukdomsbilder vid läkemedelsberoende m. m.

A. INLEDANDE ANMÄRKNINGAR

Läkemedelsberoende innebär i det följande definitionsmässigt ett tillstånd av psykiskt och/eller fysiskt beroende av ett läkemedel; detta beroende uppkommer hos en person till följd av att vederbörande intagit ett medel periodiskt eller kontinuerligt. Symptombilden tenderar att variera med det medel, som beroendet är knutet till.

Läkemedelsberoendet utvecklas under en tidsperiod som kan vara lång eller kort. Det utvecklas i vissa fall tolerans mot det tillförda ämnet, vilket innebär att den läkemedelsberoende människans vävnader tolererar det tillförda giftet, och för att åstadkomma önskad effekt, t. ex. sömn, smärtlindring, stimulans, eufori eller liknande, måste personen ifråga öka dosen av det tillförda läkemedlet.

Psykiskt beroende innebär en känsla av eller en uppfattning om att medlets verkningar är nödvändiga för välbefinnandet och för att undvika obehag.

Kroppsligt läkemedelsberoende sammanhänger troligen med att den mänskliga organismen gör sig biologiskt beroende av det tillförda ämnet i ämnesomsättningsprocessen. En s. k. vävnadshunger inträffar, och kravet efter det tillförda läkemedlet går i vissa fall inte att hejda annat än genom speciella medicinska åtgärder.

Vid psykiskt resp. kroppsligt läkemedelsberoende talar man om psykiska resp. kroppsliga abstinenssymptom vid minskning eller utsättande av det läkemedel, som personen ifråga är beroende av. Abstinenssymptomen varierar till art och grad med många faktorer hos den enskilda läkemedelsberoende människan, läkemedlets art och omgivningens förhållanden i vidaste bemärkelse.

Professor G. Rylander har i en promemoria av den 14 februari 1967 (bilaga 6) givit en karakteristik av vissa kliniska fenomen i samband med läkemedelsmissbruk, varvid han även redogjort för vissa uppkomstmekanismer m. m.:

»Människor som ständigt dragas med nervösa och psykiska besvär i form av olust och insufficiens känslor med benägenhet för ruelse och självförbrärelser eller är ökat sårbara för livets olika påfrestningar är särskilt mottagliga för de narkomaniframkallande medlens behagliga effekter. Detsamma gäller individer som på grund av yttre omständigheter, fattigdom, dåliga arbetsförhållanden, kroniska familjekonflikter, kriminalitet med åtföljande särställning, har det besvärligt och mer eller mindre ständigt därför befinner sig i bristfällig psykisk balans.» . . . »En tredje typ, som kanske särskilt framträder bland yngre narkomaner, är personer utan egentliga intressen i livet, uppvuxna i en på emotionella stimuli fattig miljö med brist på yrkesutbildning och föga utvecklade möjligheter till kontakter med andra män-

niskor. För dem ter livet sig grått, tröstlöst, innehållslöst. En del finner i gift-rusen det egentliga och eftersträvansvärda i tillvaron och vägrar att avstå från narkotiska medel.»

B. LÄKEMEDELSBEROENDE AV MORFIN OCH MORFINLIKNANDE SUBSTANSER

Detta läkemedelsberoende kan uppkomma redan efter tillförsel av mycket små mängder läkemedel. Symptomens intensitet ökar med dosens storlek. Beroendet karakteriseras av starkt psykiskt beroende, ett tidigt manifesterat kroppsligt beroende och utveckling av vävnadstolerans med behov av dos-ökning.

Abstinenssyndromet karakteriseras av svåra symptom från alla delar av nervsystemet och olika kroppsorgan. Sålunda förekommer ångest och rast-löshet, smärtor i varierande delar av kroppen, sömnlöshet, svettning, illa-mående, kräkningar, diarré, feber, kramper i buken och perifera muskler, viktminskning, frysning, tårflöde m. m. Ett mer långvarigt bruk av morfin och morfinliknande substanser leder i de flesta fall till ett gradvis ökande kropps-ligt förfall med extrem avmagring, uttorkning och infektionskänslighet samt till psykosocialt förfall med likgiltighet för eget och andras bästa samt ibland även till psykotiska episoder.

C. LÄKEMEDELSBEROENDE AV SÖMNMEDEL (BARBITURSYRA-PREPARAT SÄSOM T. EX. PENTYMAL, FENEMAL OCH DIMINAL DUPLEX)

I regel leder bruk av barbiturater i föreskriven, terapeutisk dosering inte till beroende. Vid högre dosering under längre tid uppkommer emellertid ett starkt psykiskt beroende, ett kroppsligt beroende och en tämligen snabbt påvisbar tolerans med dosökning. Abstinensfenomenen består av ångest, muskelryckningar, darrning i händer och fingrar, synrubbningar, illamående och kräkning, blodtrycksfall, epileptiska anfall med generella kramper, förvir-ringstillstånd som starkt påminner om delirium tremens; även schizofreni-liknande psykosor har iakttagits.

Det har i den psykiatriska facklitteraturen framhållits att andra sömnmedel (ej barbitursyrhaltiga) och vissa lugnande medel (tranquilizers) såsom t. ex. meprobamater ger i stort sett samma form av läkemedelsberoende som barbituraterna.

Rylander har i promemorian anfört bl. a.:

»Sömnmedelsmissbrukaren, som lär sig sätta värde på de lugnande effekterna, frestas lätt att ta till sömnmedel även under dagen, då i regel i smärre doser. Härvid framträder i typiska fall småningom en uppenbar euforisk stämningsför-skjutning, slapphet, minnesrubbningar och tilltagande omdömeslöshet. Ibland upp-står neurologiska symptom, såsom reflex- och gångrubbningar m. m.»

D. LÄKEMEDELSBEROENDE AV NEUROLEPTIKA

Till ifrågavarande medel hör bl. a. fentiazinderivat som t. ex. chlorpromazin och rauwolfiaalkaloider som t. ex. reserpin. I en vetenskaplig artikel har från psykiatriska universitetskliniken i Basel nyligen framhållits (Battegay, Nervenarzt 37: 12: 552—56, dec. 1966) att neuroleptika vid långvarig tillförsel ger kroppsligt beroende, men ej tolerans och ej psykiskt beroende. Man föreslår att neuroleptika hänföres till de beroendeframkallande läkemedlen.

E. LÄKEMEDELSBEROENDE AV KOKAIN

Bruk och beroende av kokain förekommer sällan i Sverige. Medlet tillföres kroppen genom t. ex. näsans slemhinna eller intravenöst. Det verkar stimulerande och ger ett rustillstånd med typisk eufori, pratsamhet och hyperaktivitet samt syn- och känselhallucinationer. Läkemedelsberoende av denna typ karakteriseras av mycket uttalat psykiskt beroende, inget kroppsligt beroende, inga karakteristiska abstinenssymptom och ingen tolerans med åtföljande dosökning. På grund av det starka psykiska beroendet är behandlingen mycket svår. Obehandlat leder kokainberoende till apati och svårartat psykosocialt förfall.

F. LÄKEMEDELSBEROENDE AV CANNABIS

Cannabissmissbruk var tidigare i stort sett okänt i Sverige, men har under senaste åren ökat i frekvens. Cannabis ger i även låg dosering en avspänd sinnesstämning. Det åstadkommer en pratsam eufori. Sinnesupplevelsorna förändras och retningströskeln för optiska och akustiska stimuli sänks. Hallucinationer och vanföreställningar kan förekomma.

Läkemedelsberoendet karakteriseras av visst psykiskt beroende, frånvaro av tolerans och dosökning samt frånvaro av kroppsligt beroende. Abstinensfenomen förekommer, men är ej karakteristiska för medlet. Empiriska undersökningar har givit upphov till motstridiga värderingar av medlets farlighet.

Cannabisberoende har av vissa bedömare angivits vara en inkörsport till andra former av missbruk och beroende, t. ex. heroinism i USA.

G. LÄKEMEDELSBEROENDE AV HALLUCINOGENA SUBSTANSER

Dessa substanser (främst LSD, meskalin och psilocybin) åstadkommer vid tillförsel i mycket små mängder stimulans av centrala nervsystemet. De ger förändrad sinnesstämning, ångslan, förvridning av sinnesupplevelser, sinnesvillor av varierande art, hallucinationer och depersonalisationsfenomen.

Hallucinogena medel synes ej medföra karakteristiska abstinenssymptom. Psykiskt beroende förekommer i en del fall. Toleransfenomen utbildas snabbt med tillhörande dosökning. Obehandlat läkemedelsberoende av denna typ har angivits kunna leda till svåra psykoser.

H. LÄKEMEDELSBEROENDE AV CENTRALSTIMULERANDE SUBSTANSER

Dessa substanser (amfetamin och närbesläktade ämnen, bl. a. fenmetralin — t. ex. preludin — och metylfenidat — t. ex. ritalina) framkallar höjning av stämningsläget och ett ökat välbefinnande. De har också stimulerande och aptitnedsättande egenskaper. Några av preparaten tillhörande denna grupp har lanserats som hjälpmedel vid avmagring, t. ex. preludin.

Den nu pågående narkomaniepidemin karakteriseras främst av att centralstimulerande preparat används på ett icke-medicinskt sätt (även andra medel används, men till synes i mindre utsträckning). Preludin i tablettform avsett för peroralt bruk används för intravenös injektion i doser som vida överstiger den terapeutiskt avsedda. Även andra centralstimulerande medel används på liknande sätt.

Enligt litteraturen skulle läkemedelsberoende av centralstimulantia inte ge kroppsligt beroende. Däremot ger detta läkemedelsberoende en avsevärd tolerans med dosökning. Det psykiska beroendet uppges vara varierande. Den pågående svenska epidemin visar dock att det psykiska beroendet kan bli mycket starkt.

De centralstimulerande substanserna verkar främst på det s. k. sympatiska nervsystemet. Vid överdosering kan man bl. a. finna eufori, rastlöshet, ångest, irritabilitet, spänning och sömnlöshet. Bland de kroppsliga symptomen finner man hjärklappning, oregelbunden hjärtverksamhet och förhöjt blodtryck, torrhet i munnen och svettning, illamående, nystagmus och vida pupiller, tremor samt ryckig och onyanserad motorik (ataxi). Vid svårartad akut eller kronisk överdosering påverkas andningen och blodcirkulationen sviktat.

Akuta psykosor, som till sin bild överensstämmer med paranoid schizofreni, anses vara en toxisk effekt av preparatet. Vid dessa psykosor kan förekomma vanföreställningar om förföljelse, »noia»; dessa föreställningar har angivits kunna leda till våldshandlingar i försvarssyfte.

Rylander har beträffande verkningarna av preludin anfört bl. a.:

»Även vid allvarliga narkomanier, orsakade av centralstimulerande medel, särskilt genom preludininjektioner, uppstår abstinenssymptom med ångest, oro, intensiv längtan efter nya doser, extrem trötthet och värk i kroppen. Dessa besvär går dock raskt över, om gifttillförseln ej återupptas och den uttröttade, ofta utmärglade sjuke erhåller lugnande medicin samt framför allt riklig näringstillförsel.»

»Preludinet framställdes i Tyskland 1953 och introducerades i Sverige tre år senare. Det står ur kemisk synpunkt och med hänsyn till sina verkningar nära amfetaminerna. Preludinet började i stor omfattning brukas som avmagringsmedel och därjämte i stämningsförhöjande och stimulerande syfte vid vissa neuroser samt neurasteniska och lättare depressiva tillstånd. Till en början angavs att preludinet icke var farligt och ej vanebildande, påståenden som stöddes på långa serier av behandlade patienter. Samma sak inträffade med andra ord i fråga om preludinet som med praktiskt taget alla narkomaniframkallande preparat. De har till en början alltid förklarats som oskadliga vid långvarigt bruk.»... »Såväl i Tyskland som i Sverige gjordes i slutet av 1950-talet de första iakttagelserna att preludinet kan orsaka narkomaniliknande tillstånd och detta blev uppenbart sedan en läkemedelsmissbrukare i Stockholm, enligt vad det uppgives år 1959,

kommit på tekniken att slamma upp prelundintabletter (vilka är avsedda att sväljas) i vatten, filtrera den vällingliknande lösningen genom bomull och slutligen injicera filtratet i en blodåder. En sådan insprutning ger i och för sig en mycket kraftigare verkan än om medlet sväljes. En vanlig injektionsdos består av filtratet av ungefär 30 tabletter och upprepas 4—5 gånger dagligen. Den terapeutiska dosen är 50—75 mg per dag, som sväljes. En injektionsdos, tillredd på angivet sätt av 20—30 tabletter, innehåller 200—300 mg preludin; upprepad 4—5 gånger ger detta en dygnsdos av 1 000—1 500 mg. Som omedelbar effekt av en injektion förnimmes intensiva lust- och lyckokänslor.»... »Dessutom känner sig preludinisten pigg, aktiv och företagsam. Hans självkänsla och självförtroende växer. Han kan klara allting, problem och svårigheter glider i bakgrunden.»... »En skärpning och även förändring av intrycken genom olika sinnesorgan inträder. Som exempel må nämnas att synförnimmelserna blir skarpare och ofta behagligare.»... »Smak-sinnet förändras, kryddad mat smakar så skarpt att man undviker dylikt och starksprit går inte att dricka av samma skäl. Möjligen tolereras söta viner. Många preludinister, som tidigare missbrukat alkohol, har helt slutat med sprit.»... »Tidsuppfattningen påverkas så att narkomanen förvånad märker att redan så lång tid förflutit om han råkar titta på klockan. Trötthet försvinner liksom sömnbehovet. Så fort effekten av en injektion börjat tona bort tar man en ny och håller på så vis igång dygn efter dygn, kanske en vecka eller mer utan egentlig sömn. Med måltiderna blir det dåligt. Slutligen kan kroppen icke piskas vidare. »Pumpen», dvs. sprutan, »tänder» inte längre, som det heter, utan narkomanen sjunker ihop helt utmattad, somnar djupt i lyckliga fall, pinas andra gånger av oro, ångest och mardrömmar. Vid uppvaknandet plågas han av stark olust, intensiv trötthet, känner sig slö och initiativlös. Risken för psykosor med förföljelseidéer är stor.»...

I. SAMMANFATTNING

Bland de tillstånd, som uppkommer i samband med narkotikamissbruk och som föranleder vård, är somliga beroende direkt på missbruket som sådant och somliga följdfeomen (t. ex. infektioner p. g. a. osterila injektioner).

Den mest direkta följden av missbruket är själva beroendet. Toxiska verkningar förekommer i varierande utsträckning. Stora doser av opiater medför genom den dämpande effekten på centrala nervsystemet bl. a. andningsförlamning, under det att t. ex. de medel som verkar stimulerande på det centrala nervsystemet, framför allt kokain och centralstimulantia, vid överdosering kan medföra bl. a. epileptiforma anfall och kärllkollaps.

Vid långvarigt missbruk av vissa narkotika och andra läkemedel kan psykotiska tillstånd uppkomma, ibland orsakade av medlets direkta toxiska inverkan och ibland av ihållande rubbningar av viktiga livsfunktioner.

Bland de psykiatriska behandlingsproblemen märks bl. a. de olika personlighetsförändringar som missbruk ofta medför; dessa skador är resultatet av ett komplicerat samspel mellan medlens effekter, individens personlighetsstruktur och andras sätt att reagera på missbruket. Bland de somatiska skadorna av läkemedelsmissbruk må slutligen nämnas inokulationshepatiter (gulsot) och andra infektioner p. g. a. osterila injektioner samt den ökade mottagligheten för andra sjukdomstillstånd som ofta, bl. a. beroende på nedsatt allmäntillstånd, följer med ett långvarigt missbruk.

Teknisk-diagnostiska metoder

A. BEHOV AV DIAGNOSTISKA METODER

När det gäller att studera förekomsten av läkemedelsmissbruk kan flera metoder komma ifråga.

Uppgifter som lämnas av den undersökte eller hans omgivning kan ge viktiga data. De måste bekräftas med hjälp av andra metoder, eftersom de bl. a. förutsätter trovärdighet hos uppgiftslämnaren.

Olika symptom på läkemedelsmissbruk är en annan väsentlig omständighet vid ett sådant studium.

En kroppsundersökning kan därvid ge upplysningar. Vid denna kan man t. ex. påvisa förekomsten av stickmärken, infektioner eller karakteristiska hudförändringar som tecken på långvarig tillförsel i injektion av olika slag av medel. Kroppsundersökningen är emellertid till liten hjälp i de fall, där t. ex. missbruket skett genom intagning av tabletter.

Flertalet preparat medför små förändringar, så länge de tas i terapeutiska doser. När de intas i större mängder framkallar de i regel en rad typiska symptom. Dessa kan vara av psykiskt eller kroppsligt slag och de växlar med preparatets art. De varierar vidare med dosen av det intagna medlet, den aktuella fasen i förloppet, missbruksmönster, personlighetsdrag och andra omständigheter. Symptomen är sällan så klara och karakteristiska, att de medger att ställa en entydig diagnos; i regel ger de endast ett stöd för ett mer eller mindre väl grundat antagande.

Diagnosen måste därför om möjligt baseras på påvisandet med olika slags analysmetoder av medlens förekomst i organismen, främst i blod och urin. Utvecklingen av teknisk-diagnostiska analysmetoder blir därmed ett väsentligt led i studiet av läkemedelsmissbruket och dess yttringar. Det gäller därvid att med exakta kemiska eller andra analysmetoder kunna dels kvalitativt påvisa att ett visst medel förekommer i kroppen, dels även kvantitativt bestämma dess halt. En sådan diagnos kan göras också när någon erhållit endast en terapeutisk dos.

Påvisandet av förekomsten av ett ämne i organismen tjänar en rad syften:

1. Från diagnostisk synpunkt för att klarlägga, vilket eller vilka medel som intagits, halten i blod och urin, tidpunkten för konsumtionen och mängden (i terapeutisk dos eller överdos). Kemiska metoder kan härvid användas i »sällnings»-syfte (»screening»), dvs. för att bestämma, vilka individer inom en undersökt grupp, som intagit läkemedel.

2. Från terapeutisk synpunkt för att tjäna som underlag för en adekvat terapi, t. ex. i förgiftningsfall. Behandlingen sammanhänger med medlets typ (om det verkar bedövande eller stimulerande), med halten av medlet i orga-

nismen och med förekomsten av komplikationer. Genom att halten följs kan terapin kontrolleras.

3. Som kontroll på att t. ex. en narkoman under behandling eller avvänjning ej tar narkotiska preparat; i sådana fall undersökes ett urinprov på förekomsten av olika narkotiska medel.

4. För att klarlägga medlets öde i organismen — dess uppsugning, fördelning, nedbrytning och utsöndring. Härför är en bestämning av medlets halt i organismen nödvändig. Det tidsmässiga sambandet mellan ämnets uppträdande i blodet och i urinen kan visas, liksom förändringarna i blod- och urinkoncentration med olika dosering. Vidare kan visas betydelsen av olika tillförselvägar, t. ex. i tablettform för intagning eller i injektion.

5. För att erhålla en fördjupad bild av medlets inverkan på organismen. Därvid måste bl. a. verkan relateras till halten av medlet i organismen. Härvid kan t. ex. skillnaden i verkan klarläggas vid terapeutiska doser och överdoser.

6. För att klarlägga mekanismen för uppkomsten av narkomani. Särskilt vid studiet av adaptation och toleransökning måste i princip en jämförelse göras mellan verkan och den koncentration av medlet, som uppträder i organismen. Sådana studier ger i sin tur ledning vid besvarandet av frågan om toleransökningen vid narkomani beror på att omsättningen av läkemedlet förändras (t. ex. så att den vanda organismen förbränner medlet snabbare) eller på att centralnervösa rubbningar inträder.

B. HITTILLS UTFÖRDA STUDIER

Mot bakgrunden av de givna förutsättningarna har arbetet inom den teknisk-diagnostiska gruppen bedrivits efter följande riktlinjer:

1. Utveckling av teknisk-diagnostiska metoder

a. *In vitro*-studier

Dessa har avsett att klarlägga olika medels kemiska egenskaper. Härigenom har skapats en grundval för utvecklingen av lämpliga analysmetoder. Undersökningarna har omfattat studier av såväl enskilda substanser som blandningar av olika medel.

Undersökningarna har bland annat inneburit att bestämma ett ämnes löslighet i olika lösningsmedel och vid varierande pH, dess ljusabsorberande egenskaper, dess förmåga att bilda specifika föreningar med karakteristiska egenskaper (t. ex. en typisk ljusabsorption i vissa våglängdsområden) och ämnets förhållande i blandningar med andra substanser.

Härvid har det varit väsentligt att utveckla en analysgång, som tillåtit att ur ett och samma ursprungsprov med hjälp av olika extraktionsförfaranden erhålla ett material, där samtliga de substanser kan bestämmas, som varit av speciellt intresse att studera.

Undersökningarna har omfattat utveckling dels av kvalitativa metoder, således »sällnings»-metoder (»screening»-tests), som tillåter att fastställa närvaro eller frånvaro av en lång rad olika medel, dels av kvantitativa metoder, som tillåter att få ett mätvärde på halten av de substanser, som återfunnits vid den kvalitativa analysen.

De metoder som härvid kommit i fråga är av kemisk, enzym-kemisk eller fysikalisk natur, såsom t. ex. spektrofotometri, kromatografi, fluorescensmätning.

b. In vivo-studier

Undersökningarna har fortsatt på blod- och urinprov från såväl friska som patienter, bland annat för att studera hur de olika metoderna slår under biologiska förhållanden. Härvid har intresset främst knutits till att klarlägga vilka ämnen i blod eller urin, som kan interferera med bestämningarna, mängden prov, som erfordras för att få ett säkert värde samt storleksordningen av de halter i blod och urin som man kan vänta sig hos en människa efter intagning av olika medel i varierande mängder.

c. Metodernas användbarhet

Speciellt arbete har nedlagts på att klarlägga de använda metodernas specificitet och noggrannhet, liksom deras användbarhet under varierande förhållanden.

Är tillgången till provmateriel god och kraven på känslighet, specificitet och noggrannhet små, t. ex. emedan endast kvantitativ analys av orienterande typ erfordras, kan metoderna göras relativt enkla och behöver ej kräva stor arbetsinsats, dyrbar apparatur och större omkostnader.

Är däremot mängden av prov begränsad och kraven på känslighet och specificitet stora, blir förhållandena helt annorlunda. Det kanske endast förekommer små mängder av den substans man vill studera i det tillgängliga provet. Önskar man dessutom särskilja ett stort antal olika substanser och eftersträva kvantitativa analyser med hög grad av noggrannhet och precision, måste metoderna med nödvändighet bli mera komplicerade. De kräver tillgång till dyrbar apparatur och stor arbetsinsats av specialutbildad personal och måste därmed bli kostnadskrävande.

Tillkommer dessutom krav på att en enskild analys skall göras på kort tid, t. ex. för diagnos vid ett förgiftningsfall, eller på att ett större antal analyser skall kunna genomföras inom en relativt begränsad tidrymd, t. ex. vid massundersökningar, måste modifikationer av gängse metoder övervägas, t. ex. adaptation till en Auto-Analyzer-teknik eller till andra anordningar för automatiserad massanalys; dessa problem är under utredning.

De grupper av medel, som f. n. kan bestämmas i blod och/eller urin (substanserna själva eller vissa av deras nedbrytningsprodukter) omfattar praktiskt taget alla saluförda läkemedel.

2. Tillämpning av teknisk-diagnostiska metoder i praktisk-kliniskt arbete

a. *Undersökning av urinprov från patienter under avvänjning resp. rehabilitering från läkemedelsberoende*

Dessa undersökningar har dels mera systematiskt genomförts vid Beckomberga sjukhus, dels även försöksvis utförts vid andra sjukvårdsinrättningar, bl. a. Maria-polikliniken. De har utgjort ett viktigt led i behandlingen av narkomaner. Proven har med patienternas samtycke tagits 1—2 gånger i veckan och tjänat att kontrollera patienterna under behandlingstiden ej intagit annat än ordinerade icke-narkotiska preparat. Provtagningen har utgjort ett starkt stöd för patienterna i deras motivation att upprätthålla en »drogfri» livsföring, och provtagningen har av många patienter upplevts som ett led i behandlingen av samma natur som t. ex. en disulfirambehandling vid alkoholsjukdom.

De hittills erhållna resultaten har visat att de utvecklade metoderna väl lämpat sig för såväl kvalitativa som kvantitativa analyser.

Denna teknik att med kemiska metoder i ett urinprov fastställa att en narkoman verkligen avhåller sig från intagning av narkotiska preparat, har på senare tid kommit till användning på flera håll. Den har tillämpats sedan flera år tillbaka av Kielholz, Im Obersteg och Bäumlér i Basel samt av flera arbetsgrupper i New York, bland annat av Dole och Nyswander och av Freedman och hans medarbetare. Tekniken är vidare under utveckling av professor L. M. Gunne i Uppsala.

b. *Undersökning av blod- och urinprov i ett material av personer misstänkta för tablettfylleri*

Detta material, som studerats på statens rättskemiska laboratorium, har ur analytisk synpunkt varit en viktig källa för prov från personer, som intagit varierande och ofta stora mängder av olika slag av medel, t. ex. verkande på centrala nervsystemet. Materialet är under publicering i annat sammanhang, men en bearbetning av det hittills tillgängliga materialet ger följande.

Av sammanlagt 39 900 rattfyllerifall undersökta under en tvåårsperiod utgjordes sammanlagt 467, eller 1,2 % av samtliga, av misstänkta tablettfylleriärenden. I 212 fall kunde närvaro av olika läkemedel påvisas, således i 45 % av samtliga misstänkta för tablettfylleri, eller i 0,5 % av samtliga undersökta rattfyllerifall. I övriga misstänkta fall kunde analys ej företas p. g. a. ofullständigt (urinprov saknades) eller otillräckligt undersökningsmaterial.

En detaljbearbetning av 198 av dessa fall visar att förekomsten av en överdos av sömnmedel dominerar bilden. Sömnmedel förekom som huvudpreparat i 85 fall, dvs. i 43 % av samtliga fall av tablettfylleri; barbitursyra-derivaten utgjorde kvantitativt den största andelen. Därefter kom lugnande medel. Dessa påvisades hos 55 personer, dvs. 28 % av fallen. Salicylsyra-preparat påvisades hos 20 personer, eller i 10 %. Dessa preparatgrupper svarade således för fyra femtedelar av materialet. Därjämte förekom missbruk

av thinner i 9 fall, eller i 4 % av materialet. Resten av materialet, 15 %, fördelade sig på narkotiska preparat.

Förekomst av morfin eller morfinderivat kunde endast påvisas hos två personer. Missbruk av centralstimulerande medel förelåg hos övriga, dvs. hos 27 personer (14 % av samtliga tablettfyllerifall). De centralstimulerande preparaten fördelade sig med 67 % på fenmetralin (preludin), 26 % på amfetaminpreparat och 7 % på metylfenidat (ritalina).

I den övervägande delen av fallen förekom endast ett läkemedel; i omkring 11 % av fallen förekom en blandning av två eller flera läkemedel. I vart fjärde fall kunde samtidigt även alkohol påvisas i blodet. Andelen alkoholpåverkade växlade något inom de olika grupperna, från 19 % i den grupp som var påverkad av centralstimulerande medel och 22 % i sömnmedelsgruppen till 30 % hos dem som tagit salicylsyrapreparat och 35 % hos dem med lugnande medel.

De påvisade halterna talar för att de olika läkemedlen i det övervägande antalet fall intagits i överdos.

De läkarprotokoll, som förts vid undersökningar i anledning av misstänkt trafikonykterhet, utvisar att ca 12 % av fallen intagit psykofarmaka, eller andra ovan angivna läkemedel, i anslutning till körningen; en kompletterande genomgång av polisprotokollen medför att denna frekvenssiffra höjs till över 15 %.

Även om undersökningar av detta slag ger en uppfattning om de halter, som finns i blod och urin efter intagning av olika medel under de förhållanden som gäller dessa material, blir emellertid resultaten likväl ofullständiga. Ofullständigheten sammanhänger främst med bristen på uppgifter rörande vilka preparat som tagits, den mängd i vilken de intagits, tidpunkten för intagningen och en rad andra uppgifter av betydelse för att kunna relatera mängden av det intagna medlet och dess verkningar till den i blod och urin funna halten. För att klarlägga den frågan krävs direkta undersökningar på ett material av friska och patienter under kontrollerade förhållanden, där dels preparatdosering och olika försöksbetingelser kan kontrolleras, dels halten och verkan av de medel man vill studera mäts med objektiva metoder; sådana undersökningar har påbörjats.

3. Klarläggande av olika läkemedels omsättning under varierande förhållanden

Nästa led i studierna har varit att under kontrollerade förhållanden klarlägga hur ett ämne omsätts i organismen.

Det första steget har härvid varit att följa ämnets koncentration i blod och urin under varierande omständigheter, främst efter tillförsel av kända mängder av läkemedlet. Undersökningen har gällt dels variationerna mellan olika personer som fått samma mängd preparat, dels skillnaderna i halt efter tillförsel av olika doser.

Av betydelse har härvid varit att bestämma uppsugningen (dvs. den hastighet, varmed substansen upptages i kroppen), ämnets fördelning på olika

organsystem samt ämnets nedbrytning och utsöndring. Uppsugningen antyder bl. a. hur snabbt verkan inträder, dennas intensitet och den eventuella skillnaden i verkan mellan olika intagningssätt. Fördelningen kan ge upplysning om medlets eventuella angreppspunkt och i vilka organ skadeverkningar kan uppträda. Nedbrytningen ger viktiga upplysningar om den snabbhet, varmed verkan försvinner, vilket kan ge en förklaring till skillnaden i verkan hos olika personer, vilka intagit samma dos av ett läkemedel.

Endast ett fåtal preparat har emellertid hittills underkastats ett sådant systematiskt studium.

Nästa steg har varit att söka klarlägga hur stora skillnader som förekommer i halt efter terapeutiska doser och överdoser. Enstaka sådana försök har påbörjats, bl. a. i Stockholm av professor R. Bonnichsen och på Mariapoli-kliniken av överläkare R. Dimberg; vissa systematiska och utvidgade studier är planerade.

4. Studier av sambandet mellan läkemedels verkan och deras halt i organismen

Metoder för att kunna studera verkningarna av olika medel på människor är under utarbetande. Dessa metoder sträcker sig från en utvärdering av hur verkan av ett medel upplevs subjektivt (»method of magnitude estimation», utvecklad i samarbete med psykologiska institutionen vid Stockholms universitet), över psykotekniska metoder till mätningar och kvantitativ utvärdering av fysiologiska variabler medelst elektroencefalografi (EEG), elektrooculografi (EOG), statometri och smärtkänslighetsprovning. Härutöver förekommer prov av annan natur.

Verkan av ett flertal lugnande och smärtstillande medel har studerats, huvudsakligen hos friska personer; även stimulerande medel har prövats i begränsad omfattning.

Med tillgång till metoder att bestämma halten av olika medel i blod och till att mäta verkan avses nu att systematiskt studera verkningarna av olika läkemedel i relation till halten och deras kvantitativa och tidsmässiga förändringar i blod, eventuellt även i urinen. Dessa undersökningar skall utföras såväl på friska som på ett patientmaterial. Dessa försök utvidgas sedan till att omfatta systematiska studier på ett material av patienter som under längre tid intagit preparat av olika slag, för att klarlägga de eventuella skillnaderna i verkan hos friska och hos patienter med läkemedelsmissbruk.

C. FORTSATTA UNDERSÖKNINGAR OCH FÖRSLAG TILL ÅTGÄRDER

1. Utveckling av metoder

En fortsatt utveckling av kemiska metoder för påvisande av olika substanser och läkemedel i blod och urin är oundgängligen nödvändig.

1. Nya kvalitativa tester måste utvecklas som snabbare och enklare med-

ger att kvalitativt påvisa förekomsten av olika läkemedel. Nuvarande sällningsmetoder (»screening tests») bör kunna ytterligare förenklas; arbeten i detta hänseende pågår på många håll.

2. Vidare måste nya kvantitativa tester utvecklas för att påvisa halten av olika substanser i organismen.

Nya substanser och läkemedel framkommer, som kräver utveckling av nya analysförfaranden.

För en rad substanser finns endast relativt grova metoder utarbetade, som enbart medger bestämning i urin av större mängder av ett läkemedel (således i regel endast de mängder som förekommer efter intagning av en överdos). För dessa ämnen krävs en förfinad teknik, som medger en bestämning även av de små mängder som förekommer i blod och urin vid terapeutiska doser.

Antalet substanser, som måste kunna analyseras ökar starkt. Detsamma gäller antalet prov, som skall undersökas med krav på ett snabbt tillgängligt svar, t. ex. i fall med akut förgiftning. Nödvändigheten av en automatisering av analysgången blir därför allt mer uppenbar. Försök pågår att automatisera ett antal analysmetoder av toxikologiskt intresse, och viss apparatur, bl. a. en Auto-Analyzer, är under utprovning.

Dessa led i utvecklingen av praktiskt användbara metoder för påvisande av olika läkemedel i blod och urin är väsentliga såväl för narkomaniproblemen och deras bemästrande som för sjukvården och dess behov.

Det utvecklingsarbete på detta område, som försiggår på en rad institutioner runt om i landet, bör stimuleras och intensifieras.

2. Kliniska studier

a. *Metabolism*

Bland erforderliga undersökningar härvidlag må nämnas studier på friska för att klarlägga omsättningen av olika läkemedel i organismen, de olika medlens uppsugning, fördelning, nedbrytning och utsöndring under varierande förhållanden. Systematiska studier av de halter i blodet, som uppträder när ett medel ges i varierande dos är nödvändiga. De ger en möjlighet att ur blodkoncentrationen beräkna den intagna mängden av ett medel. De skillnader i blod- och urinhalt av olika läkemedel, som påvisas mellan olika individer, kan förväntas ge väsentliga upplysningar om några av de faktorer, som styr metabolismen.

Vidare måste förhållandet mellan halten av ett ämne i blodbanan och i urinen studeras, liksom arten och halten av eventuella nedbrytningsprodukter (»metaboliter») och de tidsförhållanden, som gäller uppträdandet och försvinnandet av substansen själv, respektive av dess olika nedbrytningsprodukter.

Slutligen är studier på patienter nödvändiga för att klarlägga hur omsättningen sker av olika doser och vilka lagar som styr omsättningen av olika läkemedel hos patienter jämfört med friska.

b. Studier av verkan

Med de kvantitativa metoder, som redan utvecklats för att följa subjektiva och objektiva förändringar i olika funktioner, skall verkningarna av olika medel i varierande dos systematiskt studeras hos friska och patienter. Väsentligt är därvid att genom fortlöpande bestämningar relatera de funna verkningarna av ett medel till halten av medlet i blod och urin. En vidareutveckling och användning av exakta kemiska metoder för haltbestämning är en oundgänglig förutsättning.

Dessa studier skall utföras med olika doser. Om möjligt skall även på ett patientmaterial av läkemedelsberoende försök göras med de överdoser som ett sådant klientel brukar.

c. Studier av verkningsmekanismer

Studier av relationen mellan verkan av olika medel och deras halt i blod och urin är nödvändiga för att nå kunskap om underlaget för uppkomsten av narkomani och läkemedelsberoende i övrigt. I första hand gäller det att utforska mekanismen för uppkomsten av den ökade tolerans, som flertalet läkemedelsberoende uppvisar, dvs. förmågan att fördraga allt större mängder av ett medel. Narkomanen uppnår härigenom doser som skulle medföra livshotande verkningar hos den ovane.

För att klarlägga dessa mekanismer måste jämförande studier göras beträffande verkan av olika medel i terapeutiska doser hos friska och hos patienter med läkemedelsberoende. Doserna relateras därvid till halten av medlen i blod och urin. Dessa studier utgör det första ledet. Det andra är studiet beträffande verkan vid överdoser av olika medel hos patienter med läkemedelsberoende i relation till halten i blod och urin, varvid speciell vikt skall läggas på studiet av enzymatiska processer och distributionsförhållanden.

Dylika undersökningar skall klarlägga om skillnaderna mellan friska och patienter med läkemedelsberoende är att hänföra primärt till metaboliska olikheter eller om skillnaderna är av cellulär natur med en omställning av centrala nervsystemets reaktivitet på tillförseln av medlet i fråga som det primära och med endast små förändringar i metabolismen. Försök i denna riktning har påbörjats.

Sådana studier kan också förväntas belysa frågan varför mer långvarigt bruk av vissa medel, bl. a. många läkemedel snabbt kan leda till missbruk med toleransökning, dosökning och starkt beroende med begär att fortsätta intagningen till varje pris samt uppträdande av svåra abstinenssymptom vid avbrott i tillförseln (härvidlag är även alkoholforskningens rön av synnerligt intresse). Ofta kan små skillnader i den kemiska strukturen medföra stora skillnader i verkan, bl. a. förmågan att framkalla beroende.

Bland de andra mekanismer som är av betydelse att klarlägga är underlaget för uppkomsten av abstinensfenomen, förgiftningsbilder (»psykotoxicitet») vid överdosering samt följdverkningar och komplikationer av långvarigt

missbruk (t. ex. paranoia efter centralstimulerande medel). Vissa sådana studier pågår vid flera institutioner med främst djurförsök. Försök skall göras att utvidga dessa studier att även innefatta ett patientmaterial.

3. Praktisk-klinisk tillämpning

a. Undersökning av urinprov från patienter (»kontrollprov«)

Undersökning av urinprov från patienter under behandling skall fortsättas och utvidgas. Dessa prov tas under behandlingens gång 1—2 gånger i veckan för att kontrollera att patienten under avvänjning och rehabilitering inte intar andra läkemedel än de som ordinerats. Dessa prov tas för närvarande i större utsträckning endast på Beckomberga sjukhus och vid Maria-polikliniken. Systematisk provtagning planeras på patienter under behandling även på andra sjukvårdsinrättningar. Utvecklingen av detta samarbete med olika kliniker och psykiatriska avdelningar har påbörjats. Även vid ambulant behandling skall dylik provtagning övervägas; vissa preliminära studier har redan påbörjats.

b. Provtagning i förgiftningsfall

Provtagning med kvalitativ och kvantitativ bestämning beträffande förekomsten av olika slags medel i fall av misstänkt förgiftning är väsentlig från en rad synpunkter. Analysen ger bl. a. uppgift om vilket eller vilka medel som intagits och om halten i organismen. Analysvärdet tjänar som ledning för valet av adekvat behandling. Genom upprepade prov kan behandlingens effektivitet följas. Analysresultatet ger också viktiga upplysningar om prognosen, som beror ej blott på halten av det ingående ämnet utan t. ex. på förekomsten av en blandförgiftning. Ofta är i dessa fall kombinationen av två medel betydligt giftigare än vardera ämnet taget för sig.

Hittills har kemisk analys av prov från förgiftningsfall som ett led i den kliniska behandlingen huvudsakligen skett i fall av sömnmedelsförgiftning och endast undantagsvis i andra förgiftningsfall.

c. Undersökning av provmaterial vid massundersökning

Som tidigare framhävts är exakta diagnostiska metoder av kemiskt slag oundgängliga för mera exakta studier av utbredningen av läkemedelsmissbruk inom grupper av befolkningen.

Utveckling av nya kvalitativa metoder för sållning pågår, liksom av kvantitativa metoder för massanalys av ett stort antal prover.

Planläggning av vissa undersökningar har påbörjats och vissa förundersökningar har utförts bl. a. på ett material av ungdomsfyllerister vid Maria-polikliniken att studera den eventuella förekomsten av kombinerat missbruk av alkohol och narkotika. Dessa undersökningar fortsätter och skall utvidgas såframt medel härför kan erhållas.

4. Publicering av analysmetoder m. m.

Anvisningar för provtagning och andra upplysningar angående användningen av kemisk-diagnostiska prov är under utarbetande.

En systematisk beskrivning av enskilda analysmetoder har påbörjats, omfattande en komplett arbetsbeskrivning med angivande av förutsättningar för metoden, nödvändiga analyskemikalier, apparatur och tillvägagångssätt m. m. Vidare skall metodens noggrannhet anges, liksom olika slag av felkällor och detaljer om metodens specificitet (t. ex. om den ger utslag enbart för substansen i fråga eller även för dess nedbrytningsprodukter — eller dessutom för substanser av närliggande natur).

Förutom de rena metodbeskrivningarna bör även publiceras uppgifter om de olika substansernas metabolism, blod- och urinkoncentrationen efter varierande dos hos friska och patienter, förekomsten av olika metaboliter och deras förhållanden, liksom medlens principiella verkningar i relation till halten. Även publicering av förgiftningsfall bör förekomma. Därvid är intagen mängd, verkan, förlopp, behandling och eventuella komplikationer och analysvärden av intresse.

Det kan här nämnas, att ett engelskt läkemedelsföretag förbereder utgivandet av en monografi om dessa frågor.

5. Referenslaboratorium

Behovet av kvalitativa och kvantitativa metoder för att i organismen kunna påvisa läkemedel av olika slag, inklusive narkotika och andra beroendeframkallande medel, har ökat starkt. Antalet förgiftningsfall ökar och nya och bättre behandlingsmetoder, såväl av akuta förgiftningsfall som av olika former av läkemedelsmissbruk har framkommit, som kräver tillgång till fortlöpande analys av prov på halten av medlet.

Det är därför viktigt att ett referenslaboratorium tillskapas, där alla nödvändiga analysmetoder kan utvecklas och tillämpas; utöver de tidigare omnämnda må här framhållas de enzymatiska metoderna, som i regel är specifika och mycket känsliga. På referenslaboratoriet bör bl. a. referensstandarder utarbetas och distribueras till intresserade institutioner. Där bör fortlöpande all litteratur på området hållas tillgänglig. Härvid kommer Karolinska institutets bibliotek med dess tillgång till databehandlad dokumentation från ämnesområdet att kunna underlätta arbetet väsentlig. Vidare kan där skapas förutsättningar för en fortlöpande undervisning och kursverksamhet på området.

Statens rättskemiska laboratoriums kemiska avdelning har under en följd av år, framför allt vid undersökning av förgiftningsfall med dödligt förlopp — sammanlagt omkring 10 000 under en 10-års period — av blod- och urinprov från rattfyllerister och av sjukhusprov erhållit en omfattande erfarenhet av det aktuella problemområdet.

Kommittén föreslår att kemiska avdelningen vid statens rättskemiska laboratorium skall tjäna som referenslaboratorium för toxikologiska analyser

med ovan angivna uppgifter. Dess arbete kommer därmed att omfatta ej endast redan nu utförda rättskemiska analyser utan även analyser av prov från patienter, såväl för terapeutiska som för diagnostiska ändamål, eller större delen av den analytiska toxikologin.

Redan nu kan förutses att laboratoriet för att fylla en sådan uppgift måste utöka sin personal och anskaffa viss apparatur.

Det kan beräknas att i petita för budgetåret 1968/69 bör upptagas en kvalificerad laboratorie- eller forskningsingenjör (lgr 23).

Av apparatur torde komma att behövas en skrivande spektrofotometer för avancerade analyser, en skrivande fotometer för rutinbruk, och en gaskromatograf, eller omkring 150 000 kronor. Vidare erfordras uppskattningsvis omkring 30 000 kronor i anslag för övriga ökade omkostnader.

6. Samverkan mellan olika laboratorier

Ett vidgat samarbete mellan olika laboratorier erfordras för såväl det egentliga analysarbetet som utvecklingen av nya metoder. Redan nu finns en internationell arbetsfördelning. De rättskemiska laboratorierna i Norden fördelar systematiskt mellan sig utvecklingen av ett antal analysmetoder. Dessa och andra nordiska laboratorier har därutöver anknytning till det samarbete, som existerar mellan laboratorier framför allt i USA, England och Tyskland.

När det gäller fördelningen av själva analysarbetet, torde även detta med fördel kunna fördelas mellan referenslaboratoriet och de övriga klinisk-kemiska laboratorier som har behov eller intresse härav och som förfogar över specialapparatur.

Utvecklingen får närmare visa hur en sådan fördelning bäst bör ske; tillgången på skolad personal och apparatur blir en av de utslagsgivande faktorerna.

7. Utbildning av personal

Den snabba utvecklingen och den redan nu stora arbetsbördan på de regionala laboratorierna har medfört att endast få laboratorier utför analyser på läkemedel av beroendeframkallande karaktär; de analyser som utförs mera allmänt är analyser på sömnmedel. Den största bristen föreligger f. n. beträffande utbildningen av lämplig personal. Kommittén föreslår medicinalstyrelsen att i samarbete med de medicinska fakulteterna låta anordna utbildningskurser. Kurserna bör avse de läkare som önskar specialutbildning och den övriga personal — laboratoriesköterskor, laboratorieingenjörer och laboratorieassistenter — som skall biträda vid analyserna.

Kursverksamheten förlägges lämpligen till referenslaboratoriet. Tyngdpunkten bör läggas på inlärandet av kvalitativa och kvantitativa metoder att analysera olika läkemedel i blod och urin.

Kartläggning av läkemedelsmissbruket

A. METODSYNPUNKTER

1. Inledande anmärkningar

En av förutsättningarna för en värdering av den aktuella situationen med avseende på icke-legitimt bruk av narkotika och andra beroendeframkallande läkemedel samt för ett rationellt planerande av motåtgärder, är en uppskattning av brukets utbredning inom populationen. En annan förutsättning är deskriptiva studier av brukets karaktär, förlopp och följdverkningar för den enskilda och samhället.

Läkemedelsmissbruk utgör en heterogen kategori av fenomen. Det finns t. ex. fall av fysiskt beroende, fall av psykiskt beroende samt fall utan direkt beroende av läkemedel.

De uppgifter man vill erhålla kan vara av två huvudtyper, dels information om frekvenser av missbruk, dels information av vidare deskriptiv (eller förklarande) typ:

Frekvensuppgifter

1. Omfattning av läkemedelsmissbruk
2. Omfattning av fysiskt beroende
3. Omfattning av psykiskt beroende

Övrig deskriptiv information

1. Uppgifter om doseringar, periodicitet i intagning, missbruksmönster o.dyl.
2. Uppgifter om missbrukarens fysiska tillstånd
3. Uppgifter om missbrukarens psykiska karakteristika
4. Uppgifter om missbrukarens sociala bakgrund, sociala situation o. dyl.
5. Uppgifter om missbrukssituationers socialpsykologiska dynamik

2. Metoder

a. Biokemiska metoder

Ett utvecklingsarbete rörande metoder för blod- och urinalys pågår f. n. I praktiskt arbete torde urinalys vara den mest användbara. Metoden möjliggör att individens muntliga utsagor om missbruk under vissa betingelser kan kontrolleras. Praktiska och juridiska svårigheter torde dock uppstå om man önskar företa större populationsundersökningar. Metoden bör vara speciellt användbar för undersökning av personer, som befinner sig inom vissa

åtgärdande institutioners ram. Genom statistiska överväganden kan man eventuellt efter biokemisk analys utveckla former för uppskattning av tillförlitligheten av verbala utsagor från vissa delpopulationer. De biokemiska metodernas användbarhet i klinisk verksamhet har behandlats ovan i det teknisk-diagnostiska avsnittet.

b. Stickmärkesundersökning

Metoden bygger på inspektion av armvecks- och underarmsvenor. På detta sätt kan man diagnostisera intravenöst medicinmissbruk även veckor och ibland månader efter senaste injektionstillfället. Då injektion enligt andra undersökningar synes vara det vanligaste intagningssättet vid medicinmissbruk i vissa delpopulationer (särskilt i asociala och kriminellt belastade kretsar) och då undersökningen utsträcker sig under en längre tidsrymd omfatta ett enhetligt rekryterat personflöde (exempelvis av polisen gripna) erbjuder metoden även möjligheter till individuella förloppsstudier. Flertalet intravenösa missbrukare blir således föremål för flera omhändertaganden under undersökningsperioden, och förändringar i missbruksvanorna kan således studeras.

Stickmärkesmetoden med dess stora diagnostiska tillförlitlighet lämpar sig även som utgångspunkt för olika former av register- och intensivstudier av missbrukare och kontroller ur samma personflöde, efterundersökningar av missbrukets spontanförlopp, sociala och medicinska komplikationer, överdödlighet etc.

c. Enkäter

Enkäter riktade till möjliga missbrukare

Enkäter kan sändas till statistiskt representativa delar av befolkning eller till totala delkategorier. Kombinerade med attitydtest o. dyl. att ifyllas av respondenten kan enkäter ge avancerad information. Metoden är billig och enkel. Nackdelen är bl. a. svårigheten att avgöra svarens tillförlitlighet samt den ofta låga svarsprocenten. Det gravare missbruket torde förekomma mer i bortfallet än det lindrigare. Sådana enkäter kan vara anonyma, vilket torde tendera att minska bortfallet. De behöver dock icke vara anonyma men förutsätter då givetvis sekretess.

Enkäter riktade till informanter

Informanter är personer, institutioner eller myndigheter, som har nära kontakt med det aktuella fenomenet. Enkäterna kan innebära en regelrätt räkning av antalet kända läkemedelsmissbrukare inom en viss institutions ram. Enkäterna kan också innebära en begäran om skattning av frekvenser i finare eller grövre kategorier eller delgivande av uppfattningar om eller bedömanden av situationen i stort.

Felkällorna är stora i denna typ av undersökning. Institutioner kan understryka svårigheter för att t. ex. kunna öka sina resurser eller minimera pro-

blemen för att visa goda arbetsresultat. Allmänbedömningar kan vidare vara färgade av informantens speciella intresseinriktning, de kan vara mindre en produkt av objektiva data än av egna föreställningar. I de fall inte just perceptioner av situationer är undersökningsobjekt är sålunda vissa typer av enkäter främst av intresse i ett förberedande stadium.

d. Intervjuer

De intervjuer som kan komma till användning är dels standardiserade intervjuer, dels fria, obundna intervjuer av den typ, som användes överallt på läkarmottagningar och vid socialutredningar. Intervjuerna syftar till information av mera omfattande slag än enkäterna.

Båda typerna av intervjuer förutsätter sekretess, vilket tenderar att öka villigheten hos respondenterna att informera även om illegala förehavanden. De standardiserade intervjuerna saknar i viss utsträckning flexibilitet. De obundna intervjuerna har större flexibilitet, vilket kan leda till värdefull, i ett formulär icke förutsedd information. Intervjuaren vid sådana intervjuer har stundom makt att ingripa i respondentens livssituation på basis av den i intervjun givna informationen, vilket kan inverka på informationens tillförlitlighet. Den goda kontakt, som ibland kan uppnås under den obundna intervjun, är inte under alla betingelser mer till fördel än nackdel för den vetenskapliga tillförlitligheten hos erhållen information.

e. Personobservationer

Direkta personobservationer i anslutning till intervjuer och läkarundersökningar ger upplysningar om såväl missbrukares psykiska och somatiska hälsotillstånd som om personlighetsdrag.

f. Direkta miljöobservationer

Systematiska direktobservationer i missbrukartillhåll etc. kan ge insikter i missbrukssituationernas socialpsykologiska dynamik. Metoden är svår och tidskrävande.

g. Psykologisk testning

I de fall test finns att tillgå för psykologisk testning föreligger möjlighet att få kvantifierade data rörande t. ex. missbrukares personlighetsdrag. Många test är dock så tidsödande och krävande att de kan användas endast för begränsade material.

h. Populationsundersökningar

Undersökningar t. ex. i samband med skolläkarmottagningar, värnpliktsmönstringar, hälsokontroller eller vid genomgång av på anstalt intagna kan

användas för efterforskning av injektionsmissbruk. Observationerna kan kompletteras med urinalanalyser och ett fåtal enkla frågor om relevanta förhållanden.

i. Register- och aktstudier

Register- och aktstudier kan användas för att uppskatta antalet kända missbrukare inom vissa delpopulationer, samt för komplettering av mer omfattande deskriptiv information. Som ett specialfall av denna typ av studie kan ses kontroller av sprutförsäljning och receptförskrivning, där man får vissa indirekta data om missbruk. Tillförlitligheten hos aktmaterialet är ibland svår att bedöma, då själva insamlingsprocessen är utom kontroll.

j. Sammanfattning

Samtliga ovan berörda metoder ger ofullständiga eller osäkra informationer. Kombinerade kan flera av dem ge goda resultat.

Flertalet av i denna rapport redovisade undersökningar gäller endast av myndigheter uppmärksammade eller åtgärdade läkemedelsmissbrukare. Uppskattningar av den totala missbrukarpopulationens omfattning och karaktäristika blir mycket svår att göra på basis av det erhållna materialet. Man kan emellertid anta att data beträffande vissa kategorier av missbruk blir relativt goda. Det mycket grava missbruket torde med stor sannolikhet komma till någon myndighets kännedom. Måttligt amfetaminbruk eller cannabisbruk t. ex. har däremot en låg grad av upptäcktssannolikhet. Generaliseringar från den undersökta populationen till speciella delkategorier kan endast göras med stora förbehåll.

Begreppet missbruk har i det följande inte givits en enhetlig innebörd. Begreppsbestämningen har varierat från funktionär till funktionär i samband med myndigheters eller institutioners datainsamling.

B. UNDERSÖKNINGSHISTORIK

Vid en utredning inom medicinalstyrelsen åren 1937—1940 sökte man genom en förfrågan till vissa tjänsteläkare fastställa totala antalet narkomaner i Sverige. Man fick därvid uppgift om ett 70-tal fall.

När amfetaminpreparaten introducerades under slutet av 1930-talet kunde man snart konstatera en successivt starkt tilltagande förbrukning, samtidigt som fall av vanebildning, psykosliknande bilder och skadeverkningar av olika slag kunde påvisas. Införandet av recepttvång 1939 medförde en viss stagnation i försäljningen, medan försäljningen efter ett av medicinalstyrelsen utfärdat cirkulär år 1943 sjönk till hälften; 1944 underkastades amfetaminpreparaten väsentligen samma bestämmelser som gäller narkotika. Någon beräkning av frekvensen av missbruk kunde ej göras; andelen egentliga missbrukare var liten i förhållande till det mycket stora antalet tillfällighetsbrukare.

Vid en konferens inom medicinalstyrelsen år 1954, då även representanter

från skolöverstyrelsen och socialstyrelsen deltog, redogjorde professor N. Herlitz för en undersökning rörande missbruk av fenopromin (amfetamin) bland skolorngdom. Det var känt, att det inom vissa bohemkretsar i Gamla Stan vid den tiden förekom missbruk av fenopromin, sprit och opiumpreparat. Byråchefen L. Bolin i socialstyrelsen hade undersökt, hur ungdomar tillhörande skolbyråns klientel hade kommit över narkotika, i de flesta fall fenopromin. Detta syntes i viss utsträckning ha skett genom inbrott, receptförfalskning och genom smuggling från Danmark; vanligen hade det emellertid skett genom systematiskt upplagda besök hos olika läkare.

År 1955 verkställdes inom medicinalstyrelsen en ny undersökning av hovapotekaren G. Krook och dåvarande docenten G. Lindgren (Nord. Med. 1956, s. 929). Enligt uppgifter från landets mentalsjukhus och psykiatriska kliniker vårdades under 1954 146 fall av narkomani (90 män och 56 kvinnor); 59 fall hade inte tidigare vårdats på sjukhus. 23 av fallen kunde hänföras till yrkeskategorin medicinalpersonal, härav 10 läkare och lika många sjuksköterskor. Bland de preparat som missbrukades dominerade opium, morfin och morfinpreparat. Dessa förekom hos drygt 60 procent. Morfinersättningspreparat förekom hos omkring 15 procent och kokain hos 1 procent av materialet. Missbruk av centralstimulerande medel, främst amfetamin, förekom hos omkring en fjärdedel av fallen (23 procent). Omkring två tredjedelar av patienterna uppgav sig ha lyckats täcka sin konsumtion av narkotika genom läkares förskrivning. I fråga om uppkomsten ansåg Krook och Lindgren att det i drygt hälften av fallen kunde antagas, att en ej tillräckligt höggradig försiktighet från läkarens sida vid ordination av narkotika, t. ex. vid smärttillstånd, hade bidragit till eller varit den utlösande faktorn till patientens narkomani.

Under perioden 1955—1957 upptäckte socialläkaren i Stockholm J. Takman trots en intensivundersökning endast 17 ungdomar med läkemedelsmissbruk, varav endast fem kunde betecknas som narkomaner. Fr. o. m. 1958 ökade emellertid missbruket i omfattning bland barnavårdsnämndens klientel. Preparaten, främst centralstimulantia, men i några fall även morfinpreparat, tillfördes nu i regel intravenöst. I en uppsats år 1963 (Nord. Med. 1963, s. 899) redogjorde Takman för en undersökning beträffande 72 fall; verkliga antalet unga missbrukare måste enligt Takman dåmera ha varit betydligt större. Könsfördelningen var 30 procent pojkar och 70 procent flickor. Missbruket i detta klientel började i regel vid 16-årsåldern. Amfetamin var debutpreparatet före 1958 och fenmetralin (preludin) efter detta år.

Redan 1959 hade Ruth Ettlinger framhävt riskerna för uppträdande av vanebildning och missbruk vid medikation med preludin som avmagringsmedel (Opuscula Medica 1959, s. 175). Toxikologiska synpunkter på missbruksproblemet hos ungdomar redovisades av Karlsson (Nord. Med. 1963, s. 893) och barnpsykiatriska synpunkter framlades av Nylander (Nord. Med. 1963, s. 896).

Sinnessjuklagstiftningskommittén redogör i sitt betänkande (SOU 1964:40

s. 324) för en undersökning, som kommittén lät företaga under 1960 beträffande antalet personer vilka under detta år vårdats för narkomani vid mental-sjukhus och psykiatriska kliniker (sammanlagt 190 fall). Patienterna uppdelades i tre grupper, varav grupp I avsåg förbrukare av opiumalkaloider och derivat (88 fall), grupp II morfinersättningsmedel (36 fall) och grupp III centralstimulantia (66 fall). Missbruk av enbart centralstimulerande medel angavs således förekomma i omkring 35 procent av samtliga vårdade. Därvid är att märka, att de missbrukare, som använde såväl morfinpreparat som centralstimulerande medel, har hänförs till morfingruppen; antalet patienter med missbruk av centralstimulerande preparat var således större än vad som framgår av ovan anförda uppgifter.

Docenten A. Bergsman och dr Gundla Järpe har på expertgruppens tillskyndan gjort en preliminär bearbetning av medicinalstyrelsens statistiska uppgifter rörande dem, som vårdats för läkemedelsmissbruk vid psykiatriska kliniker och mentalsjukhus under 1962 och 1963. Under år 1962 vårdades 458 patienter (141 nya fall). Under 1963 hade totalantalet stigit till 582 (därav 165 nya fall).

För att dels klarlägga naturen av de fall, som ingår i den officiella statistiken, dels studera förloppet av de enskilda fallen, har Bergsman och Gundla Järpe påbörjat en intensivundersökning av samtliga fall av läkemedelsmissbruk, som vårdats vid en psykiatrisk klinik i Stockholm under 1963. Undersökningen, som ännu icke är slutförd, har bl. a. visat att av de 61 patienter som då vårdats vid kliniken endast 28 återfanns i medicinalstyrelsens sjukdomsstatistik under diagnosen läkemedelsmissbruk. De övriga hade vårdats under andra huvuddiagnoser. Omkring $\frac{1}{4}$ av patienterna var beroende av narkotika, däri inräknat centralstimulerande preparat. De återstående missbrukade i regel sömnmedel och lugnande medel. Missbruk av främst centralstimulerande medel förekom hos omkring $\frac{1}{3}$ av narkotikamissbrukarna. I flertalet fall dominerades ej sjukdomsbilden av läkemedelsmissbruket, utan psykiska och kroppsliga rubbningar av skilda slag utgjorde den väsentliga bakgrunden. Medelåldern i materialet var 36 år, $\frac{1}{3}$ var ogifta, något större antal gifta (37 procent) och nästan $\frac{1}{3}$ (30 procent) var skilda; frekvensen av skilsmässor i ett kontrollmaterial av vuxna individer från samma upptagningsområde är av en helt annan storleksordning — omkring 2 procent. Antalet patienter vid kliniken med läkemedelsmissbruk utgjorde drygt 8 procent av hela patientmaterialet. Omkring $\frac{4}{5}$ av patienterna uppgav, att de hade fått läkemedlen genom läkares förskrivning; återstoden hade skaffat sig läkemedlen på annan väg. Endast ett fåtal uppgav, att de intog läkemedlen tillsammans med andra. Intagning av flera olika preparat var vanligt och förekom i omkring $\frac{3}{4}$ av materialet. Endast någon enstaka patient hade tidigare haft kontakter med rättsvårdande instanser. Denna intensivundersökning har nu utsträckts att omfatta ett flertal år och ett större antal kliniker; en första bearbetning av materialet från två andra kliniker har kunnat bekräfta här redovisade preliminära resultat.

Till de komplikationer som kan inträffa efter intravenöst narkotikamissbruk hör smittsam gulsot. Agell, Lundberg och Svanbom framlade 1964 resultaten av en undersökning av 100 av de sammanlagt 130 narkomaner med infektiös hepatit (smittsam gulsot), som vårdats på epidemisjukhuset i Stockholm under tiden november 1962—november 1964. 75 procent var män och 25 procent kvinnor. Medelåldern var 24 år. Samtliga hade tagit centralstimulerande medel och/eller morfin i injektioner. Hos hälften (48 fall) hade fortsatt missbruk förekommit efter sjukhusvistelsen, därav hos 22 under själva sjukhusvistelsen. Vid efterkontroll av 27 av de fall, som fortsatte sitt missbruk efter sjukhusvistelsen, konstaterades försämrade leverprov hos nära $\frac{2}{3}$ (16 fall). Hos drygt hälften av fallen (53 patienter) måste sjukhusvården avbrytas i förtid, i allmänhet av disciplinära skäl (Nord. Med. 1965, s. 672). Frekvensen har därefter varit i starkt tilltagande samtidigt som medelåldern har varit fallande.

Bellander framlade ett material av 103 fall (91 män och 12 kvinnor) av gulsot bland kriminalvårdsinterner från tiden november 1963 till november 1964. De vanligen missbrukade preparaten var centralstimulerande medel. Vissa morfinersättningspreparat och sömnmedel, i regel intravenöst tillförda, förekom emellertid. Gulsoten uppfattades som en inokulationshepatit (genom injektion överförd gulsot), eftersom preparaten oftast hade tillförts intravenöst och gemensamma utensilier var vanliga; smittan kunde därför spridas. Komplikationer i form av ledsmärtor förekom ofta och hos några patienter uppträdde psykiska störningar, bl. a. paranoia (Nord. Med. 1965, s. 692).

Från infektionskliniken vid Danderyds sjukhus rapporterade Stenbeck för tiden 1963—1964 10 fall av gulsot. De flesta var i åldern 25—30 år och hade missbrukat centralstimulantia och/eller andra narkotika. Även i detta material förelåg i ett par fall betydande disciplinsvårigheter (Nord. Med. 1965, s. 692).

Rylander framlade i november 1965 i ett föredrag resultaten av en undersökning beträffande 84 fall av narkomani, varav 53 fall gällde preludin. I en artikel i Läkartidningen 1966, nr 52, publicerades denna undersökning i utvidgad form omfattande 150 preludinmissbrukare. Med något enstaka undantag hade samtliga injicerat preludinlösning intravenöst. Denna lösning hade erhållits genom utlakning i vatten av krossade tabletter och primitiv filtrering genom bomull. En vanlig dylik injektionsdos innehöll omkring 300 mg preludin. Eftersom injektionerna upprepades 4—5 gånger per dygn kom dygnsmängden att belöpa sig till minst 1 200 mg (den terapeutiska dosen av preludin uppgår till 50 à 75 mg i tabletter som sväljs). Psykotiska symtom var vanliga. Hälften av materialet eller 75 fall hade ingående undersökts av läkare vid rättspsykiatriska kliniken. 67 av dem (89 procent) hade företett psykotiska symtom med förföljelseidéer som den dominerande beståndsdelen. En betydande del av de preludinmissbrukande lagöverträdarna uppgav sig ha börjat missbruket under anstaltsvistelsen.

C. FÖRSÄLJNING OCH BESLAG AV NARKOTIKA

1. Försäljningsstatistik

Beträffande den allmänna utvecklingen av läkemedelskonsumtionen hänvisar kommittén till 1961 års sjukförsäkringsutrednings betänkande SOU 1966:28 om läkemedelsförmånen.

Kommittén har låtit göra en sammanställning av förbrukningen av egentliga narkotika och centralstimulerande medel under åren 1959—1965. De baseras på försäljningen till apoteken och är alltså inte exakta. Vissa fluktuationer kan orsakas av onormal lagerhållning, men detta är numera sällsynt och har föga betydelse i sammanhanget. Tabell 1 visar att förskrivningen av morfin- och ersättningsmedel nästan genomgående minskat starkt under observationsperioden. Morfinförbrukningen har gått ned med 60 % och förbrukningen av flertalet övriga preparat ännu mera. År 1959 förbrukades sammanlagt 18,7 miljoner doser men år 1965 endast 6,1 — dvs. mindre än en tredjedel. Det enda preparat som ökat något under observationstiden är petidin.

Förbrukningen av centralstimulerande medel visar en liknande utveckling under samma tid (se tabell 2). Nedgången är i själva verket ännu starkare. År 1959 förbrukades sålunda sammanlagt 33,2 miljoner doser av centralstimulerande medel, år 1965 endast 5,0 (dvs. en nedgång med 85 %). Nedgången har dock ej varit helt jämn. Delvis torde detta bero på att ett medel ibland ersätts med ett annat. Anmärkningsvärt nog synes nedgången ha avstannat 1964; år 1965 har förskrivningen av amfetamin, metamfetamin samt dexamfetamin åter ökat något. Materialet för år 1966 är ännu inte färdig-sammanställt.

Antalet expedierade recept har också sjunkit oavbrutet (se tabell 3). År 1959 expedierades 762 913 narkotikarecept och år 1966 127 950, dvs. en minskning med 83 %. Starkast var nedgången mellan 1961—62. På senare år har minskningen gått något långsammare och antalet receptexpedieringar får alltjämt betraktas som ganska högt.

Det välkända förhållandet att den illegala narkotikahandeln övervägande

Tabell 1. Förbrukning av några egentliga narkotika i miljoner doser

År	Medel						
	Morfin (10 mg)	Oxikon (10 mg)	Hydrokon (5 mg)	Petidin (50 mg)	Keta- bemidon (5 mg)	Metadon (5 mg)	Dextro- moramid (5 mg)
1959	4,5	2,4	5,3	0,5	1,8	2	2,2
1960	3,5	2,3	6,7	0,4	1,8	2	0,7
1961	3,1	2,4	5	0,5	1,6	1,3	0,5
1962	3	1,5	3,7	0,8	1,2	1,3	0,4
1963	2,1	0,9	1,5	0,5	1,2	0,2	0,3
1964	2	0,8	1,6	0,9	1,1	0,2	0,2
1965	1,8	0,8	1	0,8	1,1	0,4	0,2

Tabell 2. Förbrukning av centralstimulantia i miljoner doser

År	Medel			
	Amfetamin + metam- fetamin (5 mg)	Dexam- fetamin (2,5 mg)	Fenme- tralin (preludin) (25 mg)	Metyl- fenidat (ritalina) (10 mg)
1959	2,8	22	8,4	—
1960	9,5	9,5	7,9	—
1961	4,2	9	3,5	2,2
1962	1,7	5,8	1,4	1,2
1963	2,5	3,1	0,6	0,7
1964	1,6	1,1	0,5	0,6
1965	2,1	1,8	0,5	0,6

Tabell 3. Antal narkotikarecept expedierade till enskild person

(ej sjukhusleveranser)

År	Antal recept	År	Antal recept
1959	762 913	1963	215 492
1960	705 555	1964	179 674
1961	626 000	1965	156 430
1962	359 317	1966	127 950

avser insmugglade medel bekräftas av försäljningsstatistiken. Den i tabell 2 redovisade legitima förbrukningen av det mest missbrukade medlet fenmetralin (preludin etc.) har särskilt under åren 1963—65 varit en bråkdel av vad den illegala marknaden kan beräknas avse med hänsyn till antalet kända missbrukare och till de stora missbruksdoserna.

2. Polisbeslag av narkotika

Samtidigt som läkarna undan för undan nedbringat sin förskrivning av narkotika har missbruket, särskilt av centralstimulerande medel, ökat oavbrutet. Detta möjliggörs genom den betydande illegala handeln, som huvudsakligen gäller från utlandet insmugglade preparat. Omfattningen av denna handel kan inte närmare anges. En viss belysning härav kan dock erhållas genom polisbeslagen. För Stockholm har narkotiska preparat, som tagits i beslag vid rikspolisstyrelsens kriminalsektion, redovisats för tiden 1/1 1965—30/6 1966. Därvid bör man hålla i minnet, att beslagen endast avser en bråkdel av den illegala narkotikan och att olika omständigheter kan påverka polisinslagandena med åtföljande beslag så att de beslagtagna medlen inte utgör ett representativt urval av den illegala narkotikan.

I rikspolisstyrelsens statistik redovisas varje enskilt preparat för sig, medan här en sammanslagning på vissa huvudkategorier gjorts.

Tabell 4. Polisbeslag av narkotiska preparat i Stockholm

Beslag- tagna medel	År 1965				År 1966	
	1:a kv.	2:a kv.	3:e kv.	4:e kv.	1:a kv. ¹	2:a kv.
Cannabis	0	12 gr	185 gr	113 gr	5 431 gr	1 438 gr
Opiater	17 tabl	0	0	30 ml	100 ml	0
Central- stimule- rande medel	14 199 tabl 6 flaskor amfetamin	59 939 tabl 320 ml fenopromin	26 448 tabl	19 004 tabl	10 260 tabl 100 ml 130 för- packn. fe- nopromin	13 080 tabl 9 ml
Övrigt	—	346 tabl	322 tabl	—	—	616 tabl

¹ I april 1966 beslagtogs i Norge i samverkan med svenska polisen 181 500 centralstimulerande tabletter avsedda för den illegala marknaden i Stockholm.

Förändringarna i förekomsten av beslag kan bero på tillfälligheter men sammanhänger också med intensifiering av efterspaningen, påträffandet av enstaka större innehav etc. Den branta nedgången av preludinbeslagen och ökningen av ritalinabeslagen beror förmodligen på den förändring av förbrukningen, som kunde förmärkas mot slutet av 1965 och början av 1966; det blev allt svårare att få tag på illegalt preludin, och ritalina tillgreps som ett slags ersättningspreparat. Den legala åtkomsten av preludin upphörde i mitten av december 1965 i och med att preludin drogs in från den svenska marknaden. Detta tycks, som väntat, inte ha satt något märkbart spår i beslagsstatistiken.

Centralstimulantia avser här huvudsakligen preludin och ritalina. Därutöver förekommer amfetaminpreparat såsom centramina och simpatina.

Bland opiatier förekommer metadon, spasmofen, synkonin och tetrapon.

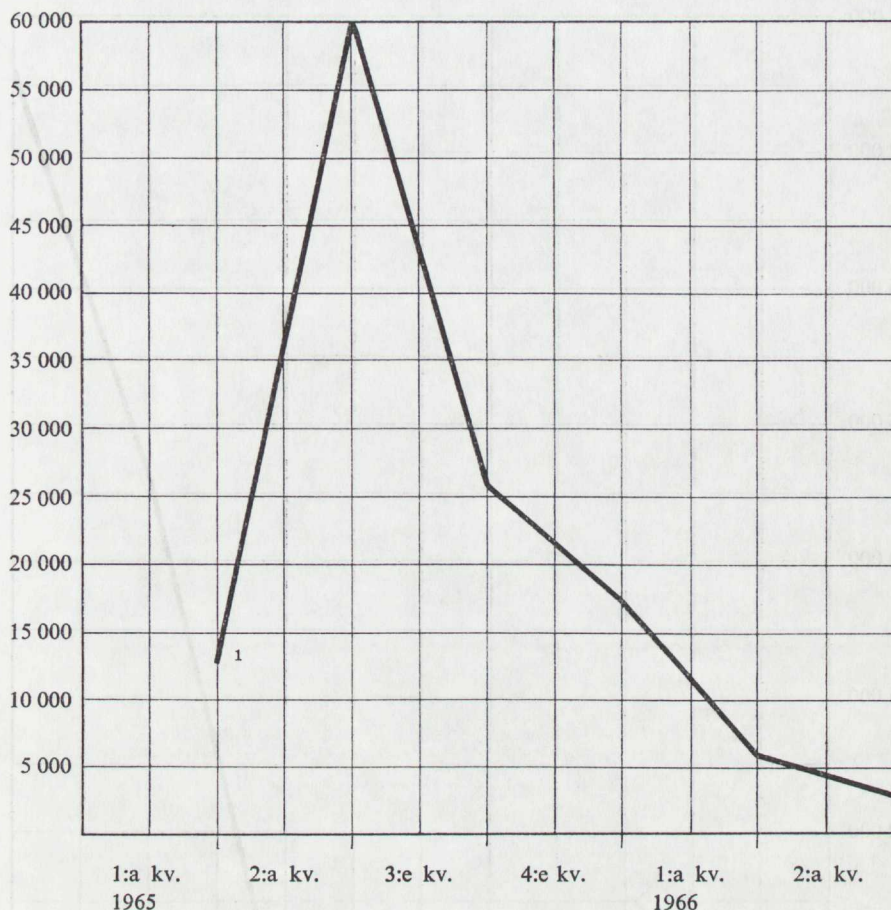
Övriga medel utgöres i något fall av nembutal; i beslagen förekommer bl. a. även huvudvärkstabletter. Av 5 431 gram cannabis beslagtagna under första kvartalet 1966 gjordes ett beslag om 3 000 gram hos en enda individ.

Beslagen har gjorts med anledning av olika narkotikabrott, såsom smuggling, försäljning, olaga innehav m. m. Antalet individer per kvartal är följande:

Tabell 5. Uppgifter om personer hos vilka beslag företagits

Tidpunkt	Antal ind.	Genomsnitts- ålder år	Ålders- variation
1965 1:a kv	35	29	48—18
2:a kv	44	31	49—18
3:e kv	59	27	44—16
4:e kv	50	30	49—16
1966 1:a kv	34	31	56—20
2:a kv	33	27	41—17

Diagram 1. Beslagtagna preludintabletter under 1965 samt första halvåret 1966



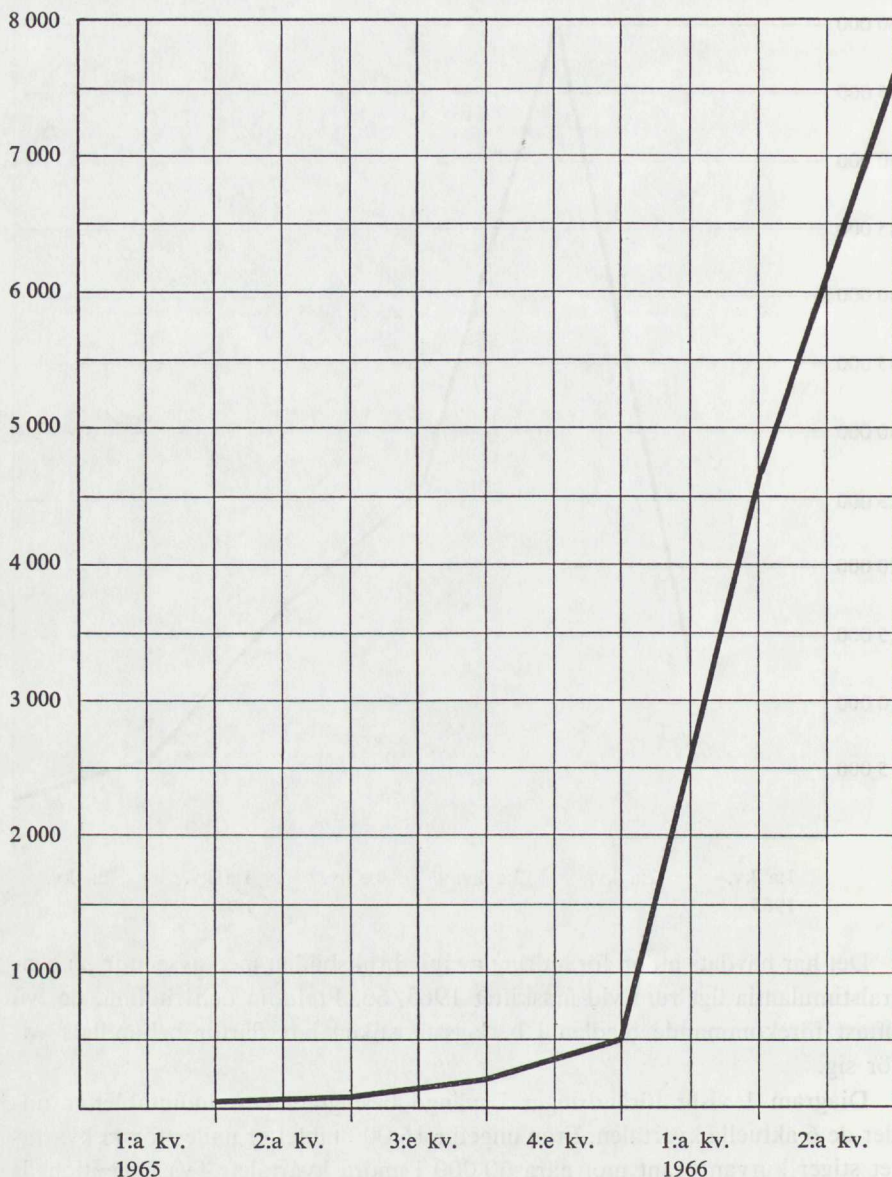
Det har hävdats att en förändring av missbruksbilden med avseende på centralstimulantia ägt rum vid årsskiftet 1965/66. Preludin och ritalina, de två oftast förekommande medlen i beslagsstatistiken har därför behandlats var för sig.

Diagram 1 visar förändringar i mängd beslagtagna preludintabletter under de 6 aktuella kvartalen. Från ungefär 16 000 tabletter under första kvartalet stiger kurvan brant mot nära 60 000 i andra kvartalet. Två exceptionellt stora beslag under detta kvartal ger den branta stigningen: vid ett tillfälle 31 106 tabletter, vid ett annat 12 540. Liknande stora enstaka beslag förekommer ej i det övriga materialet. De två sista kvartalen visar en markant minskning.

Beslag av ritalina visas i diagram 2. Begynnelsehalten är låga jämfört med talen för preludin. Första kvartalet 1965 är antalet ritalina 56, nästa kvartal

¹ Att markeringen börjar först i och med den 31 mars 1965 beror på att beslagssiffrorna för varje kvartal avser läget vid kvartalets slut sedan beslagen summerats.

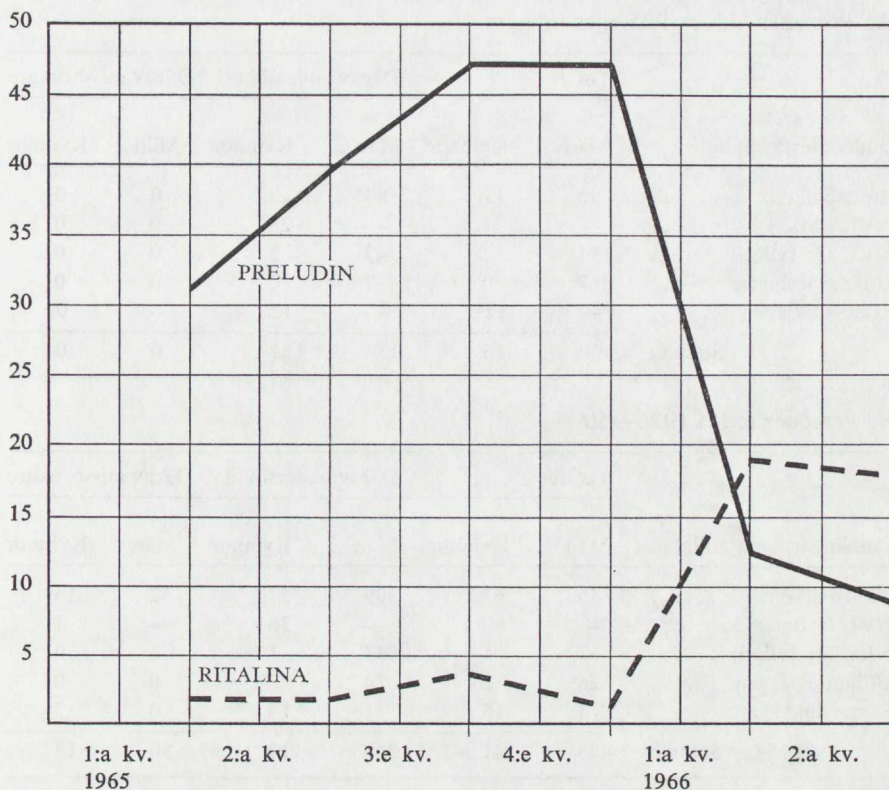
Diagram 2. Beslagtagna ritalinatabletter under 1965 samt första halvåret 1966



102. Under de två första kvartalen 1966 sker en kraftig stigning till 4 300 resp. 7 600. Vid samma tid är siffrorna för preludin 5 900 resp. 3 000.

Andra centralstimulantia håller sig hela tiden vid små tal — maximalt omkring 100 tabletter. Dock med ett undantag: under andra kvartalet 1966 beslagtogs 2 404 tabletter centramina. Om detta beslag, som står för endast en individ, skall ses som ett resultat av slumpen eller som ett utslag av en allmän

Diagram 3. Antal fall av beslag av preludin och ritalina under 1965 samt första halvåret 1966



tendens att skifta från preludin till andra centralstimulerande medel är svårt att avgöra.

Så långt har de eventuella förändringarna mätts med hjälp av mängden beslagtagna medel. Ett annat möjligt tillvägagångssätt är att jämföra antalet beslagstillfällen. En jämförelse mellan preludin och ritalina med denna urvals-enhet visar samma tendens. Detta framgår av diagram 3.

D. POLIS- OCH KRIMINALVÅRDSKLIENTEL

1. Undersökning av arrester i Stockholm

Som redan påpekats (s. 28 och 40) kan intravenöst läkemedelsmissbruk konstateras genom inspektion av stickmärken. För att få en uppfattning om det intravenösa medicinmissbrukets omfattning bland stockholmspolisens klientel inledde socialläkaren N. Bejerot i april 1965 en fortlöpande inspektion av armvecks- och underarmsvenerna av samtliga personer som infördes till de centrala arrestavdelningarna.

En preliminär rapport publicerades i Läkartidningen 1965, nr 27. På kommitténs begäran har Bejerot nu lämnat en ny rapport, som avser tiden t. o. m. den 30 juni 1966.

Tabell 6. Intravenöst läkemedelsmissbruk bland personer införda till stockholmspolisens centrala arrestavdelningar april 1965

A. Personer födda 1925 eller tidigare

Omhändertagna enligt	Totalt		Därav undersökta		Därav missbrukare	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Brottsbalken	92	11	84	9	0	0
NVL (fylleri) ¹	—	41	—	28	0	0
NVL (ej fylleri)	51	2	43	2	0	0
Utlänningslagen	7	0	7	0	0	0
Sinnessjuklagen ¹	—	12	—	12	—	0
Summa	150	66	134	51	0	0

B. Personer födda 1926—50

Omhändertagna enligt	Totalt		Därav undersökta		Därav missbrukare	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Brottsbalken	359	63	309	57	52	15
NVL (fylleri) ¹	—	60	—	36	—	1
NVL (ej fylleri)	37	1	34	1	4	0
Utlänningslagen	26	2	24	2	0	0
Sinnessjuklagen ¹	1	15	1	14	0	2
Summa	423	141	368	110	56	18

¹ Manliga fyllerister och misstänkt psykiskt sjuka förs till distriktsstationerna och ingår därför inte i undersökningen.

Den första undersökningsmånadens primärmaterial omfattade 782 personer, eller samtliga av stockholmspolisens omhändertagna kvinnor och samtliga män utom fyllerister och misstänkt psykiskt sjuka, vilka förs till distriktsstationerna och således inte ingår i undersökningen. Två personer vägrade att medverka, båda äldre alkoholister, som inte var nyktra vid undersöknings-tillfället. 117 personer infördes och lämnade åter arrestavdelningarna mellan de fyra dagliga undersökningsronderna och blev därför inte undersökta. Huvudparten av dessa fall infördes och släpptes åter nattetid. Betydelsen av detta bortfall (15,2 procent av klientelet) är dock väsentligt mindre än dess storlek skulle kunna förmodas innebära. Bland 185 personer (134 män och 51 kvinnor) födda 1925 eller tidigare, vilka undersöktes (tabell 6), kunde inte konstateras något fall av intravenöst medicinmissbruk, varför motsvarande bortfall — 31 personer, huvudsakligen äldre kvinnliga fyllerister — representerar en grupp med mycket låg riskexposition vad beträffar intravenöst medicinmissbruk.

Av de 478 undersökta personerna födda 1926—50 var 74 (56 män och 18 kvinnor) intravenösa missbrukare. Fem personer med enstaka stickmärken

Tabell 7. Manliga intravenösa medicinmissbrukare diagnostiserade under perioden 1 april 1965—30 juni 1966

Ålder i år	Nydiagnostiserade						Återintagna						Nydiagnostiserade och återintagna 1965—66 TOTALT
	1965			1966			1965			1966			
	1965		utl mb	1966		utl mb	1965		utl mb	1966		utl mb	
	sv mb	sv mb		sv mb	sv mb		sv mb	sv mb					
15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
16	5	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	6	
17	3	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	10	
18	4	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	17	
19	20	1	—	1	—	3	—	—	—	7	—	42	
20	28	—	—	—	—	13	—	—	—	7	—	60	
21	34	—	—	—	—	12	—	—	—	15	—	70	
22	25	—	—	—	—	14	2	—	—	13	—	65	
23	36	—	—	—	—	14	—	—	—	15	—	72	
24	32	2	—	—	—	12	—	—	—	15	—	76	
25	26	3	—	—	—	10	—	—	—	15	—	71	
26	23	2	—	—	—	16	1	—	—	21	—	75	
27	16	—	—	1	—	5	—	—	—	13	—	49	
28	23	1	—	—	—	10	—	—	—	8	—	46	
29	19	1	—	—	—	5	—	—	1	13	—	49	
30	16	1	—	—	—	4	2	—	—	9	—	38	
31	13	—	—	—	—	5	—	—	—	19	—	48	
32	13	1	—	—	—	3	—	—	—	3	—	21	
33	9	—	—	—	—	3	—	—	1	3	—	21	
34	14	—	—	—	—	3	—	—	—	4	—	29	
35	12	1	—	—	—	2	—	—	—	8	—	30	
36	11	—	—	—	—	6	—	—	—	10	—	35	
37	4	—	—	—	—	2	—	—	—	5	—	17	
38	6	—	—	—	—	1	—	—	—	3	—	13	
39	8	—	—	—	—	2	—	—	—	3	—	16	
40	5	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	13	
41	*	*	—	—	—	*	*	—	—	3	—	6	
Summa	406	16	194	4	620	146	5	221	3	375	995		

* 41-åringar ej undersökta 1965. De nydiagnostiserade fallen är olika individer. Bland återintagna kan en och samma person förekomma flera gånger.

uppgav sig ha genomgått provtagningar vid olika institutioner. Detta noterades och kontrollerades. Uppgifterna visade sig i samtliga fall vara korrekta och ingen av dessa fem var således intravenös missbrukare. Sammanfattningsvis noterades följande:

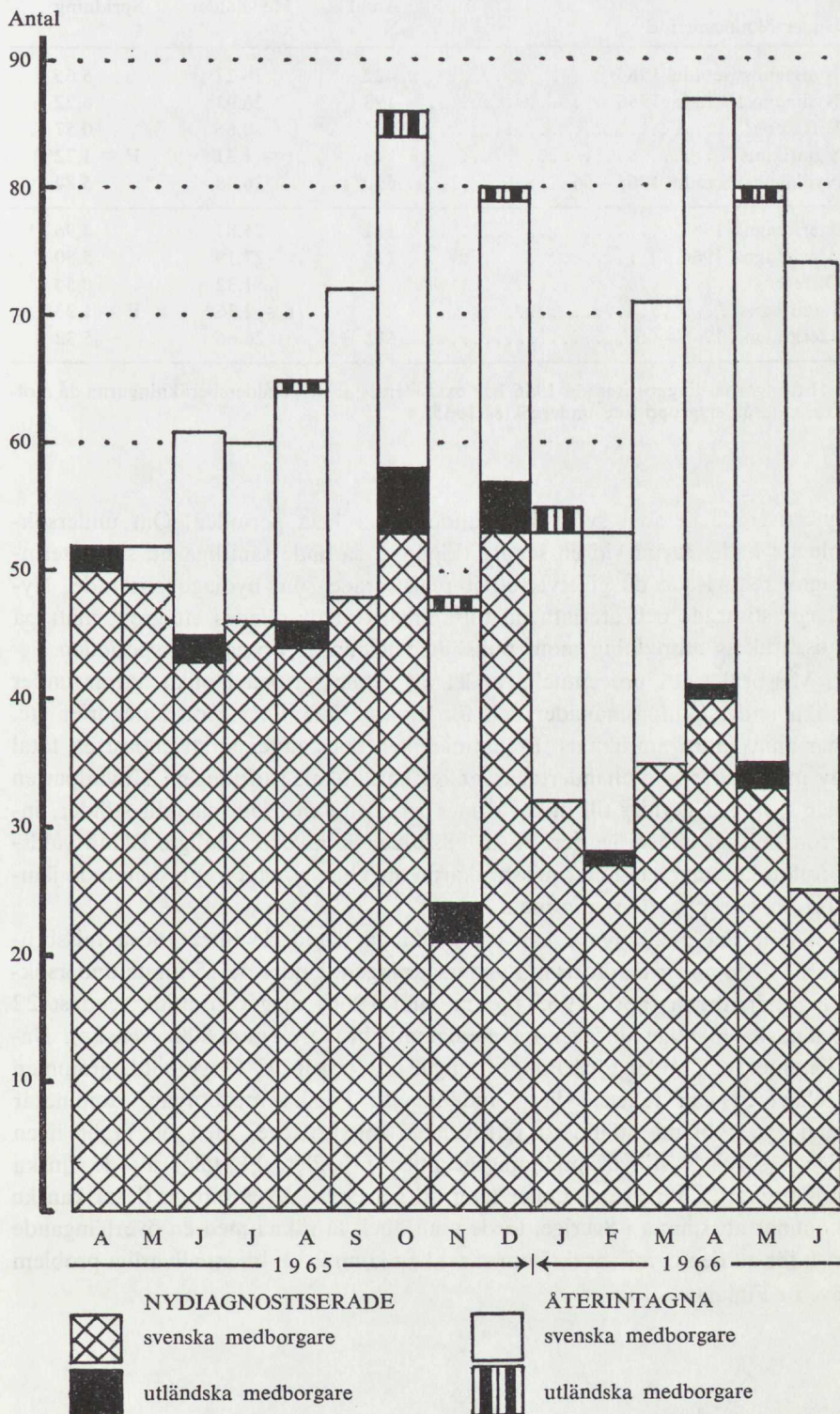
1. Missbruket återfanns huvudsakligen hos de enligt brottsbalken omhändertagna. Bland yngre (svenska) kriminella i Stockholm är det intravenösa läkemedelsmissbruket synnerligen utbrett. Av 253 svenska män födda 1926—50 och omhändertagna enligt brottsbalken (i vissa fall barnavårdslagen) var 52 (20 %) missbrukare; bland kvinnor födda 1926—50 och omhändertagna enligt brottsbalken (i vissa fall barnavårdslagen) var av 54 undersökta 15 (28 %) missbrukare. Missbruksfrekvensen var särskilt hög inom tioårsgruppen född 1936—45, där 36 procent av de (svenska) kriminella männen (39 av 108 undersökta) och 50 procent av kvinnorna (10 av 20 undersökta) visade sig vara intravenösa missbrukare.

2. Missbruket är starkt bundet till nationaliteten. Samtliga 18 kvinnliga missbrukare och 54 av de 56 manliga var svenska medborgare. Bland 55 utländska män födda 1926—50 och omhändertagna enligt brottsbalken var således endast två missbrukare: den ene av dessa en 24-årig finsk medborgare, som bott i Sverige i 20 års tid, den andre en tysk, som vistats här något år. Ingen av de 24 män och 6 kvinnor födda 1926—50, som omhändertagits enligt utlänningslagen, var intravenös missbrukare.

Resultatet av den inledande studien var så alarmerande att den fortsattes. Med hjälp av sjuksköterskorna vid arrestavdelningen hade hösten 1966 ca 10 000 gripna undersökts och ca 1 000 intravenösa medicinmissbrukare (kvinnor inkluderade) diagnostiserats. 1 februari 1967 hade sammanlagt ca 1 200 intravenösa missbrukare påträffats. I tabell 7 lämnas en översikt över t. o. m. den 30 juni 1966 påträffade fall av intravenöst missbruk. I bilaga 5 har samtliga inspekterade fall månad för månad från april 1965 till juni 1966 återgivits i en serie symboldiagram. Som framgår av dessa har epidemin inte dämpats under den tid undersökningen pågått. Den visar tvärtom en tendens att sprida sig både uppåt och nedåt i åldersklasserna. Ett statistiskt mått härpå erhålles genom att undersöka spridningen av åldersfördelningen bland de intravenösa narkotikamissbrukarna (nydiagnostiserade resp. återintagna) 1965 och 1966. Som framgår av tabell 8 är medelåldern något högre 1966 än 1965. Spridningen är däremot för båda grupperna signifikativt högre 1966. Det framgår också av diagrammen i bilaga 5, att missbruket i april 1966 är betydligt jämnare fördelat i de olika åldersklasserna än ett år tidigare.

Att det förekommer en total ökning av missbrukargruppens antal framgår tydligare av fig. 1 som visar det totala antalet manliga intravenösa missbrukare, nydiagnostiserade och återintagna, vid häktet i Stockholm från april 1965 t. o. m. juni 1966. Både april, maj och juni 1966 var frekvensen högre än motsvarande månader 1965. Totalantalet omhändertaganden har inte varierat nämnvärt. En betydande del av klientelet omhändertogs vid flera tillfällen, varför gruppen återintagna ökar successivt, men även antalet nydia-

Fig. 1. Manliga intravenösa medicinmissbrukare per månad under april 1965—juni 1966, nydiagnostiserade och återintagna, svenska och utländska medborgare (samma person kan förekomma flera gånger såsom återintagen, dock endast undantagsvis under samma kalendermånad)



Tabell 8. Medelålder och medelålderns spridning bland manliga intravenösa medicinmissbrukare diagnostiserade under perioden 1 april—31 december 1965 resp. 1 januari—30 juni 1966

Undersökningsperiod	Antal N	Medelålder $\bar{x}$	Spridning s
Nydiagnostiserade 1965	422	26,27	5,65
Nydiagnostiserade 1966	198	26,93 ¹	6,22
Differens		0,66	0,57
Signifikans		t = 1,31	F = 1,22**
Nydiagnostiserade 1965—66	620	26,48	5,84
Återintagna 1965	151	25,87	4,96
Återintagna 1966	221	27,19 ¹	5,50
Differens		1,32	0,54
Signifikans		t = 2,36*	F = 1,23*
Återintagna 1965—66	372	26,66	5,32

¹ 41-åringarna diagnostiserade 1966 har exkluderats ur medelåldersberäkningarna då motsvarande åldersgrupp inte undersöktes 1965.

gnostiserade är som synes betydande under hela perioden. Om undersökningen hade startat vid en senare tidpunkt, så hade samtliga nu som återintagna redovisade då givetvis blivit registrerade som nydiagnostiserade. Nydiagnostiserade och återintagna tillsammans utgör således ett grovt mått på missbrukets utbredning inom polisklientelet under observationsperioden.

Missbrukarnas procentuella andel av antalet gripna i olika åldrar under olika undersökningsmånader och fördelning efter olika brottskategorier etc. har ännu inte framräknats. Preliminärt kan dock noteras, att endast ett fåtal av missbrukarna omhändertagits enligt narkotikalagstiftningen. Huvudparten har gjort sig skyldig till olika former av egendomsbrott, särskilt stölder, inbrott och checkbedrägerier. Även bilstölder är mycket vanliga. Bland våldsbrotten kommer sannolikt missbrukarna att visa sig underrepresenterade jämfört med gruppen övriga gripna.

Utländska medborgare har varit fåtaliga bland de intravenösa missbrukarna även under den fortsatta undersökningen. Under de 15 första undersökningsmånaderna (april 1965 t. o. m. juni 1966) diagnostiserades endast 22 utländska manliga intravenösa medicinmissbrukare (mot 600 svenska). Nationalitet och åldersfördelning framgår av tabell 9. I symboldiagrammen (bilaga 5) kan fallen avläsas individuellt. Finska medborgare dominerar som synes bland utländska intravenösa missbrukare, men de utgör även den i särklass största utlänningsgruppen i landet. Flertalet av de finska missbrukarna har vistats under lång tid i Sverige. Även om de flesta kanske kommer att stanna i Sverige, torde man dock få räkna med en överhängande risk för att denna missbruksform snart kan komma att bli ett allvarligt problem även i Finland.

Tabell 9. Utländska manliga intravenösa medicinmissbrukare — nydiagnostiserade (N) och återintagna (Å) — under perioden 1 april 1965—30 juni 1966

Födelseår	Finsk mb		Tysk mb		Norsk mb		Dansk mb		Statslös		Samtliga utländska mb		Totala antalet omhändertaganden
	N	Å	N	Å	N	Å	N	Å	N	Å	N	Å	
1950													
1949													
1948													
1947							1				1		1
1946	1										1		1
1945													
1944													
1943													
1942	1		3	2							4	2	6
1941	6	1									6	1	7
1940	1										1		1
1939	2	1			1						3	1	4
1938													
1937	2	1									2	1	3
1936	1										1		1
1935	1	2									1	2	3
1934													
1933									1		1		1
1932									1		1		1
1931													
1930	1										1		1
1929													
1928													
1927													
1926													
1925													
Nya fall	16		3		1		1		1		22		30
Åter in		5		2	—		—		1		8		
Summa		21		5		1		1		2	30		

2. Enkät till landets polisdistrikt

a. Undersökningens uppläggning

Narkomanvårdskommittén har låtit trycka och distribuera särskilda blanketter (bilaga 2) till landets alla polisdistrikt för kartläggning av påträffade fall av läkemedelsmissbruk eller olagligt förfarande med läkemedel. En blankett har ifyllts för varje fall under tiden 1—30 juni 1966.

På blanketten efterfrågas, förutom missbruksdata, vissa bakgrundsdata, såsom ålder, kön, civilstånd, yrke och hemort, samt vissa data om missbrukarens övriga sociala situation, såsom arbetsförhållanden.

Fullständiga uppgifter har inkommit från 109 av 119 distrikt. Bortfallet (8 %) torde ej snedvrida resultatet — i samtliga de fall, där svar inkommit efter ytterligare förfrågan, har det visat sig att svar tidigare uteblivit på grund av att inga missbrukare påträffats.

Distrikten synes i allmänhet ha nedlagt ett ambitiöst arbete vid denna kartläggning. Tillförlitligheten vid själva uppgiftslämnandet kan dock variera. Exakta kriterier på missbruk har sålunda ej angivits till uppgiftslämnarna.

På den utsända blanketten har vederbörande polisman angivit om uppgifterna kan betraktas som osäkra eller tillförlitliga. I den följande redovisningen har ingen uppsplättning gjorts på material som betraktas som tillförlitligt och material som betraktas som osäkert. Ett antal preliminära kontroller pekar på att markeringen »osäker» är jämnt spridd över variablerna.

I det följande redovisas vissa bearbetningar av de 510 ifyllda blanketter som inkommit till narkomanvårdskommittén.

b. Nationalitet och könsfördelning

Av de 510 personerna i materialet var 496 svenskar, medan övriga kom från Finland (10), Tyskland (2), Norge (1) och Holland (1). Utlänningarna utgjorde följaktligen icke fullt tre procent av fallen.

Männen dominerar i materialet med 72 procent (366 st.) mot kvinnornas 28 procent (144 st.). Det är dock möjligt att antalet läkemedelsmissbrukande kvinnor utgör en större andel av samtliga hörda kvinnor än motsvarande andel bland männen, vilket är fallet i Bejerots undersökning. Motsvarande beräkningar har ej kunnat utföras i detta material.

c. Geografisk fördelning och åldersfördelning

I tabell 10 redovisas materialet fördelat på län och ålder. Antalet missbrukare inom varje län har ej satts i relation till baspopulationen inom länet.

Ej oväntat svarar Stockholms stad för den största andelen misstänkta eller kända läkemedelsmissbrukare — ungefär hälften av samtliga. Om Stockholms stad och Stockholms län betraktas som ett distrikt blir procenten 56,9.

Relativt höga siffror har också Jönköpings län (6,7 %), Göteborg och Bohus län (6,1 %). Beträffande Jönköpings län kan noteras att mer än en tredjedel av fallen (12 st.) utgörs av thinnersniffande ungdomar från Jönköpings stad, sannolikt en sammanhållen grupp.

Ålderskategorin 20—24 år uppvisar det största antalet läkemedelsmissbrukare (26,3 %). Den närmast mest frekventa gruppen är den med personer som är 40 år och däröver (19,8 %). Härvid är dock att märka att populatio-

Tabell 10. Missbrukare fördelade på ålder och län

Län	Ålder							Summa	Län i %
	—14	15—19	20—24	25—29	30—34	35—39	40—		
Stockholms stad	2	31	81	60	23	18	38	253	49,6
Stockholms län	—	5	9	4	4	5	10	37	7,3
Uppsala	—	3	10	6	—	1	3	23	4,5
Södermanlands	—	2	4	—	—	1	—	7	1,4
Östergötlands	—	3	2	3	1	3	4	16	3,1
Jönköpings	—	15	3	2	1	5	8	34	6,7
Kronobergs	—	—	—	—	—	—	1	1	0,2
Kalmar	—	—	—	—	—	1	—	1	0,2
Gotlands	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Blekinge	—	—	1	—	1	—	—	2	0,4
Kristianstads	—	—	3	1	1	—	1	6	1,2
Malmöhus	—	5	3	5	1	1	4	19	3,7
Hallands	—	1	3	2	1	1	4	12	2,4
Göteborgs och Bohus . .	6	14	1	—	3	2	5	31	6,1
Älvsborgs	—	1	2	2	3	3	5	16	3,1
Skaraborgs	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Värmlands	—	1	—	—	—	1	2	4	0,8
Örebro	—	—	1	—	—	1	5	7	1,4
Västmanlands	—	2	—	—	1	3	2	8	1,6
Kopparbergs	—	—	4	1	2	1	5	13	2,5
Gävleborgs	—	1	—	—	2	1	1	5	1,0
Västernorrlands	—	3	7	—	—	—	—	10	2,0
Jämtlands	—	—	—	—	—	—	1	1	0,2
Västerbottens	—	—	—	—	1	—	—	1	0,2
Norrbottens	—	—	—	—	—	1	2	3	0,6
Summa	8	87	134	86	45	49	101	510	100,2
Åldersgrupper i % ..	1,6	17,1	26,3	16,9	8,8	9,6	19,8	100,1	

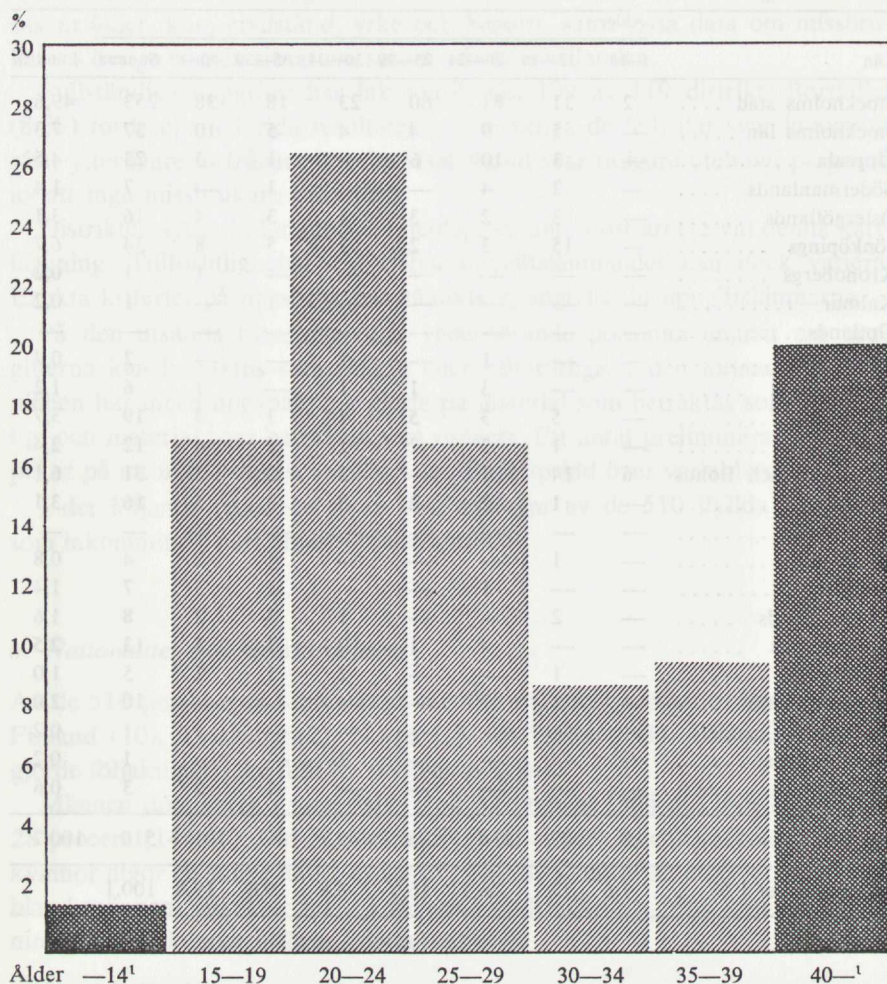
nen 40 år och däröver omfattar ett stort antal 5-årsgrupper och alltså inte kan jämföras med de övriga 5-årsgrupperna. Kategorierna närmast kring 20—24 år uppvisar också relativt höga siffror, medan åldrarna under 15 år och över 30 år är klart underrepresenterade.

Missbruksmönstret vad gäller medel skiftar i de olika ålderskategorierna. I den lägsta av ålderskategorierna, 15—19 år, är lösningsmedel dominerande: 39,1 % i denna åldersgrupp är noterade för exklusivt bruk av lösningsmedel, därefter följer centralstimulantia med 25,3 %.

20—24-åringarna missbrukar främst centralstimulantia (46,3 %) och det samma gäller 25—29-åringarna (50 %).

I gruppen 40 år och däröver dominerar missbruk av sömnmedel och ro-givande medel. Tillsammans svarar dessa medel för 41,6 % av missbruket inom denna kategori. Först på tredje plats kommer centralstimulantia med 20,8 %. Ytterligare redovisning av missbruksmönster i olika åldrar följer i avsnitt g.

Diagram 3. Missbrukarnas fördelning på olika ålderskategorier i procent



Medianåldern² för hela materialet ligger mellan 26 och 27 år. För Stockholms stad är den ungefär 26 år liksom för Stockholms stad och Stockholms län sammanslagna.

Då talen för de övriga länen är små är det knappast meningsfullt att jämföra deras medianvärden med Stockholms eller totalmaterialets. Anmärkningsvärt är dock att Göteborgs och Bohus län har 68 % av fallen i de lägsta ålderskategorierna, mot 13 % i Stockholms stad. Mer ingående undersökningar får utvisa om denna tendens i siffrorna svarar mot ett permanent sakläge.

En genomgång av tidningsklipp ur dagspressen, vilka handlar om narkotika, har företagits i syfte att ringa in städer, varifrån under senare år förekommit

¹ Den särskilda markeringen beror på att ifrågavarande båda kategorier omfattar mer än fem årgångar och därför ej är jämförbara med övriga kategorier.

² Medianåldern delar populationen i två lika stora delar, så att 50 % av fallen utgörs av individer i åldrar lägre än medianåldern och 50 % av individer i åldrar högre än medianåldern.

uppgifter om missbruk. Klippen daterar sig från 1964 års början till december 1966 och utgör merparten av den svenska dagspressens narkotikaartiklar. I det följande redovisas uppgifter från polisenkäten om vissa städer, som förekommit i pressklippen eller uppvisat relativt höga missbruksfrekvenser.

Uppsala 24 personer, varav 20 män. De flesta mellan 20 och 30 år. 3 marihuanarökare. Mer än hälften har använt centralstimulerande medel. Många injicerar.

Borås 10 personer, varav 9 män. De flesta 30—40 år. Inga centralstimulerande medel, men 2 personer injicerar.

Sundsvall 9 personer, varav 3 män. 19—20 år. Alla inhalerat lösningsmedel.

Göteborg 16 personer, varav 14 män. 14—50 år. Centralstimulerande, sömnmedel och lösningsmedel. De yngre svarar för inhalation av lösningsmedel.

Halmstad 12 personer, 12 män. 3 opiatmissbrukare, 2 missbrukare av centralstimulantia. Alla dessa fem injicerar. 14—63 år. Opiatmissbrukarna 35, 55 och 63 år.

Hälsingborg 6 personer, varav 4 män. 17—40 år. 1 cannabisbrukare, möjligen samtidig opiatmissbrukare. 3 missbrukare av centralstimulantia injicerar.

Lund 4 personer, alla män. Alla inhalerat marihuana. 1 tillfälligt använt centralstimulantia. Ingen injektion. 15—25 år.

Malmö 5 personer, varav 3 män. 26—55 år. 3 injicerar centralstimulantia.

Ängelholm 5 personer, varav 3 män. 21—41 år. 4 injicerar centralstimulantia. 1 inhalerar marihuana.

Jönköping 12 män. Alla 16—18 år. Alla inhalerat lösningsmedel.

Eksjö 19 personer, 16 män. 18—58 år. 1 18-årig marihuanarökare. Ingen missbrukar centralstimulantia eller opiater. Ingen injicerar.

Linköping 8 personer, varav 7 män. 1 opiatmissbrukare. Inga centralstimulantia. Ingen injicerar. 15—45 år.

Norrköping 5 personer, varav 4 män. Centralstimulantia förekommer ej. Ingen injicerar. 16—50 år.

Eskilstuna 5 män. 3 lösningsmedel 18—21 år. Inga centralstimulantia. Injektion förekommer ej.

d. Civilstånd

Två tredjedelar av missbrukarpopulationen består av ogifta personer. Antalet frånskilda är ungefär lika stort som antalet gifta:

Civilståndsuppgift saknas . .	9,6 % (49)
Ogift	66,1 % (337)
Gift	11,6 % (59)
Frånskild	11,4 % (58)
Änka/änkling	1,4 % (7)

Summa 100,1 % (510)

Tabell 11. Civilståndsfördelning inom respektive ålderskategorier

MD = Missbrukarpopulationen
TP = Totalpopulationen

Ålder	—14		15—19		20—24		25—29		30—34		35—39	
Population	MP % (n = 8)	TP %	MP % (n = 87)	TP %	MP % (n = 134)	TP %	MP % (n = 86)	TP %	MP % (n = 45)	TP %	MP % (n = 49)	TP %
Kön		M		M		M		M		M		M
Ej uppgift ..	100	100	4,6	99,6	8,2	79,2	5,8	36,6	15,6	20,2	16,3	16,5
Ogift			95,4	0,4	83,6	20,6	74,4	61,9	46,7	77,1	49,0	79,9
Gift				0,0	4,4	4,5	8,1	1,4	15,6	2,5	20,4	86,2
Franskild ..				0,0	0,0	0,2	11,6	0,1	22,2	0,2	10,2	3,3
Änka/ling ..				0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3	0,2	4,1	0,3
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	99,9	100,0	100,1	100,0	100,0	100,0

I totalpopulationen den 31 december 1965 utgjorde de ogifta 43,6 % och de gifta 35,0 %. Totalpopulationen innehåller dock ett stort antal yngre och äldre som ej är representerade i missbrukarmaterialet. För en bättre jämförelse av civilståndsfördelningen har därför fördelningen efter civilstånd angivits för varje åldersgrupp i tabell 11. För den högsta åldersgruppen har dock ingen jämförelse gjorts då åldersspridningen inom denna grupp är en annan i missbrukarpopulationen än i totalpopulationen. Denna åldersgrupp, 40 år och däröver, har följande civilståndsfördelning inom missbrukarpopulationen:

Civilståndsuppgift saknas..	13,9 % (14)
Ogift	24,8 % (25)
Gift	28,7 % (29)
Frånskild	27,7 % (28)
Änka/änkling	4,9 % (5)
Summa	100,0 % (101)

Totalpopulationen är också uppdelad efter kön. En differentiering på kön i missbrukarpopulationen ger alltför små bastal för procentberäkningar. En sammanslagning av totalpopulationens köns kategorier kan också bli missvisande, då andelen kvinnor i missbrukarpopulationen genomgående är lägre än i totalpopulationen. Det väsentliga är emellertid att vilken jämförelsekategori man än väljer, är andelen gifta betydligt lägre i missbrukarpopulationen än i totalpopulationen, medan förhållandet är det omvända vad gäller ogifta och frånskilda.

e. Den sociala situationen

Missbrukarnas sociala situation belyses genom uppgifter om arbetssituationen och ingripanden från vårdorgan eller myndigheter. Arbetssituationen framgår av tabell 12.

Tabell 12. Sysselsättningsförhållanden fördelade på kön

Arbetssituation	Män		Kvinnor		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Uppgift saknas	78	21,3	52	36,1	130	25,5
Arbete på öppna marknaden	85	23,2	13	9,0	98	19,2
Skyddat arbete	13	3,6	1	0,7	14	2,7
Under utbildning	33	9,0	13	9,0	46	9,0
Arbetslös	101	27,6	40	27,8	141	27,6
Sjukskriven	49	13,4	25	17,4	74	14,5
Pensionerad	5	1,4	0	—	5	1,0
Kombinationer	2	0,5	0	—	2	0,4
Summa	366	100,0	144	100,0	510	99,9

Tabell 13. Samhällsengripanden mot missbrukare

Samhällsåtgärd	Män		Kvinnor		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Uppgift saknas	131	35,8	66	45,8	197	38,6
Barnavårdsnämnd	32	8,7	19	13,2	51	10,0
Nykterhetsvård	34	9,3	4	2,8	38	7,5
Socialvård	9	2,5	7	4,9	16	3,1
Kriminalvård	87	23,8	11	7,6	98	19,2
Mentalvård	29	7,9	11	7,6	40	7,8
Kroppssjukvård	10	2,7	11	7,6	21	4,1
Kombinationer	34	9,3	15	10,5	49	9,7
Summa	366	100,0	144	100,0	510	100,0

Tabell 14. Ålder och olagligt förfarande i absoluta tal

Olagligt förfarande	—14	15—17	18—20	21—	Summa
Olaga innehav	—	5	5	72	82
Olaga överlåtelse	—	3	3	20	26
Varusmuggling	—	1	4	4	9
Receptförfalskning	—	—	—	2	2
Brott mot giftförordningen	—	—	—	1	1
Tillgreppsbrott m. m.	—	—	—	7	7
Inget olagligt förfarande	8	32	58	285	383
Summa	8	41	70	391	510

Skillnaden mellan kvinnor och män beträffande »Uppgift saknas» samt »Arbete på öppna marknaden» kan förmodas bero på två för dessa kvinnor ofta angivna sysselsättningar: hemmafru, respektive prostituerad. En förhållandevis liten del av både den manliga och den kvinnliga populationen har arbete på öppna marknaden. Även om man antar att en stor del av dem som förts under »Uppgift saknas» har arbete så kvarstår detta förhållande. Sjukskrivning och arbetslöshet är däremot enligt denna enkät vanligt bland missbrukare. Antingen arbetslösa eller sjukskrivna är hela 42,1 % (41,0 % män, 45,2 % kvinnor).

På frågan om vederbörande missbrukare vid tidpunkten för senast kända missbruk eller olagliga förfarande med läkemedel var föremål för någon form av åtgärd från samhällets sida fördelade sig svaren som framgår av tabell 13.

Över 60 % var tydligen föremål för ingripanden av något slag, främst barnavård eller kriminalvård — 29 % — samt sjukvård — 12 %. Skillnaden mellan könen är främst att männen oftare än kvinnorna redan tidigare varit föremål för kriminalvård eller nykterhetsvård.

f. Olagligt förfarande

Redovisningen av olagligt förfarande med läkemedel (tabell 14) vilar på osäkra uppgifter. Det kan vara svårt för polisen att efter endast preliminär undersökning uttala sig om eventuellt olagligt förfarande. Vissa lagstridiga beteenden, t. ex. ocker, torde endast med svårighet kunna klassificeras före domstols bedömning av fallet.

Kategorin »olaga innehav» är endast tillämplig i samband med bruk av vissa typer av medel: cannabis, opiater och centralstimulantia samt vissa medel hänfödda till »andra medel». Olaga innehav förekommer i 16 % av fallen.

Med undantag av fallen av »olaga innehav» förekommer olagligt förfarande endast i 45 fall (8,8 %). Vanligast är »olaga överlåtelse» — den gäller endast i ett fall »misstänkt överlåtelse av legalt förskrivna medel» medan övriga fall gäller försäljning. Brottet mot giftförordningen döljer ett LSD-fall. Kategorin »ocker» som fanns med i den preliminära bearbetningen gav inga fall.

g. Missbruksmönster

Vilka medel brukas i den aktuella populationen? Hur många injicerar narkotika? Finns det skillnader i missbrukssätt mellan olika ålderskategorier eller sociala kategorier?

Materialet ger vissa möjligheter att besvara sådana frågor. På den blankett, som sänts ut, har det eller de medel och det eller de intagningsätt, som varit aktuellt, markerats. Medlen har delats på sju kategorier:

1. Cannabis (t. ex. marihuana och haschisch)
2. Opiumpreparat (t. ex. morfin, metadon, palfium)
3. Centralstimulantia (t. ex. amfetamin, precludin, ritalina)
4. Sömnmedel (t. ex. pentymal, diminal, nembutal)
5. Andra rogivande medel (t. ex. meprobamat, librium, valium)
6. Lösningssmedel (t. ex. thinner, trikloretylen)
7. Andra medel (t. ex. kokain, LSD)

I en åttonde kategori faller det missbruk, där man inte känner medlet. I det följande har emellertid sömnmedel och andra rogivande medel slagits samman till en kategori, kallad sömnmedel, då svårigheterna att skilja på dessa typer av medel är stora. Dosens storlek kan sålunda vara avgörande för dess klassificering. I tabell 16 och 17 redovisas vidare visst kombinationsmissbruk för sig.

Om man önskar information om hur många fall av missbruk av ett visst medel som förekommer, blir summan av dessa enheter inte lika med summan av individer, då ju en individ kan använda flera typer av medel. I tabell 15 är materialet redovisat med hänsyn till den typ av medel som missbrukats, varför summan av enheterna blir 610 trots att antalet missbrukande individer i vårt

Tabell 15. Förekomst av missbruksmedel i olika län

Län	Cannabis	Opiater	Central- stimu- lantia	Sömn- och rognivande medel	Lösning- medel	Andra medel	Medel okänt	Summa	Summa i procent	Summa individer
Stockholms stad	14	16	172	41	14	5	39	301	49,3	251
Stockholms län	1	—	11	16	5	1	5	39	6,4	37
Uppsala	3	—	12	8	—	1	3	27	4,4	23
Södermanlands	—	—	1	—	3	3	—	7	1,1	7
Östergötlands	—	1	—	8	2	1	5	17	2,8	16
Jönköpings	1	1	—	13	13	—	8	36	5,9	34
Kronobergs	—	—	—	3	—	—	—	3	0,5	1
Kalmar	—	—	—	—	—	1	—	1	0,2	1
Göteborgs	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Blekinge	—	—	—	1	—	—	1	2	0,3	2
Kristianstads	1	—	5	—	—	—	1	7	1,1	6
Malmöhus	6	1	8	6	—	1	5	27	4,4	19
Hallands	—	3	5	14	2	—	3	27	4,4	12
Göteborgs och Bohus	1	—	7	5	16	6	2	37	6,1	31
Älvsborgs	—	1	1	6	1	2	5	16	2,6	16
Skaraborgs	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Värmlands	—	1	1	2	—	—	—	4	0,7	4
Örebro	—	—	2	6	—	1	—	9	1,5	7
Västmanlands	—	—	1	4	2	—	2	9	1,5	8
Kopparbergs	1	—	3	7	2	2	4	19	3,1	13
Gävleborgs	—	1	—	2	1	—	1	5	0,8	5
Västernorrlands	—	—	—	2	9	—	—	11	1,8	10
Jämtlands	—	—	—	1	—	—	1	2	0,3	1
Västerbottens	—	—	—	1	—	—	—	1	0,2	1
Norrbottens	—	—	—	1	—	—	2	3	0,5	3
Summa medel	28	25	229	147	70	24	87	610	99,9	
Summa i procent	4,6	4,1	37,6	24,2	11,4	3,9	14,2	100,0		
Summa individer	10	7	184	106	57	9	76	449		508

Tabell 16. Missbruksmedel och ålder; absoluta tal

Missbruksmedel	Ålder							Summa
	—14	15—19	20—24	25—29	30—34	35—39	40—	
Cannabis	1	8	1	—	—	—	—	10
Opiater	—	—	1	—	2	1	3	7
Centralstimulantia .	—	22	62	42	19	18	21	184
Sömnmedel	—	7	19	10	13	15	42	106
Lösningsmedel	6	34	13	1	1	—	2	57
Andra medel	—	—	3	1	—	3	2	9
Medel okänt	—	4	15	16	8	9	24	76
Opiat. + centr.stim.	—	1	7	4	1	2	3	18
Centralstim.+ övriga	—	4	11	9	—	1	2	27
Övriga kom- binationer	1	7	2	1	1	—	2	14

material endast är 508.¹ Antalet individer i varje län anges i tabell P 6 i kolumnen längst till höger och antalet individer som missbrukat endast ett visst medel anges i tabellens nedersta rad. (Jfr tabell 10 och 16.)

Av tabellen kan åtskilligt av intresse utläsas. Med få undantag har cannabismissbruk påträffats blott i Stockholm (+Uppsala län) samt Malmöhus län. Opiatmissbruket är i enkätmaterialet koncentrerat till Stockholms stad och län. Det mest utbredda missbruket centralstimulantia synes också vara koncentrerat till främst Stockholm, där nära 60 % av allt sådant missbruk förekommit. Jämnast spritt över landet synes missbruk med sömngivande och rogivande medel vara. Stockholm står här bara för 28 %. Missbruk av lösningsmedel har under juni 1966 förekommit främst i Stockholm, Jönköping och Göteborgs och Bohus län.² Sammanlagt är centralstimulantia de mest använda missbruksmedlen i detta material (38 %), därefter sömngivande och rogivande medel (24 %) och lösningsmedel (11 %). Att märka är dock att missbruksmedlet i 14 % är betecknat som okänt. Cannabis och opiatere förekommer i 4—5 % vardera.

I det följande redovisas exklusivt bruk av medel jämte tre kombinationer av medel nämligen: 1. Opiater+centralstimulantia 2. Centralstimulerande +övriga (1 el. flera övriga medel, ej opiatere) 3. Övriga kombinationer. En fjärde kombination — Opiater+övriga (1 el. flera ej centralstimulerande) — användes vid bearbetningen, men då inga fall av denna kombination förekom i materialet redovisas ej denna kategori. Att exklusivt bruk redovisas innebär att t. ex. en cannabisbrukare, som också brukar centralstimulantia, hamnar i en kombinationskategori, medan den som använder endast cannabis hamnar i cannabiskategorin.

¹ Två av de i materialet ingående 510 individerna är endast försäljare. I de följande tabellerna, med undantag av 20, utgår dessa.

² Smärre variationer kan dock bero på slumpen eller på andra felkällor.

Medianåldrarna för kategorier med relativt höga frekvenser blir:

Centralstimulantia	Md $\approx$ 26 år
Sömnmedel	Md $\approx$ 36 år
Lösningsmedel	Md $\approx$ 18 år
Medel okänt	Md $\approx$ 32 år
Centralstimulantia + övriga	Md $\approx$ 24 år

De 10 cannabisfallen ligger alla i de lägsta ålderskategorierna medan opiatmissbruket uppvisar ett omvänt åldersmönster.

Inom de olika ålderskategorierna ser missbruksmönstret ut på följande sätt (se även diagram 4, s. 69):

15—19 år. Den största andelen, 39,1 %, upptas av lösningsmedel och den näst största, 25,3 %, av centralstimulantia. I övrigt överstiger inga medel 10 %.

20—34 år. Centralstimulantia svarar för större andelen, 46,3 %. Därefter kommer sömnmedel med 14,2 %. Okända medel svarar för 11,2 %.

25—29 år. 50 % centralstimulantia. 12 % sömnmedel och 19 % okända medel.

30—34 år. 42,2 % centralstimulantia, 28,9 % sömnmedel. Okända medel svarar för 19 %.

35—39 år. 36,7 % centralstimulantia, 30,6 % sömnmedel. Okända medel: 18,4 %.

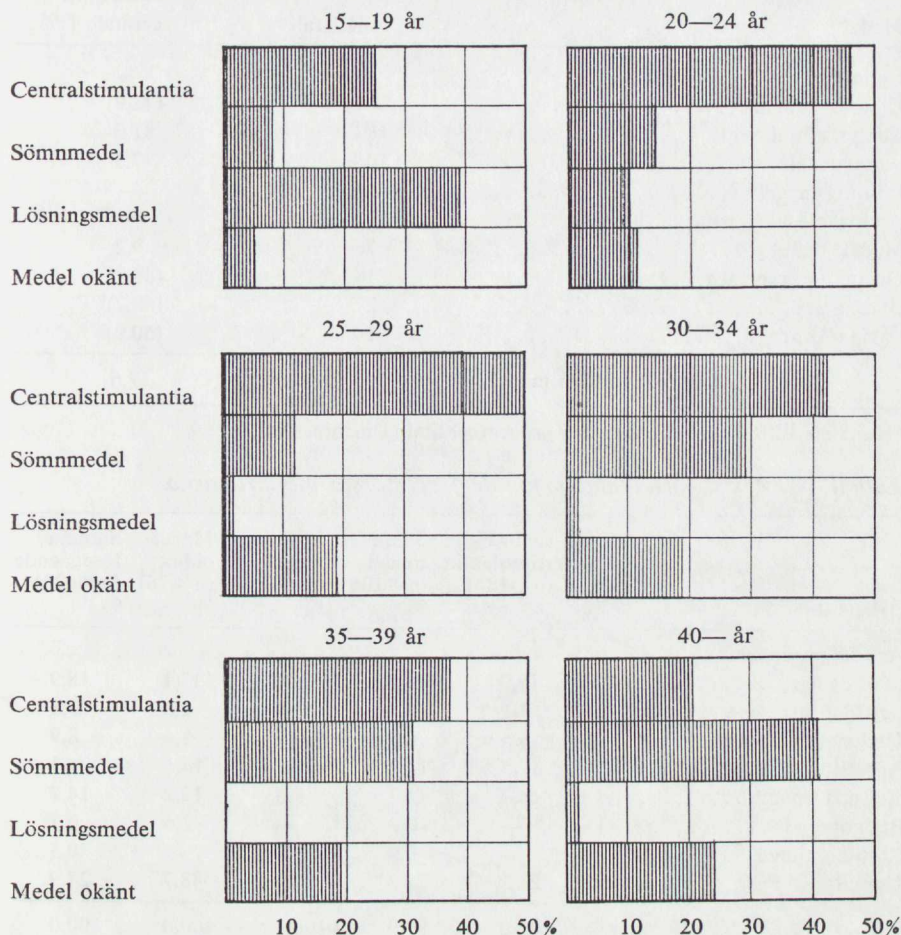
40— år. 20,8 % centralstimulantia och 41,6 % sömnmedel. Okända medel: 23,8 %.

En tendens kan spåras i fråga om bruk av centralstimulantia och sömnmedel. Från 15 år och uppåt i åldrarna ser procentalen ut så här:

Alder	15—19 %	20—24 %	25—29 %	30—34 %	35—39 %	40— %
Centralstimulantia . . .	25,3	46,3	50,0	42,2	36,7	20,8
Sömnmedel	8,0	14,2	12,0	28,9	30,6	41,6

Att andelen av centralstimulantia sjunker i ålderskategorierna över 30 år, medan andelen sömnmedel i stället stiger, kan tolkas på många sätt. Det kan bero på att bruk av centralstimulantia som narkotikum är relativt nytt; missbrukare av centralstimulantia kanske så småningom växer sig äldre. Det kan också innebära att missbruket i de högre ålderskategorierna har en annan karaktär än bland yngre. Man kunde tänka sig att i de högre åldersklasserna finna mindre avancerade läkemedelsmissbrukare, vilka något överdoserat sina av läkare erhållna mediciner. Häremot talar emellertid att materialet härrör från polisen och att sådana patientkategorier sannolikt ej blir föremål för polisåtgärder. Kanske skillnaden i missbruksmönster i olika åldrar helt enkelt beror på att invanda missbrukare ännu ej hunnit ställa om sig till de nyare medlen, som ofta injiceras. Möjligen är också kontakten mellan dessa båda typer av missbrukare begränsad.

Diagram 4. Missbruk av centralstimulantia, sömnmedel, lösningsmedel och okänt medel i procent inom olika ålderskategorier



Ytterligare belysning av missbruksmönstren ger andelen injicerande inom olika kategorier av medel. Dessa data redovisas i tabell 17.

För de olika ålderskategorierna blir procenten injicerande:

—14	15—19	20—24	25—29	30—34	35—39	40—	år
—	23 %	53 %	58 %	49 %	45 %	17 %	

Injektion är således tillsvidare relativt ovanligt bland de äldre missbrukarna.

h. Missbruksmedel och arbetsförhållanden

I tabell 18 redovisas den procentuella fördelningen av de fyra största missbruksgrupperna. Som synes är arbetslösheten vanligast bland missbrukare av centralstimulantia, medan »sniffare» ofta är under utbildning (många ton-

Tabell 17. Andelen injicerande vid olika missbruksmedel

Medel	Antal fall	Därav injicerande i %
Cannabis	10	—
Opiater	7	(42,9) ¹
Centralstimulantia	184	81,0
Sömnmedel	106	7,5
Lösningsmedel	57	—
Andra medel	9	—
Medel okänt	76	9,2
Opiat. + centralst.	18	(88,9) ¹
Övriga	27	(40,7) ¹
Övriga komb.	14	(50,0) ¹
Samtliga medel	508	39,6

¹ Bastalen alltför små för att göra procentberäkning meningsfull.

Tabell 18. Arbetsförhållanden för de fyra största missbrukarna

Arbetsituation	Centralstimulantia (n=184) %	Sömnmedel (n=106) %	Lösningssmedel (n=57) %	Medel okänt (n=76) %	Summa föregående (n=423) %
Arbete på öppna marknaden	19,0	21,7	15,8	17,1	18,9
Skyddat arbete	1,1	9,4	—	1,3	3,1
Under utbildning	6,5	2,8	36,8	2,6	8,9
Arbetslös	37,5	14,2	21,1	14,5	25,3
Sjukskriven	14,7	21,7	3,5	13,2	14,7
Pensionerad	—	0,9	—	2,6	0,7
Kombinationer	—	0,9	1,8	—	0,5
Uppgift saknas	21,2	28,3	21,1	48,7	27,9
Summa	100,0	99,9	100,1	100,0	100,0

Tabell 19. Arbetsförhållanden för injicerande och icke injicerande missbrukare

Arbetsituation	Injektion (n=201) %	Ej injektion (n=307) %	Totalt (n=508) %
Arbete på öppna marknaden	15,4	21,8	19,3
Skyddat arbete	4,0	2,0	2,8
Under utbildning	6,0	11,1	9,1
Arbetslös	40,3	19,2	27,6
Sjukskriven	15,9	13,7	14,6
Pensionerad	0,5	1,3	0,9
Kombinationer	—	0,7	0,4
Uppgift saknas	17,9	30,3	25,4
Summa	100,0	100,1	100,1

Tabell 20. Missbrukarnas socialgrupp och kön

Socialgrupp	Män		Kvinnor		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
I	3	0,8	0	—	3	0,6
II	50	13,7	21	14,6	71	13,9
III	245	67,0	27	18,8	272	53,3
Studerande	36	9,8	21	14,6	57	11,2
Uppgift saknas	32	8,7	75	52,1	107	20,9
Summa	366	100,0	144	100,1	510	99,9

Tabell 21. De fyra största missbruksgruppernas fördelning inom socialgrupp

Missbruksmedel	I (n=3) %	II (n=71) %	III (n=272) %	Studerande (n=57) %	Uppgift saknas (n=105) %
Centralstimulantia	(66,7) ¹	39,4	34,9	31,6	39,0
Sömnmedel	—	18,3	22,8	14,0	21,9
Lösningsmedel .	—	7,0	12,1	26,3	3,8
Medel okänt ...	(33,3) ¹	16,9	13,6	9,1	20,0

¹ Bastalet alltför litet för att göra procentberäkning meningsfull.

åringar) och missbrukare av sömnmedel oftare än andra är sjukskrivna eller placerade i skyddat arbete.

En ytterligare jämförelse kan göras mellan dem som injicerar det aktuella medlet och dem som icke injicerar. Tabell 19 redovisar dessa förhållanden.

De som enligt uppgift injicerar har en lägre procent arbetande på öppna marknaden men flera arbetslösa än de icke injicerande.

i. Missbruksmedel, kön och socialgrupp

Innan socialgrupp och kön sätts i relation till olika typer av medel redovisas i tabell 20 socialgrupp och kön för sig.

Den mycket höga andelen »Uppgift saknas» för kvinnorna representerar gissningsvis hemmafruar och prostituerade.

Som synes dominerar socialgrupp III helt bland männen även om hänsyn tas till att socialgruppuppgift saknas i en del fall. I genomsnittsbefolkningen i Sverige omfattar socialgrupp III något mindre än 50 %.

Några större skillnader i missbruksmönster inom socialgrupp II och III tycks inte föreligga. Bland de studerande är andelen missbrukare av lösningsmedel ovanligt stor. Studerande-kategorin upptar många individer i de lägre åldersgrupperna. Socialgrupp I slutligen är representerad av så få individer att något missbruksmönster ej kan fastställas.

Tabell 22. De fyra största missbruksgruppernas fördelning på kön

Missbruksmedel	Män		Kvinnor	
	Antal	%	Antal	%
Centralstimulantia	125	68	59	32
Sömnmedel	71	67	35	33
Lösningsmedel	48	84	9	16
Medel okänt	57	75	19	25

För flertalet missbruksmedel dominerar männen. Könsfördelningen för de fyra mest missbrukade medlen framgår av tabell 22.

För samtliga de grupper av medel, som missbrukas mest, svarar männen således för minst två tredjedelar av missbruket.

j. Missbrukets intensitet

En rimlig hypotes är att det vanemässiga bruket är vanligare bland dem som injicerar än bland dem som icke injicerar. Det kan antas, dels att injektion ofta leder på lång sikt till ett tillstånd, som kräver regelbunden tillförsel av det aktuella medlet, dels att injektion som intagningssätt är ett senare och mer avancerat stadium i missbrukskarriären (dock har framkommit att det blivit allt vanligare med injektionsdebut).

Hypotesen får stöd av nedanstående sifferuppställning:

	Uppgift saknas	Tillfälligt	Vanemässigt	Summa
Injektion	5,9	9,4	84,7	100 %
Ej injektion	34,3	33,4	32,3	100 %

Felkällorna är dock många. Blanketterna har många gånger ifyllts med bristande detaljkunskap om fallet. De personer, som ifyllt blanketten, kan ha haft just den hypotes, som här nämnts: deras kännedom om intagningssätt kan därigenom ha påverkat dem vid angivande av sannolik intensitet.

Data på denna punkt har ej heller erhållits under konstanthållande av faktorer, som kan tänkas inverka på resultatet, såsom typ av medel, ålder osv. Ett sådant konstanthållande av många faktorer blir svårt att utföra då antalet enheter i varje kategori blir mycket litet vid mer komplicerade uppspaltningar av materialet.

För centralstimulerande medel är antalet enheter i både kategorin »injektion» och »ej injektion» relativt stort.

Intensitetsfördelningen är följande:

	Uppgift saknas	Tillfälligt	Vanemässigt
Centralstimulerande Injektion (n = 150)	5 %	11 %	84 %
Ej injektion (n = 34)	15 %	38 %	47 %

Den tidigare tendensen kvarstår. Antalet injicerande är dock för litet för att kunna ge säkra slutsatser.

3. Kriminalvården

Narkomanvårdskommittén har hos de kriminalvårdande myndigheterna hemställt om yttrande beträffande omfattning och karaktär av missbruk vid olika anstalter samt inom frivårdsklientelet och vidare i vilken utsträckning behov av läkarvård bedömts föreligga för läkemedelsmissbrukare inom frivård och anstalt.

a. Anstaltsklientelet

Beträffande anstaltsklientelet begärdes följande data:

- Antalet intagna den 1/8 1966.
- Hur många av dessa intagna som under år 1966 gjort sig skyldiga till läkemedelsmissbruk på fångvårdsanstalt.
- Hur många av de den 1/8 intagna som på grund av anteckningar i behandlingsjournal eller på grund av eljest kända förhållanden kunde anses som läkemedelsmissbrukare (undantaget de under b) nämnda).

Resultaten för de olika räjongerna sammanfattas nedan:

Tabell 23. Missbruk och missbrukare vid fångvårdsanstalterna

Räjong	Antal intagna	Antal missbruk in. anst.		Journalfört övrigt miss- bruk		Summa ¹ missbruk	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
Norra räjongen	380	4	1	28	7	32	8
Södra räjongen	640	2	0,3	20	3	22	3
Västra räjongen	753	1	0,1	51	7	52	7
Östra räjongen	951	24	3	77	8	101	10
Inlandsräjongen	338	3	1	21	6	24	7
Interneringsräjongen . .	639	46	7	84	13	130	20
Ungdomsräjongen . . .	529	14	3	44	8	58	11
Kvinnogruppen	60	0	0	27	45 ²	27	45
Summa ³	4290	94	2	352	8	446	10

¹ Denna summering är gjord på populationer som är något olika avgränsade.

² Siffran 27 kan ev. ersättas med 12. Vissa oklarheter i materialet gör det svårt att bedöma siffrorna.

³ Härtill kommer Håga sjukhus med 63 intagna den 1/8 1966. 4 hade gjort sig skyldiga till läkemedelsmissbruk inom anstalt nämnda datum, 16 hade enligt journalanteckningar missbrukat läkemedel.

b. Frivårdsklientelet

Beträffande frivårdsklientelet önskades uppgifter om

a) Totala antalet övervakningsfall den 1/8 1966.

b) Antalet fall som på grund av anteckningar i behandlingsjournal eller på grund av eljest kända förhållanden kunde anses som läkemedelsmissbrukare.

Data för de olika räjongerna sammanfattas nedan:

Tabell 24. Läkemedelsmissbrukare inom frivårdsklientelet

Räjong	Antal övervakningsfall	Missbrukare	
		Antal	%
Norra räjongen	2 309	23	1
Södra räjongen	3 557	59	2
Västra räjongen	3 774	26	1
Östra räjongen (endast stockholmsdistrikt)	4 492	355	8
Östra räjongen (utom stockholmsdistrikten) ..	1 872	47	2
Inlandsräjongen	2 659	67	3
Summa	18 663	577	3

Om Stockholmsdistrikt och övriga distrikt inom östra räjongen summeras blir antalet övervakningsfall 6 364 och antalet missbruksfall 397. Procentsiffran för räjongen 6,2 % blir större än för de övriga räjongerna.

Stockholmsområdet är delat på sju distrikt för vilka siffrorna blir följande:

Tabell 25. Läkemedelsmissbruk inom Stockholms skyddskonsulentdistrikt

Distrikt	Antal övervakare	Missbrukare	
		Antal	%
Stockholm norra för äldre	665	40	6
Stockholm södra för äldre	1 082	100	9
Stockholm norra förortererna	928	10	1
Stockholm södra förortererna	675	65	10
Stockholm distrikt för internerade	195	63	32
Stockholm norra för yngre	348	33	10
Stockholm södra för yngre	599	43	7
Summa	4 492	354	8

c. Diskussion

Underlaget för denna rapport om läkemedelsmissbruk inom kriminalvårdsklientelet är genomgång av befintligt aktmaterial. Uppgifterna gäller alltså en-

dast av kriminalvårdsorganen tidigare känt missbruk. En systematisk utfrågning av klientelet, ev. förenad med t. ex. blod- och urinalyser, skulle sannolikt ge inte oväsentligt högre frekvenstal på förekomsten av missbruk. Sådana undersökningar har planerats av kommittén.

Trots materialets beskaffenhet framkommer vissa förhållanden av intresse. Av anstaltsklientelet har kvinnorna betydligt oftare än männen varit missbrukare (jämför Bejerots undersökning ovan). Något missbruk på själva anstalterna har ej uppgivits för kvinnornas del. Bland männen är inte mindre än $\frac{1}{5}$ av de internerade missbrukare. Den kända missbruksfrekvensen på själva interneringsanstalterna är också hög. Mellan de olika räjongerna i övrigt är skillnaderna inte särskilt stora (med undantag för södra räjongen som visar påfallande låga frekvenstal). Anledningen torde bl. a. vara att dömda från olika delar av landet av behandlingsskäl m. m. i viss utsträckning blandas på de olika anstalterna. Ungdomsräjongen och östra räjongen ligger dock högst med omkring 10 % läkemedelsmissbrukare.

Inom frivårdsklientelet framträder klart, att läkemedelsmissbruket bland de kriminella är mest utbrett bland stockholmarna med 8 % missbrukare bland de övervakade, medan övriga distriktet visar högst 2—3 %. Inom Stockholm visar interneringsklientelet även här mycket höga frekvenstal (32 %). Missbruket är alltså vanligast bland de kriminellt mest belastade. Mellan äldre och yngre framkommer i denna sammanställning inga nämnvärda olikheter. Den stora olikheten mellan Stockholms norra och södra förorter är anmärkningsvärd och bör undersökas ytterligare.

4. Kommentar

De sammanställningar rörande missbrukssituationen bland olika asociala grupper som ovan redovisats ger ej någon uttömmande bild av det aktuella läget.

Bejerots inventering av polisklientelet i Stockholm är ännu ej avslutad och kommittén har endast kunnat ta del av enkla frekvenstal. Enkäten till polisen och kriminalvården baseras endast på vad som framkommit i rutinarbetet och kan inte ge någon säker uppfattning om den verkliga omfattningen av missbruket. Dessa framställningar ger dock en intressant belysning av rådande förhållanden.

För det första kan konstateras, att narkotikamissbruket av allt att döma är mycket starkt utbrett inom vissa kategorier av asociala. Inte oväntat är situationen svårast i Stockholm, som enligt polisenkäten står för hälften av de kända missbruksfallen. Av de lokala anstaltsräjongerna är också den östra mest smittad med narkotikamissbruk. I 3 % är missbruket t. o. m. känt inom anstalterna. Höga frekvenstal visar vidare de kriminellt mest belastade, interneringsfallen, varav inte mindre än $\frac{1}{5}$ varit missbrukare, 7 % t. o. m. inom anstalten. Även inom frivårdsklientelet är Stockholmsdistriktet svårast utsatt med 8 % kända missbrukare. I Bejerots inventering, som också gäller Stockholm, är inte mindre än 20 % intravenösa missbrukare i åldersgrupperna under 40 år. I 20—30-årsåldern var inte mindre än 36 % av de anhållna män-

nen och 50 % av de anhållna kvinnorna intravenösa missbrukare. Att märka är att annat missbruk än intravenöst av polisenkäten att döma förekommer i ganska stor omfattning. Bejerots frekvenssiffror är således minimala. Kommittén vill framhålla, att dessa data är synnerligen alarmerande.

Därtill kommer att missbruket alltså synes öka. Bejerot fann högre frekvens 1966 än 1965. Dessutom uppträder allt flera såväl yngre som äldre missbrukare. Detta innebär att missbruket visar en tendens att debutera i allt yngre år samtidigt som äldre också rekryteras till det intravenösa missbruksklientelet; möjligen innebär detta att andra missbruksformer (sömnmedel, alkohol) ersätts av injicerade centralstimulerande medel.

Anmärkningsvärt är vidare att kvinnorna både i Bejerots undersökning och inom kriminalvårdsanstalterna är överrepresenterade i förhållande till sin andel av de anhållna respektive straffade. De asociala kvinnorna har alltså i särskilt hög grad blivit missbrukare.

Alla tillgängliga data tyder på att utländska medborgare inte spelar någon nämnvärd roll i detta sammanhang. Injektion av centralstimulantia är alltså tills vidare i stort sett ett svenskt missbruksmönster.

Polisenkäten visar att missbruket — även om man bortser från Stockholm — är ganska ojämnt fördelat i landet. Tillfälligheter torde av allt att döma spela en inte oväsentlig roll. Höga missbrukstal för vissa medelstora och smärre städer kan sålunda hänföras till epidemier av thinnersniffning, vilket är den dominerande missbruksformen i de yngsta åldersgrupperna. Även bland tonåringarna är dock injektionen av centralstimulerande medel en ganska vanlig missbruksform. Den största gruppen missbrukare befanns i polisenkäten vara i åldern 20—24 år. I denna och de följande åldersgrupperna var centralstimulerande medel helt dominerande. Vid stigande ålder var det dock vanligare med missbruk av sömnmedel och rogivande medel; efter 40 års ålder var detta det vanligaste.

Av epidemiologiskt intresse är slutligen den starka överrepresentationen av ogifta och särskilt franskilda bland missbrukarna. Påfallande är att så många är arbetslösa eller sjukskrivna; endast en mindre del av missbrukarna går i arbete. Bland yngre som företrädesvis använder centralstimulantia överväger arbetslöshet, medan de allra yngsta ofta håller på med sin utbildning. Bland de äldre däremot är det vanligare med sjukskrivning; somliga sysselsätts i skyddat arbete.

E. MATERIAL FRÅN SOCIALVÅRDSORGAN

1. Barnavårdsnämnden i Stockholm

För Stockholms stad föreligger en statistik över barnavårdsärenden med separat redovisning av antal fall med alkohol-, narkotika- och thinnermissbruk. Statistiken begränsas till efter utredning dokumenterat missbruk. Uppfattningen om vad som är missbruk varierar givetvis från utredare till utredare. Av anvisningarna till den statistiska redovisningsblanketten att döma krävs

en mer långvarig och regelbunden alkoholkontakt för att en individ skall kategoriseras som alkoholmissbrukare, medan däremot engångsbruk av narkotika och thinner synes klassificeras som missbruk. Detta förhållande bör beaktas vid bedömningen av statistiken.

Från år 1964 till och med tredje kvartalet 1966 föreligger en ökning i antalet narkotikafall, medan antalet alkohol- och thinnerfall visar svag minskning:

Tabell 26. Missbruk av alkohol, narkotika och thinner enligt barnavårdsnämnden i Stockholm åren 1964—66

		Alkohol		Narkotika		Thinner		Thinner + narkotika	
Tidpunkt		M	K	M	K	M	K	M	K
1964	Kv 1	283	39	3	8	47	4	50	12
	2	260	34	6	3	42	8	48	11
	3	319	38	3	6	31	4	34	10
	4	299	37	3	8	20	6	23	14
1965	Kv 1	295	34	10	7	34	6	44	13
	2	252	27	6	10	24	1	30	11
	3	286	24	6	9	22	5	28	14
	4	251	26	14	7	24	3	38	10
1966	Kv 1	159	40	16	22	18	2	34	24
	2	259	28	13	13	24	6	37	19
	3	216	41	19	20	20	4	39	24

Dessa data redovisas i diagram 5—8.

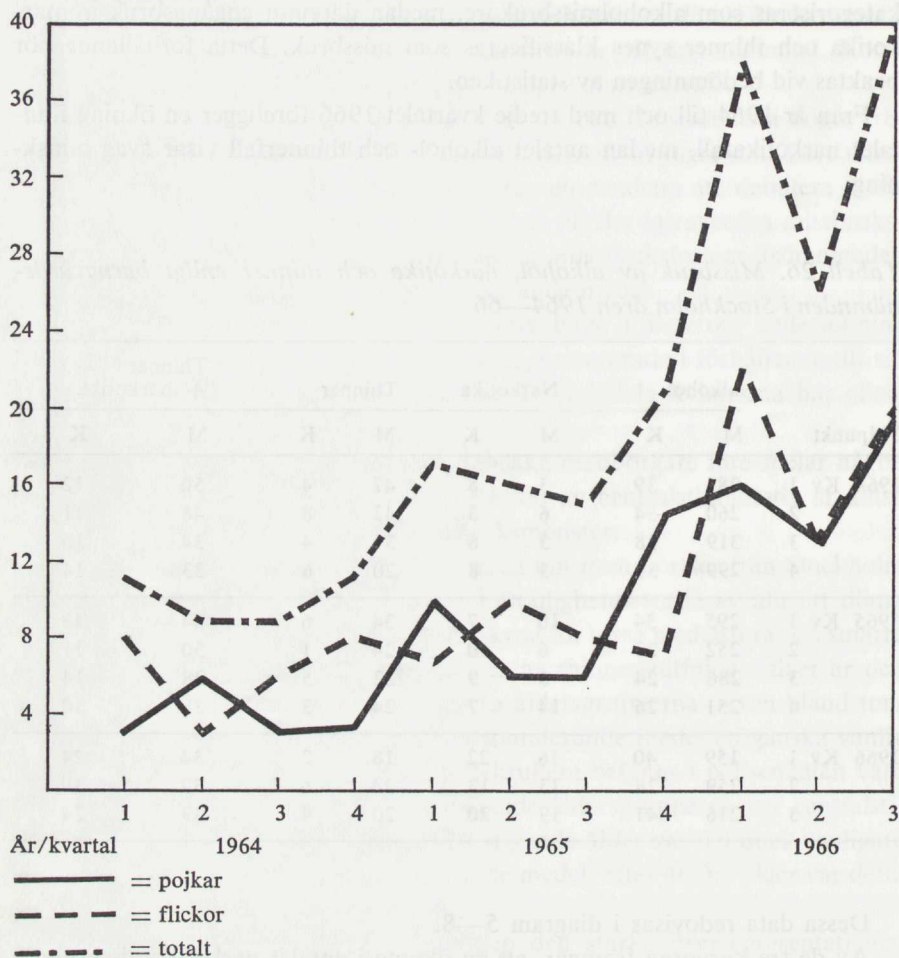
Av de tre kurvorna framgår, att en ökning i antalet narkotikamissbrukare skett från 1:a kvartalet 1964 till 3:e kvartalet 1966. Mellan könen är skillnaderna obetydliga.

För alkoholmissbruket kan tendensen sägas vara omvänd, som framgår av diagram 6. Frånsett en topp för första kvartalet 1966 tycks kurvan vara svagt sjunkande, åtminstone för pojkarna och därmed också för könskategorierna sammanslagna. Skillnaden i absoluta frekvenser mellan pojkars och flickors missbruk är mycket stor.

Thinnermissbruket visar en tendens till minskning i synnerhet bland pojkar (diagram 7). Pojkar har högre tal än flickor. Skillnaderna är dock ej så stora som när det gäller alkohol.

Thinnermissbruk redovisas i många sammanhang sammanbakat med narkotikamissbruk. För att ge en uppfattning om effekten av den typen av sammanblandning har thinner och narkotika slagits samman i diagram 8. Diagrammet visar bl. a. hur ökningen av narkotikamissbruk bland pojkar raderas ut vid sammanslagningen.

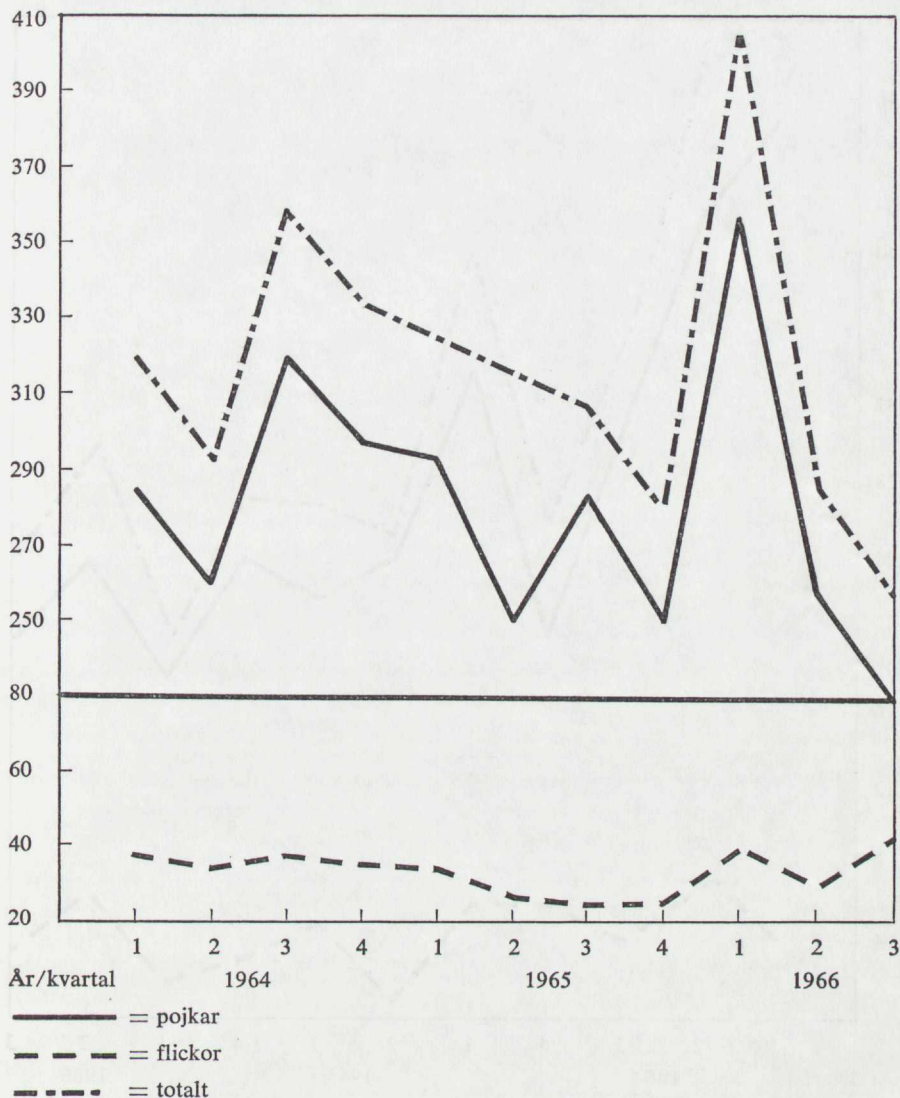
Diagram 5. Narkotikamissbruk bland flickor, pojkar och totalt; absoluta tal



Tabell 27. De unga missbrukarnas ålder

Medel	Antal totalt	År					
		—15		15—18		18—	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alkohol	3 447	124	3,6	1 580	45,8	1 743	50,6
Narkotika ..	212	18	8,5	101	47,7	93	43,8
Thinner + narkotika ..	567	149	26,3	291	51,3	125	32,4
Thinner	355	131	36,9	192	54,1	32	9

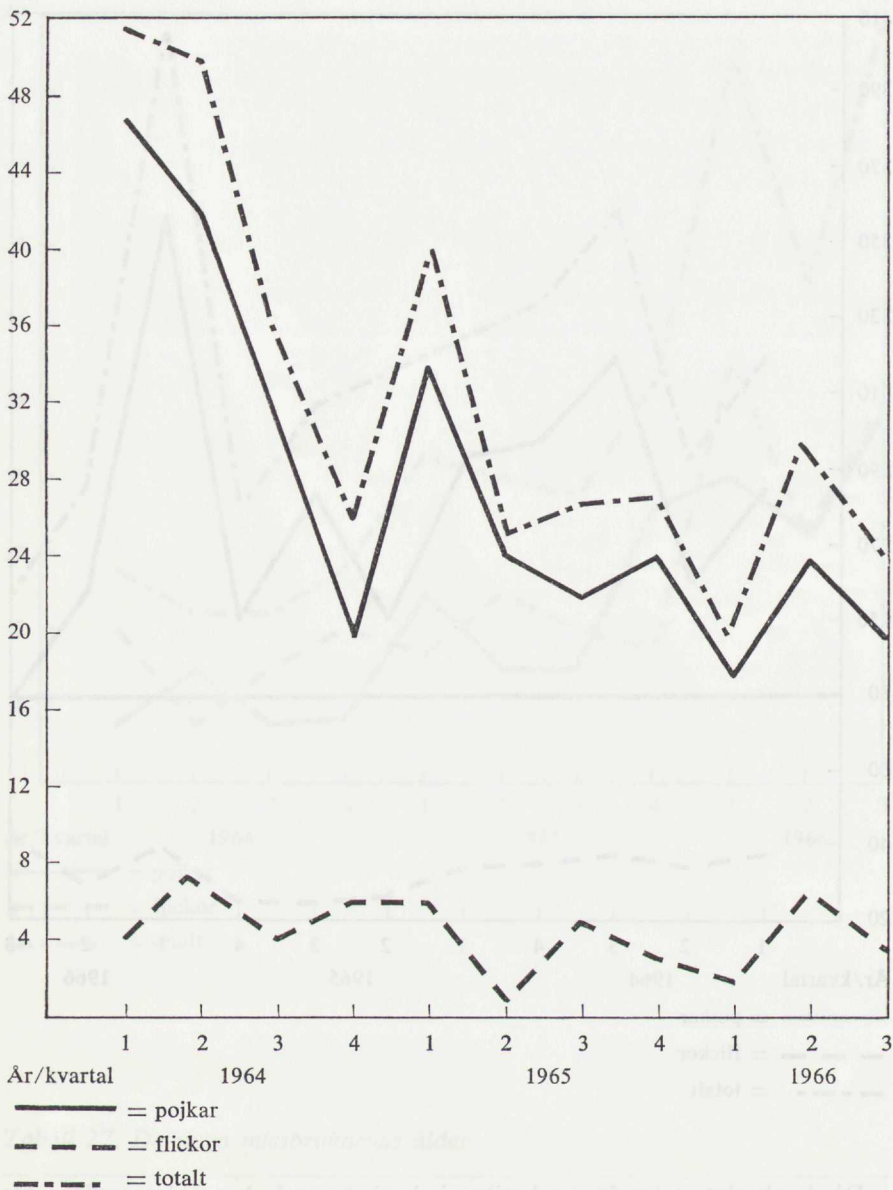
Diagram 6. Alkoholmissbruk inkl. fylleri; absoluta tal



Då de absoluta talen för narkotikamissbruk är små, har åldersprofilen för missbrukstyperna framräknats genom summering av siffror för samtliga aktuella kvartal.

Ett slags åldersprofil tycks föreligga i denna population med avseende på olika former av missbruk. Bland thinnermissbrukare finns i den lägsta ålderskategorin procentuellt långt fler missbrukare än bland övriga missbrukare. Både alkohol- och narkotikamissbruk har varit ovanligt i åldrarna under 15 år. Alkoholmissbruk dominerar helt över 18 år och är den vanligaste missbruksformen också mellan 15—18 år. Under 15 år har thinnermissbruk varit vanli-

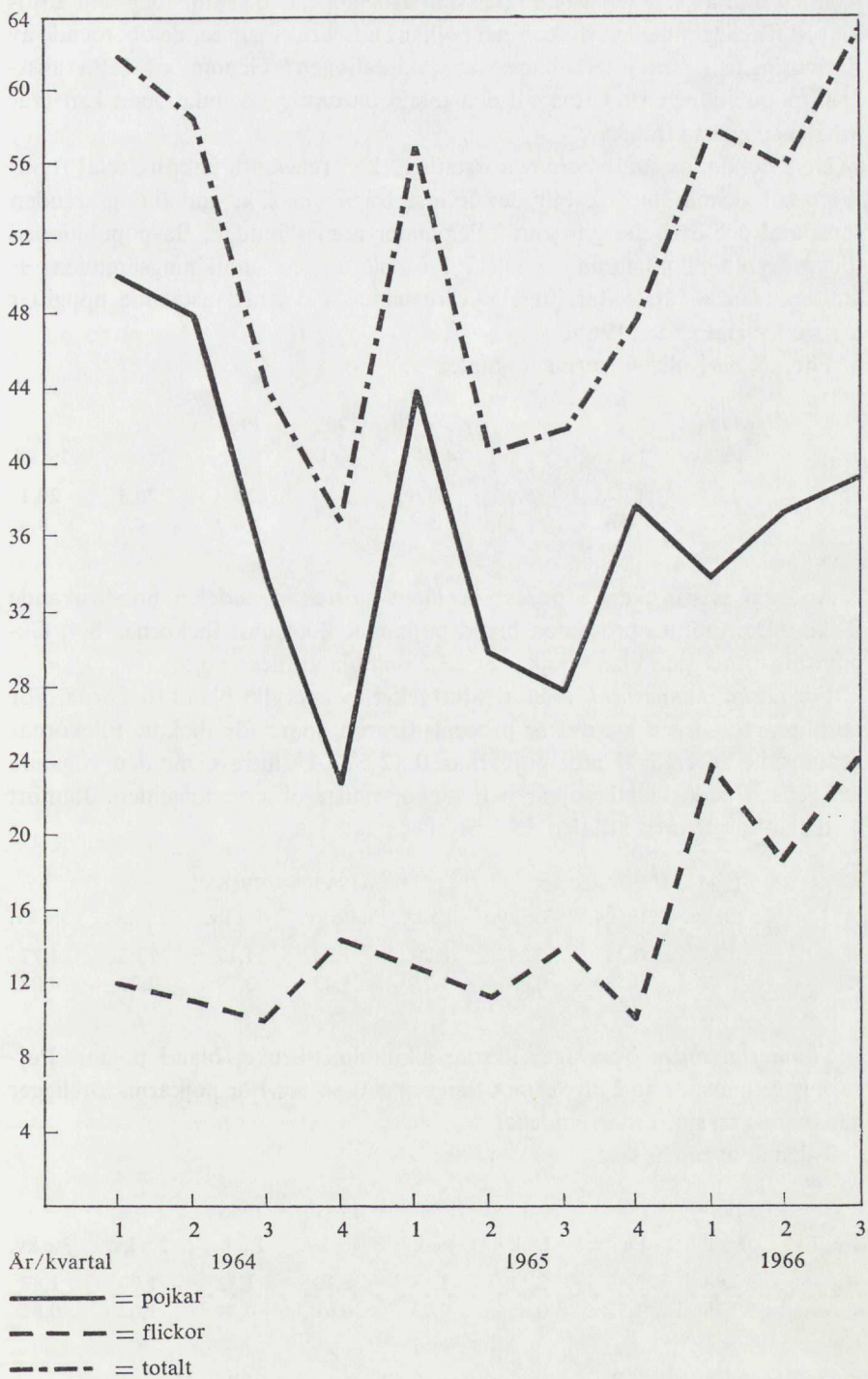
Diagram 7. Thinnermissbruk bland flickor, pojkar och totalt; absoluta tal



gare. Narkotikamissbruket har i alla åldrar spelat en underordnad roll. Tendensen är: ju större procent i den lägsta ålderskategorin, desto mindre procent i den högsta ålderskategorin.

Kombinationen thinner + narkotika visar också vilka felkällor det kan innebära att dessa båda typer av medel ej hålles isär vid en jämförelse.

Diagram 8. Thinner- + narkotikamissbruk, fördelning på kön; absoluta tal



Utgör då missbruket, som det speglas i detta material, en stor del av de beteenden som av samhället betraktas som asociala? Är de skillnader som absolut sett föreligger mellan flickor och pojkar i missbrukshänseende oberoende av förändringar i den totala barnavårdspopulationen? Genom att sätta missbrukspopulationen i relation till den totala barnavårdspopulationen kan svar erhållas på dessa frågor.

Ur Stockholms stads barnavårdsstatistik kan relevanta jämförelsetal framräknas. I denna statistik blir det främst fråga om s. k. anmälningssärenden samt åtal och åtalseftergift som faller under remissärenden. Baspopulationen för procentberäkningarna är alltså i fortsättningen anmälningssärenden + åtalsärenden + åtalseftergifter. Tyvärr saknas i det nedanstående uppgifter för tre kvartal under 1965.

För *alkohol* blir siffrorna följande:

	1964				1965	1966		
	1:a kv.	2:a kv.	3:e kv.	4:e kv.	4:e kv.	1:a kv.	2:a kv.	3:e kv.
M	23,7	21,4	25,9	23,6	24,0	26,4	20,5	20,1
K	7,7	6,6	6,2	5,8	5,3	6,9	4,7	8,4

Andelen missbrukande pojkar är långt större än andelen missbrukande flickor. Den högsta procenten bland pojkar är 26,4 mot flickornas 8,4. Genomsnittsprocenten bland pojkar är 23,2 och bland flickor 6,5.

För *narkotikamissbruk* förstärks intrycket av övervikt bland flickorna. För samtliga redovisade kvartal är procentsiffrorna högre för flickor. Flickornas genomsnitt är 1,98 % mot pojkarnas 0,82 %. Av intresse är den stigande frekvensen både bland pojkar och flickor under observationstiden. Jämfört med alkoholsiffrorna är talen dock mycket små.

	1964				1965	1966		
	1:a kv.	2:a kv.	3:e kv.	4:e kv.	4:e kv.	1:a kv.	2:a kv.	3:e kv.
M	0,25	0,49	0,24	0,24	1,34	1,17	1,03	1,77
K	1,57	0,58	0,98	1,25	1,43	3,79	2,20	4,07

Thinnermissbruk överväger liksom alkoholmissbruket bland pojkar. Pojkarnas genomsnitt är 2,36 % mot flickornas 0,84 %. För pojkarna föreligger här snarast en sjunkande tendens.

Talen är även här små:

	1964				1965	1966		
	1:a kv.	2:a kv.	3:e kv.	4:e kv.	4:e kv.	1:a kv.	2:a kv.	3:e kv.
M	3,94	3,46	2,52	1,58	2,30	1,32	1,90	1,87
K	0,79	1,55	0,65	0,93	0,61	0,34	1,02	0,81

Den sista tabellen visar sedan vilka resultat som erhålls, då narkotika och thinner slås samman till en kategori.

	1964				1965	1966		
	1:a kv.	2:a kv.	3:e kv.	4:e kv.	4:e kv.	1:a kv.	2:a kv.	3:e kv.
M	4,19	3,95	2,76	1,82	3,64	2,50	2,93	3,64
K	2,36	2,13	1,63	2,18	2,04	4,14	3,21	4,89

För att slutligen ge en uppfattning om omfånget av missbruk av olika karaktär har nedan en summering för 1964, 1965 och 1966 gjorts. Då uppgift om 1965 års fjärde kvartal saknas, har tredjedelen av summan för 1965 års första tre kvartal lagts till denna summa.

	Alkohol	Narkotika	Thinner	Thinner + narkotika
1964	1 309	40	162	202
1965	1 195	69	119	188
1966	1 257	128	99	236
Totalt	3 761	237	380	626

2. Barnavårdsnämnden i Göteborg

Barnavårdsnämnden i Göteborg har låtit undersöka utbredningen av narkotikamissbruk bland ungdom i Göteborg. Utredningen har avsett till familjebyrån anmälda fall under tiden 1 januari 1965—30 juni 1966. Dessutom har uppgifter inhämtats från vissa av barnavårdsnämndens institutioner angående misstänkt användning eller bekräftat missbruk av narkotika eller läkemedel.¹

Under år 1965 inkom 23 anmälningar till familje- och ungdomsbyrån i vilka uppgifter om narkotikamissbruk eller läkemedelsmissbruk ingick. Dessa utgjorde ca 5 promille av totala antalet anmälningar (4 588).

Under första halvåret 1966 inkom 34 anmälningar i vilka uppgifter om narkotikamissbruk eller läkemedelsmissbruk ingick. Dessa utgjorde ca 15 promille av samtliga anmälningar (2 228).

Av de under 1965 inkomna anmälningarna gällde 15 anmälningar föräldrar, medan de under första halvåret 1966 inkomna 34 anmälningarna i fyra fall gällde föräldrar.

Antalet fall är så begränsat att fördelningen av missbrukare med hänsyn till kön, ålder eller andra variabler ej framstår som meningsfull.

3. Ungdomsvårdsskolor

Till narkomanvårdskommittén har socialstyrelsen lämnat nedanstående sifferuppgifter. Socialstyrelsen har för viss dag i juni 1966 infordrat uppgifter rörande läkemedelsmissbruk bland ungdomsvårdsskoleelever. En liknande undersökning utfördes vid samma tidpunkt 1965 varför en jämförelse i tiden är möjlig.

¹ Det följande är ett koncentrat av Göteborgs barnavårdsnämnds egen redogörelse.

Uppgifterna baserar sig på förfrågningar om antalet elever journalförda som läkemedelsmissbrukare eller på annat sätt kända som läkemedelsmissbrukare. Detta innebär bl. a. att individer som vid annat tillfälle än undersöknings-tillfället blivit noterade som läkemedelsmissbrukare kan komma att räknas som läkemedelsmissbrukare även vid tidpunkten för undersökningen. För jämförelsen i tiden kan man hoppas att denna typ av felkälla är konstant.

Materialet är spaltat på kategorierna »vård inom ungdomsvårdsskola» och »vård utom ungdomsvårdsskola» och vidare uppdelat efter kön. Vi finner följande siffror:

	Andel läkemedels- missbrukare i vård inom ungdoms- vårdsskola	Andel läkemedels- missbrukare i vård utom ungdoms- vårdsskola	Andel läkemedels- missbrukare totalt
		Pojkar	
Juni 1965	3,4 % (22)	4,8 % (25)	4,1 % (47)
Juni 1966	5,4 % (34)	6,9 % (37)	6,1 % (71)
		Flickor	
Juni 1965	20,5 % (53)	13,0 % (43)	16,3 % (96)
Juni 1966	30,4 % (72)	17,3 % (54)	23,0 % (126)
		Summa flickor + pojkar	
Juni 1965	8,4 % (75)	8,0 % (68)	8,2 % (143)
Juni 1966	12,3 % (106)	10,7 % (91)	11,5 % (197)

Både för flickor och pojkar har enligt siffermaterialet en ökning i andelen läkemedelsmissbrukare ägt rum. Antalet ungdomsvårdsskolelever har hållit sig relativt konstant under 1965 och 1966.¹

Det är svårt att tolka dessa siffror. Möjligheten finns att ökningen beror på stegrad uppmärksamhet från myndigheters och personals sida. En generell svårighet med denna typ av undersökning är att den första mätningen kan påverka observatörerna och sålunda åstadkomma att en mätning vid ett senare tillfälle ger en något förändrad bild av förhållandena.

Vid båda mätningstillfällena finner vi emellertid i detta material en markant skillnad i antalet läkemedelsmissbrukare bland flickor och pojkar. Frekvensen läkemedelsmissbrukare är nästan fyra gånger så stor bland flickorna som bland pojkarna. Att märka är dock att det finns ungefär dubbelt så många pojkar som flickor på ungdomsvårdsskolorna, i absoluta tal är därför de narkotikamissbrukande flickorna ungefär dubbelt så många som pojkarna.

Innebär detta att det för vissa kategorier av ungdomar, s. k. asociala ungdomar, finns fler missbrukande flickor än pojkar? Frågan är tydligen vilken selektion av asocial ungdom som företrädesvis brukar intagas på ungdomsvårdsskola. Det har underhand meddelats att läkemedelsmissbruk är en myc-

	Pojkar	Flickor	Totalt
¹ 1965	1160	588	1748
1966	1162	549	1711

ket vanlig intagningsindikation, när det gäller flickor. Det kan bero på att pojkar har ett annat asocialitetsmönster än flickor. Det kan också bero på att förekomsten av narkotikamissbruk bedöms på olika sätt av vederbörande nämnder och funktionärer om det gäller en pojke eller en flicka. Promiskuitet har länge varit en viktig intagningsindikation för flickor och det torde vara sannolikt att det är lättare för en flicka att bli betraktad som promiskuös än för en pojke, om de uppvisar samma beteenden. Könsrollsförväntningar eller differentiell illegitimering kan tänkas spela någon roll även när det gäller narkotikabruk.

Dessa data rörande narkotikamissbruket vid ungdomsvårdsskolorna kan kompletteras med erfarenheter från en undersökning genomförd av socialstyrelsens psykolog K. Gordan. Denna omfattar samtliga de elever, som var inskrivna vid ungdomsvårdsskola 8 juni 1965 och som missbrukade eller hade missbrukat läkemedel. Elever som endast missbrukat läkemedel vid något enstaka tillfälle medtogs icke.

Materialet omfattade 83 flickor och 41 pojkar. Av flickorna befann sig undersökningsdagen 46 i vård inom skola och 37 i vård utom skola. För pojkarna var motsvarande tal 18 respektive 23. Data härrör från intagningshandlingar, elevakter och skriftliga upplysningar från skolorna. Som jämförelsematerial har använts uppgifter ur 1964 års undersökning av klienterna vid ungdomsvårdsskolorna. Denna studie omfattade varannan inskriven elev under detta år, totalt 475 fall.

Bland annat framkom följande.

1964 års ungdomsvårdsskoleelevundersökning gav en klar bild av elevernas mycket instabila uppväxtmiljö. Missbruksgruppens elever befanns dock i många avseenden ha haft en ännu svårare uppväxttid. I deras bakgrund förekom således flera skilsmässor bland föräldrarna, flera fall av mentalsjukdom och alkoholmissbruk och betydligt större variabilitet i uppväxtmiljön genom ombyte av fostrare, kortare vistelsetid hos föräldrarna etc. Moderns och faderns inställning till missbrukarna har dessutom varit ännu mera negativ än vad som gällt för andra ungdomsvårdsskoleelever. Detta gällde särskilt pojkarna.

Det framkom vidare, att läkemedelsmissbrukarna i större utsträckning än andra ungdomsvårdsskoleelever kommit från Stockholm. Enligt utförda testningar och skattningar var de genomsnittligt mer välbegåvade. Anmärkningsvärt är, att flickorna i mindre utsträckning än andra ungdomsvårdsskoleelever uppträtt störande i skolan eller haft disciplinsvårigheter. De hade också visat färre tecken på asocialitet, sexuell lössläpplighet och arbetsovilja; över huvud taget hade deras arbetsanpassning varit något bättre än för andra ungdomsvårdsskoleflickor. De läkemedelsmissbrukande pojkarna hade likaledes gjort sig skyldiga till kriminella handlingar i mindre utsträckning än andra ungdomsvårdsskoleelever. Det var däremot vanligare bland dem med alkoholmissbruk, sniffning, beroende av asociala gäng etc. Flickorna hade oftare än andra ungdomsvårdsskoleflickor skolkat från skolan och rymt hemifrån.

Av intresse är slutligen att läkemedelsmissbrukarna mindre ofta än andra ungdomsvårdsskoleelever blivit föremål för förebyggande åtgärder från barnavårdsnämndens sida. Gordan förmodar, att detta beror på att barnavårdsnämnden till följd av läkemedelsmissbrukarnas mindre störande och kriminella beteende ingriper mot dem på ett relativt sent stadium. Då har emellertid problemen blivit så akuta, att förebyggande åtgärder inte kan komma till användning så ofta som för ungdomsvårdsklientelet i övrigt. I stället tillgripes stundom placering i barnhem eller fosterhem, innan ungdomsvårdsskola blir aktuell.

Efter intagningen på ungdomsvårdsskola har läkemedelsmissbrukarna i större utsträckning än andra elever erhållit vård av företrädesvis psykiatrisk karaktär utanför skolan; detta gäller särskilt flickorna. De har dessutom rymt i betydligt större utsträckning än andra elever. I stort sett har de varit sämre anpassade till skolans normer och regler än andra elever, i varje fall den första tiden, beträffande pojkarna även därefter. De orsakar på det hela taget skolorna avsevärda problem och fortsätter delvis med narkotikamissbruk och sniffning.

Gordan påpekar, att denna flyktbenägenhet synes vara ett karakteristiskt drag för läkemedelsmissbrukarna. I stället för att som andra ungdomsvårdsskoleelever demonstrera sina svårigheter i form av trots och aggressivitet mot auktoriteter och samhällets normer väljer de att fly undan problemen. De skolkar från skolan, rymmer från sina hem, håller sig till vanartiga kamrater och asociala gäng och missbrukar även alkohol i större utsträckning än andra elever.

4. Vårdanstalterna för alkoholmissbrukare

Socialstyrelsen har för en viss dag i juni 1966 låtit företa räkning av läkemedelsmissbrukare på vårdanstalter för alkoholmissbrukare. Förfrågningar har utgått till föreståndare för de olika vårdanstalterna beträffande »antal patienter intagna den 10 juni 1966 om vilka det finns uppgift om läkemedelsmissbruk». Med läkemedelsmissbruk har vid denna förfrågan avsetts allt icke-medicinskt bruk av narkotika och beroendeframkallande läkemedel över huvud, t. ex. barbiturater som nembutal och diminal, meproamat, valium, tikobes och LSD.

Missbruket inom olika anstaltstyper fördelar sig enligt nedanstående:

Statliga anstalter	22,5 % (74 fall)
Erkända anstalter	15,7 % (186 fall)
Enskilda anstalter	11,3 % (48 fall)

För samtliga anstalter är procentsiffran 15,9 (308 fall).

För en del av materialet har missbruket också spaltats på olika intensitetsgrader, grovt missbruk, mindre grovt och enstaka eller tillfälligt. Grovt läkemedelsmissbruk har för uppgiftslämnarna angivits som »t. ex. klara narkomaner eller fall med mer eller mindre tillförsel i form av injektioner av olika

preparat; fall där läkemedelsmissbruket kan betecknas som primärt i förhållande till alkoholproblemet».

Som mindre grovt betecknas »missbruk av mer permanent karaktär men dock av sekundär art i förhållande till alkoholmissbruket» och den lindrigaste kategorin anges med orden »mer obetydligt missbruk, enstaka överdoseringar etc.».

Inom de olika anstaltstyperna fördelar sig de olika missbrukstyperna procentuellt på följande sätt:

	Grovt	Mindre grovt	Tillfälligt
Statliga anstalter	10,8 % (8)	44,7 % (33)	44,7 % (33)
Erkända anstalter	7,0 % (13)	21,6 % (42)	70,8 % (131)
Enskilda anstalter	2,1 % (1)	29,6 % (14)	66,5 % (33)
Totalt	7,1 % (22)	28,9 % (89)	64,2 % (197)

Av 308 läkemedelsmissbrukare inom vårdanstalt för alkoholmissbrukare har, som framgår av tabellen, endast 22 klassificerats som grova missbrukare.

En skiljelinje tycks gå mellan statliga anstalter och andra typer av anstalter. Procenten tillfälliga missbrukare är långt mindre bland de statliga anstalterna. Det absoluta talet grova eller mindre grova missbrukare är dock ej så stort inom denna kategori, då antalet intagna patienter är förhållandevis litet (statliga anstalter 329, erkända anstalter 1 179, enskilda anstalter 416 intagna). Selektionsfaktorer vid intagning torde till stor del föranleda de redovisade skillnaderna. Om därutöver speciella förhållanden på anstalterna inverkat är f. n. omöjligt att avgöra.

5. Kommentar¹

Hur det stigande narkotika- och läkemedelsmissbruket kunnat följas inom socialvårdsorganen har punkttestats genom rapporter från de två största barnavårdsnämnderna i landet samt från två kategorier av socialvårdsanstalter, nykterhetsvårdsanstalterna och ungdomsvårdsskolorna. Därjämte har vissa preliminära erfarenheter ställts till förfogande från RFHL (se vårdavsnittet). Det är således frågan om fragmentariska stickprov som varken går på bredden eller djupet. Mer djupgående studier rörande missbruket bland minderåriga genomförs emellertid för närvarande vid barnavårdsnämnden i Stockholm i samarbete med kommittén.

Att narkotika- och läkemedelsmissbruket är i markant stigande bekräftas såväl av barnavårdsnämnderna i Stockholm och Göteborg som från ungdomsvårdsskolorna och RFHL. Från nykterhetsvårdsanstalterna föreligger endast en engångsundersökning, som inte kan ge upplysningar om den aktuella utvecklingstendensen.

Det bör dock påpekas att för barnavårdsnämnderna i storstäderna utgör

¹ Att terminologin ej är enhetlig i avsnitt E — »läkemedelsmissbruk» omväxlar med »narkotikamissbruk» — beror på begreppsbestämningarna i det till kommittén ingivna grundmaterialet.

missbruket ännu ett jämförelsevis begränsat problem. Antalet missbruksfall ökar men är ännu inte påfallande stort. Även bland minderåriga utgör det traditionella alkoholmissbruket, särskilt bland pojkar, ännu ett ojämförligt mycket större problem. Det är blott bland barn under 15 år som användandet av thinner och narkotika är något vanligare förekommande än missbruk av alkohol. I Stockholm synes thinnermissbruket vara i sakta avtagande. Denna missbruksform har emellertid alltid visat oregelbunden frekvens med tillfälligt uppblossade epidemier.

För den selektion av svårt missanpassade ungdomar som kommer till ungdomsvårdsskola har narkotikamissbruk större betydelse, särskilt bland flickorna. För allt större grupper av dessa ungdomar utgör missbruk av narkotika ett allvarligt problem. Det gäller här ungdom med svårare beteenderubbningar och som synes närmar sig missbruksmönstret bland dem förhållandena inom kriminalvårdens klientel. Frekvenstalen narkotikamissbrukande ungdomsvårdsskolelever är väl jämförbart med förhållandena såväl på fängelserna som inom den öppna kriminalvården. Detta bekräftar att det företrädesvis är bland socialt svårt störda personer som narkotikamissbruket nu blivit endemiskt. Eventuellt lindrigare missbruksformer inom andra skikt har i varje fall hittills inte tagit sådana former, att de socialvårdande organen nödgats ingripa annat än undantagsvis.

Bland alkoholmissbrukare synes kombination med läkemedelsmissbruk numera vara ganska vanligt. Huruvida här skett någon mer markant förändring under senare tid framgår dock ej av uppgifterna från nykterhetsvårdsanstalterna.

Anmärkningsvärt är att allt yngre missbrukare sökt hjälp hos RFHL; detta stämmer med den stigande frekvensen minderåriga narkotikamissbrukare inom barnavårdsnämndernas klientel.

F. MATERIAL FRÅN SJUKVÅRDEN

1. Under diagnosen *abusus alii* på mentalsjukhus eller psykiatriska kliniker vårdade patienter

Till medicinalstyrelsen lämnas rutinmässigt från mentalsjukhus och psykiatriska kliniker uppgifter om vårdade personer. Det har varit möjligt att för tre år — 1962, 1963 och 1964 — ur statistiken ta fram fall med diagnosen *abusus alii* (den av WHO rekommenderade termen för diagnosen läkemedelsmissbruk). De redovisade fallen gäller enbart diagnosen *abusus alii*; fall med blanddiagnoser förekommer ej i följande framställning.

Då en individ kan förekomma i statistiken flera gånger har antal intagningar och antal vårdade individer redovisats som skilda kategorier.

Av tekniska skäl redovisas nedan de fyra största städernas (»storstädernas») siffror för sig och det övriga riket för sig.

För hela landet, exklusive Stockholms stad, Göteborg, Malmö och Norrköping, fördelar sig fallen enligt följande tabell:

Tabell 28. Antal intagningar resp. vårdade individer länsvis, exklusive Stockholm, Göteborg, Malmö och Norrköping («storstäderna»); absoluta tal

Län	1962		1963		1964	
	Antal int.	Antal ind.	Antal int.	Antal ind.	Antal int.	Antal ind.
Stockholms	16	13	21	19	29	27
Uppsala	6	5	4	4	15	13
Södermanlands	2	2	5	4	7	6
Östergötlands	5	4	12	11	11	10
Jönköpings	6	5	13	9	8	8
Kronobergs	—	—	3	3	3	2
Kalmar	4	1	8	6	3	3
Gotlands	1	1	3	3	1	1
Blekinge	3	3	2	1	6	5
Kristianstads	—	—	7	6	7	7
Malmöhus	7	7	20	16	27	25
Hallands	10	7	14	12	14	10
Göteborgs och Bohus ..	3	3	7	6	1	1
Älvsborgs	15	12	10	10	15	15
Skaraborgs	6	5	5	4	3	3
Värmlands	20	20	24	19	33	26
Örebro	4	4	4	4	4	4
Västmanlands	31	28	25	17	34	27
Kopparbergs	3	3	8	6	8	4
Gävleborgs	6	4	4	4	3	3
Västernorrlands	11	10	5	5	2	2
Jämtlands	1	1	7	7	6	6
Västerbottens	7	7	1	1	6	2
Norrbottens	5	3	14	12	5	5
Utlänningar	1	1	2	2	3	3
Summa	173	149	228	191	254	218

En viss stegring av antalet fall kan skönjas under de tre åren. Utvecklingen är dock ojämn. I vissa län har skett en ökning, i andra tvärtom en minskning, antalet fall i de olika länen är dock på det hela taget ganska begränsat.

För Stockholm, Göteborg, Malmö och Norrköping samt för övriga landet har en uppsplättning i åldersgrupper med 10-årsintervaller gjorts. För de tre aktuella åren blir siffrorna enligt tabell 29.

Vi finner en ökning av antalet fall vårdade under diagnosen *abusus alii*. Den största andelen faller på ålderskategorin 40—49, där för alla tre åren 31—32 procent av intagningarna ryms.

Vid en uppdelning på kön finner vi att samma tendenser i stort kvarstår. Dominansen för ålderskategorin 40—49 år blir dock inte lika suverän. År 1962 faller 28 av de 105 intagningarna bland män inom ålderskategorin 40—49 och 29 inom den närmast högre. Motsvarande individtal är 24 respektive 24. År 1963 och 1964 finns bland kvinnor samma tendens till reducerad do-

Tabell 29. Antal intagningar resp. vårdade individer av båda könen, exklusive storstäderna, fördelade i åldersgrupper; absoluta tal

Ålder	1962		1963		1964	
	Int.	Ind.	Int.	Ind.	Int.	Ind.
—19	7	6	9	8	9	9
20—29	20	19	26	24	39	35
30—39	26	20	57	47	53	42
40—49	53	48	72	60	85	71
50—59	41	33	35	27	37	33
60—	26	23	29	25	31	28
Totalt	173	149	228	191	254	218

Tabell 30. Antal intagningar resp. vårdade individer (män), exklusive storstäderna, fördelade i åldersgrupper; absoluta tal

Ålder	1962		1963		1964	
	Int.	Ind.	Int.	Ind.	Int.	Ind.
—19	7	6	8	7	6	6
20—29	8	8	15	14	20	19
30—39	15	12	29	26	28	20
40—49	28	24	46	38	54	47
50—59	29	24	18	15	23	19
60—	18	16	17	14	18	16
Totalt	105	90	133	114	149	127

Tabell 31. Antal intagningar resp. vårdade individer (kvinnor), exklusive storstäderna, fördelade i åldersgrupper; absoluta tal

Ålder	1962		1963		1964	
	Int.	Ind.	Int.	Ind.	Int.	Ind.
—19	—	—	1	1	3	3
20—29	12	11	11	10	19	16
30—39	11	8	28	21	25	22
40—49	25	24	26	22	31	24
50—59	12	9	17	12	14	14
60—	8	7	12	11	13	12
Totalt	68	59	95	77	105	91

minans för kategorin 40—49 år. I detta fall närmar sig kategorin under, dvs. 30—39 år.

Generellt är talen för kvinnor lägre än talen för män.

Tabell 32. Antal intagningar resp. vårdade individer av båda könen i storstäderna, fördelade i åldersgrupper; absoluta tal

Ålder	1962		1963		1964	
	Int.	Ind.	Int.	Ind.	Int.	Ind.
—19	4	4	3	3	5	5
20—29	31	26	39	30	54	44
30—39	32	20	36	30	39	35
40—49	36	30	36	26	30	29
50—59	28	20	21	13	38	24
60—	24	23	22	21	23	20
Totalt	155	123	157	123	189	157

Tabell 33. Antalet intagningar resp. vårdade individer i storstäderna (män), fördelade i åldersgrupper; absoluta tal

Ålder	1962		1963		1964	
	Int.	Ind.	Int.	Ind.	Int.	Ind.
—19	1	1	1	1	3	3
20—29	18	13	22	15	27	22
30—39	21	14	20	16	21	19
40—49	15	14	18	14	17	16
50—59	12	7	10	4	23	13
60—	12	11	11	10	15	12
Totalt	79	60	82	60	106	85

Landets fyra största städer, Stockholm, Göteborg, Malmö och Norrköping, har tillsammans ett antal fall som närmar sig talet för det övriga riket.

Tabell 31 redovisar statistiken för de tre aktuella åren.

Mellan 1962 och 1963 sker en ökning med 2 intagningar, medan antalet individer inte ökar. Först 1964 sker någon påtaglig förändring i siffrorna. Tendensen för det övriga riket är en större ökning mellan de två första åren och en något mindre för 1964.

Åldersfördelningen är också en annan i storstadsmaterialet än i materialet från det övriga riket. Tyngdpunkten ligger för storstädernas del lägre i ålderskategorierna. Med individer som måtenhet är det endast 1962 års siffror som svarar mot det övriga landets. 1963 har storstadsmaterialet största andelen i kategorierna 20—29 år och 30—39 år och 1964 tar kategorin 20—29 den största andelen.

Några påtagliga skillnader mellan könen föreligger inte ifråga om intagningar, såsom framgår av tabell 33 och 34.

Slutligen har i tabell 35 storstädernas och övriga rikets siffror slagits samman.

Tabell 34. Antalet intagningar resp. vårdade individer i storstäderna (kvinnor), fördelade i åldersgrupper; absoluta tal

Ålder	1962		1963		1964	
	Int.	Ind.	Int.	Ind.	Int.	Ind.
—19	3	3	2	2	2	2
20—29	13	13	17	15	27	22
30—39	11	6	16	14	18	16
40—49	21	16	18	12	13	13
50—59	16	13	11	9	15	11
60—	12	12	11	11	8	8
Totalt	76	63	75	63	83	72

Tabell 35. Antalet intagningar resp. vårdade individer av båda könen i hela landet, fördelade i åldersgrupper; absoluta tal

Ålder	1962		1963		1964	
	Int.	Ind.	Int.	Ind.	Int.	Ind.
—19	11	10	12	11	14	14
20—29	51	45	65	54	93	79
30—39	58	40	93	77	92	77
40—49	89	78	108	86	115	100
50—59	69	53	56	40	75	57
60—	50	46	51	46	54	48
Totalt	328	272	385	314	443	375

Tabell 36. Genomsnittlig vårdtid i storstäderna; antal dagar

Ålder	1962		1963		1964	
	M	K	M	K	M	K
—19	13	7	32	91	27	76
20—24	47	28	90	24	28	46
25—29	84	40	34	50	41	47
30—34	56	34	41	85	27	58
35—39	65	57	28	61	62	32
40—44	24	32	41	60	32	36
45—49	35	200	31	30	17	99
50—59	70	39	72	38	42	29
60—	34	27	39	40	32	40
Totalt	51	64	45	49	33	48

Tabell 37. Genomsnittlig vårdtid i övriga riket; antal dagar

Ålder	1962		1963		1964	
	M	K	M	K	M	K
—19	27	—	27	4	11	5
20—24	69	29	47	15	24	10
25—29	24	24	30	42	91	34
30—34	136	102	22	23	48	21
35—39	13	31	45	31	25	24
40—44	82	119	29	43	62	87
45—49	40	58	58	94	30	100
50—59	60	42	78	70	89	27
60—	64	333	68	38	128	20
Totalt	60	57	46	48	59	41

Det kan noteras att den lägsta ålderskategorin aldrig svarar för mer än ungefär 3½ %. De högsta ålderskategorierna svarar däremot varje år för en ganska stor andel. Tabell 30, 31, 33 och 34 ger ej heller stöd åt hypotesen att de äldre missbrukarna främst skulle rekryteras bland kvinnor.

Den genomsnittliga vårdtiden för vissa åldersgrupper redovisas för storstäderna i tabell 36 och för övriga riket i tabell 37.

Det är svårt att utläsa någon tendens ur dessa siffror. Ingen speciell åldersgrupp tycks vara förbunden med extremt korta eller långa vårdtider. Siffrorna inom varje åldersgrupp är dessutom mycket osäkra, då de bygger på ett så litet antal fall att slumpfaktorer i hög grad kan spela in.

För storstäderna tycks det föreligga en tendens till längre vårdtider för kvinnor än för män och en allmän tendens till minskning av vårdtidens längd under de tre åren. Siffrorna för övriga riket visar inte konsistent på dessa tendenser: endast för kvinnornas del syns en tendens till minskning av vårdtiderna.

Ett tecken på att de individer som vårdats under diagnosen *abusus alii* 1962 återkommer 1963 och 1964 vore att antalet tidigare ej intagna på psykiatrisk klinik eller mentalsjukhus minskade varje år. En kraftig minskning av antalet förstagångsintagna kunde innebära att samma individer fyllde sjukhusen år efter år. Men procenten förstagångsintagna för varje år talar ett annat språk:

Tabell 38. Förstagångsintagna i procent

	Storstäderna		Övriga riket	
	M	K	M	K
1962	33,3	35,3	24,1	30,3
1963	30,1	30,5	26,8	36,0
1964	31,0	36,2	24,5	37,3

2. Enkät till sjukvårdsinrättningar

a. Undersökningens uppläggning

Till landets samtliga lasarett, mentalsjukhus, psykiatriska kliniker och alkohol-kliniker har narkomanvårdskommittén låtit utsända en blankett (bilaga 3), där för varje individuell missbrukare uppgift om missbruk och vissa sociala data redovisas. Redovisningen gäller vårdanstaltarnas beläggning av missbrukare den 5 oktober 1966.

Deltagandet har varit 100-procentigt. Här har inga försök gjorts att systematiskt redovisa selektiva faktorer, som t. ex. kan verka säsongmässigt. De bearbetningar av materialet som nedan redovisas skall följas av ytterligare mer ingående analyser.

Några viktiga selektionsfaktorer som är av intresse för tolkningen av resultaten skall dock nämnas. Uppgifter om antal missbrukare totalt, fördelning på län, missbruksmönster o. dyl. kan lika väl ge en uppfattning om vårdanstaltens principer vid vård av fall av läkemedelsmissbruk som om den faktiska utbredningen. Restriktivitet vid intagningen kan förekomma, man kan tendera att välja fall som är lättbehandlade och vårdanstalten kan ha små resurser. Således kan den dominans av sömnmedelsmissbruk som uppträder i detta material främst vara en effekt av vårdanstaltens praxis i olika hänseenden.

b. Kön och ålder

De 556 personerna i materialet utgjordes av 339 män och 217 kvinnor. Männen svarar följaktligen för 61 procent av fallen. Denna siffra kan jämföras med motsvarande i övriga material:

Sjukhusenkäten	61 %
Polisenkäten	72 %
Abusus alii 1962	55 %
Abusus alii 1963	55 %
Abusus alii 1964	57 %

Abusus alii-materialet omfattar dock fall med enbart diagnosen abusos alii och härrör endast från psykiatriska kliniker och mentalsjukhus. Andelen män bland dem som i sjukhusenkäten diagnostiserats endast som abusos alii-fall är 59 %. Totalantalet diagnostiserade endast som abusos alii-fall var 75. Då årssiffrorna i abusos alii-materialet för 1962, 1963 och 1964 är 272, 314 resp. 375 kan 75 individer inlagda för en enda observationsdag tyckas vara ett stort tal. Men diagnoserna i sjukhusenkäten är ej slutgiltiga och inkluderar som nämnts fler vårdenheter än abusos alii-materialet.

Åldersfördelningen framgår av tabell 39.

För jämförelses skull sammanfattas åldersfördelningen i abusos alii-materialet för år 1964 i tabell 40.

Som synes avviker åldersfördelningen ej oväsentligt; i övrigt hänvisas till kommentaren på s. 103.

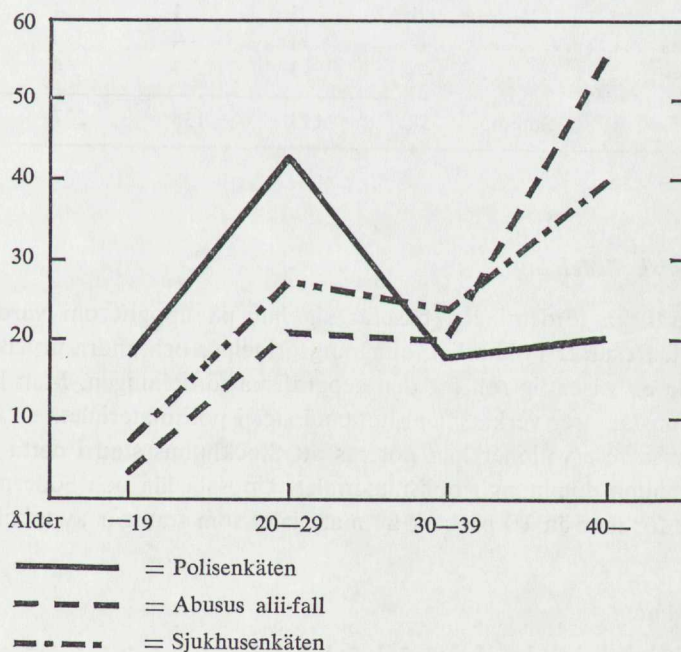
Tabell 39. Samtliga missbruksfall fördelade på ålder och kön

Ålder	Män		Kvinnor		Summa	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
—19	10	5,6	19	8,8	38	6,8
20—29	94	27,7	59	27,2	153	27,5
30—39	96	28,3	42	19,4	138	24,8
40—	130	38,3	97	44,7	227	40,8
Summa	339	99,9	217	100,1	556	99,9

Tabell 40. Abusus alii-fall 1964, fördelade på ålder och kön

Ålder	Män		Kvinnor		Summa	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
—19	11	3,9	3	3,3	14	3,7
20—29	63	22,2	16	17,6	79	21,1
30—39	55	19,4	22	24,2	77	20,5
40—	155	54,6	50	54,9	205	54,7
Summa	284	100,1	91	100,0	375	100,0

Diagram 9. Åldersfördelning i procent inom tre undersökningsmaterial



En jämförelse med polismaterialets åldersfördelning visar att båda vård-materialen har lägre andelar i de lägsta åldersgrupperna. Skillnaderna framstår klart i diagram 9.

Tabell 41. Missbrukarnas fördelning på län i skilda ålderskategorier

Län	—19	20—29	30—39	40—	Summa
Stockholms stad	7	32	34	46	119
Stockholms län	2	4	4	7	17
Uppsala	1	22	8	26	57
Södermanlands	2	22	18	14	56
Östergötlands	7	4	4	8	23
Jönköpings	3	4	—	5	12
Kronobergs	1	4	9	6	20
Kalmar	1	2	2	4	9
Gotlands	—	—	—	—	—
Blekinge	—	1	2	2	5
Kristianstads	—	—	1	2	3
Malmöhus	2	6	9	23	40
Hallands	—	—	—	—	—
Göteborgs och Bohus	4	10	8	18	40
Älvsborgs	1	3	10	12	26
Skaraborgs	—	2	1	2	5
Värmlands	2	3	5	11	21
Örebro	—	2	2	6	10
Västmanlands	—	—	—	1	1
Kopparbergs	3	3	1	3	10
Gävleborgs	—	6	5	4	15
Västernorrlands	1	13	11	15	40
Jämtlands	1	3	1	4	9
Västerbottens	—	4	—	4	8
Norrbottnens	—	3	3	4	10
Summa	38	153	138	227	556

c. Geografisk fördelning

Den geografiska fördelningen baserar sig här på uppgift om vårdplatsens belägenhet. Resurser i olika län, intagningsprinciper och andra urvalsfaktorer torde spela en väsentlig roll för den geografiska fördelningen. Man kan anta att selektionsfaktorer verkat mer slumpmässigt i polismaterialet.

Med dessa reservationer kan noteras att Stockholms stad i detta material inte har samma dominans i polismaterialet. Uppsala län och Södermanlands län svarar för mer än 10 procent av materialet som framgår av tabell S 3.

d. Civilstånd

I materialet från polisenkäten fanns en klar tendens till underrepresentation av gifta och överrepresentation av ogifta. Samma tendens återkommer i sjukhusmaterialet. Men utöver denna tendens framträder en annan starkt: från 25 år och uppåt är andelen skilda påfallande stor.

Tabell 42. Civilståndsfördelning i olika åldersgrupper i procent

MP = Missbrukarpopulationen

TP = Totalpopulationen

Alder	15—19		20—24		25—29		30—34		35—39	
Population	MP	TP	MP	TP	MP	TP	MP	TP	MP	TP
	(n = 8)		(n = 67)		(n = 86)		(n = 67)		(n = 71)	
Kön	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K
Ej uppgift ...										
Ogift	100,0	100,0	99,6	95,6	99,2	55,8	36,6	19,7	1,8	16,5
Gift			0,4	4,4	20,6	43,4	61,9	77,8	20,2	86,2
Frånskild ..			0,0	0,0	0,2	0,7	1,4	2,2	77,1	79,9
Änka/änkling			0,0	1,5	0,0	10,5	0,1	0,3	2,5	3,3
				0,0		0,1			0,6	0,3
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabell 43. Huvudsakligt missbruksmedel, män och kvinnor

Missbruksmedel	Män		Kvinnor		Summa	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Cannabis	1	0,3	4	1,8	5	0,9
Opiater	11	3,2	6	2,8	17	3,1
Centralstimulantia	54	15,9	26	11,9	80	14,4
Sömnmedel	166	49,0	142	65,4	308	55,4
Lösningsmedel	20	5,9	3	1,4	23	4,1
Andra medel	9	2,7	2	0,9	11	1,9
Kombinationer med både opiater o. centralstimulantia	11	3,2	6	2,8	17	3,1
Kombinationer med an- tingen opiater el. central- stimulantia.	23	6,8	11	5,1	34	6,1
Övriga kombinationer ...	12	3,5	8	3,7	20	3,6
Uppgift saknas	32	9,4	9	4,2	41	7,4
Summa	339	99,9	217	100,0	556	100,0

e. Missbruksmönster

De medel och intagningssätt som nedan redovisas är ej jämförbara med medel och intagningssätt i polisenkäten. Här redovisas endast vad som uppgiftslämnaren noterat som huvudsakligt missbruksmedel och huvudsakligt intagnings-sätt. Denna preliminära bearbetning ger inte nödvändigtvis en korrekt bild av vare sig missbruksmedlens eller det exklusiva missbrukets spridning.

Vi finner att sömnmedel svarar för den största andelen och då i speciellt hög grad bland kvinnor. De största skillnaderna mellan kvinnor och män i detta avseende föreligger enligt vissa bearbetningar i de tre lägsta ålders-kategorierna. Centralstimulerande medel och lösningsmedel svarar för en nå-got större andel bland männen än bland kvinnorna. Beträffande centralstimu-lerande medel är dock denna tendens omvänd i de två lägsta åldersgrupperna.

Totalt uppvisar de olika åldersgrupperna missbruksmönster som framgår av tabell 44.

I åldrarna upp till 19 år dominerar lösningsmedel och centralstimulantia, 20—29-åringarna missbrukar främst sömnmedel och centralstimulantia medan de äldsta åldersgrupperna domineras av sömnmedel. Tendensen till övervikt för sömnmedel bland de äldre återfanns också i polismaterialet, men i det aktuella materialet är den skarpare markerad.

Ålder	—19	20—29	30—39	40—
Centralstimulantia	26,3	28,8	13,0	3,5
Sömnmedel	15,8	30,7	60,1	75,8

Intagningssätt framgår av tabell 45.

Tabell 44. Missbruksmönster i olika ålderskategorier i procent

Missbruksmedel	Ålder			
	—19 (n = 38)	20—29 (n = 153)	30—39 (n = 138)	40— (n = 227)
Cannabis	10,5	0,7	—	—
Opiater	2,5	2,6	5,1	2,2
Centralstimulantia	26,7	28,8	13,0	3,5
Sömnmedel	15,8	30,7	60,1	75,8
Lösningsmedel	31,6	6,5	—	0,4
Andra medel	—	1,3	2,9	2,2
Kombinationer med både opiat o. centralstimulantia	—	7,8	2,9	0,4
Kombinationer med antingen opia- ter el. centralstimulantia	7,9	9,2	5,8	3,9
Övriga kombinationer	2,5	1,9	2,9	5,3
Uppgift saknas	2,5	10,5	7,3	6,2
Summa	100,0	100,0	100,0	100,1

Tabell 45. Huvudsakligt intagningssätt, män och kvinnor

Intagningssätt	Män		Kvinnor		Summa	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Inhalation	16	4,7	6	2,8	22	3,9
Per os	130	38,3	150	69,1	280	50,4
Injektion	37	10,9	25	11,5	62	11,2
Tillsammans med alkohol .	136	40,1	30	13,8	166	29,9
Kombinationer vari injek- tion ingår	13	3,8	4	1,8	17	3,1
Övriga kombinationer	2	0,6	1	0,5	3	0,5
Okänt	5	1,5	1	0,5	6	1,1
Summa	339	99,9	217	100,0	556	100,1

Någon skillnad i andelen injicerande bland män och kvinnor framträder ej. Den större andelen »per os» bland kvinnor motsvaras av en stor andel »tillsammans med alkohol» bland männen.

Intagningssättet varierar med ålder. I den lägsta åldersgruppen där ju framför allt lösningsmedel intar en dominerande position är inhalation och intagning genom munnen vanligast. I gruppen 20—29 år svarar intagningssätten per os, injektion och per os i alkohol för stora andelar. Andelen injicerande sjunker starkt med stigande ålder, vilket torde återspegla skillnaden i fråga om vilket missbruksmedel som används flitigast. »Per os» och »tillsammans med alkohol» ökar sina andelar med stigande ålder, vilket torde återspegla samma tendens.

Tabell 46. Huvudsakligt intagningssätt i olika åldrar i procent

Intagningssätt	Ålder			
	—19 (n = 38)	20—29 (n = 153)	30—39 (n = 138)	40— (n = 227)
Inhalation	36,8	4,6	—	0,4
Per os	39,5	34,6	52,2	61,7
Injektion	13,2	28,1	6,5	2,2
Tillsammans med alkohol	2,6	24,8	36,2	33,9
Kombinationer vari injektion ingår	2,6	6,5	3,6	0,4
Övriga kombinationer	5,3	—	—	0,4
Okänt	—	1,3	1,4	0,9
Summa	100,0	99,9	99,9	99,9

f. Socialgrupp

Liksom i polismaterialet svarar socialgrupp III för den största andelen missbrukare. Denna grupp är dock ej överrepresenterad i relation till totalbefolkningens sammansättning. Socialgrupp II har större andel än i polismaterialet liksom socialgrupp I.

Den procentuella fördelningen på olika kategorier är följande:

Socialgrupp I	2,7
» II	21,0
» III	45,3
Studerande	6,3
Hemmafruar	12,8
Okänt	11,9

Missbruksmönster med avseende på medel framgår av tabell 47.

Sömnmedel svarar för den högsta andelen missbruksmedel inom samtliga grupper, med undantag av studerande, bland vilka lösningsmedel dominerar. Sömnmedlen svarar i regel för cirka 50 procent av missbruket. Centralstimulerande medel är närmast det vanligaste missbruksmedlet utom bland hemmafruar. Den högsta andelen centralstimulantia, 22,9 %, förekommer i gruppen »studerande» men här är totalantalet så litet att procentberäkningen är tvivelaktig. Som jämförelse kan nämnas att andelen centralstimulantia inom olika grupper i polismaterialet i inget fall understiger 31 %.

g. Diagnos

På den utsända blanketten reserverades plats för uppgift om missbrukarens diagnos. Sammanlagt förekom 200 skilda diagnoser inklusive kombinationer av diagnoser. Omfattande sammanslagningar har gjorts för att möjliggöra

Tabell 47. Huvudsakligt missbruksmedel inom olika sociala kategorier i procent

Missbruksmedel	Social- grupp I (n = 15)	Social- grupp II (n = 117)	Social- grupp III (n = 252)	Stude- rande (n = 35)	Hemma- fruar (n = 71)	Okänt (n = 66)
Cannabis	—	0,9	0,4	2,9	—	3,0
Opiater	—	3,4	3,2	5,7	1,4	3,0
Centralstimulantia	(6,7)	11,1	17,1	22,9	1,4	21,2
Sömnmedel	(86,7)	65,8	49,2	14,3	83,1	45,5
Lösningsmedel	—	—	3,2	31,4	1,4	4,6
Andra medel	—	3,4	1,9	2,9	—	1,5
Kombinationer med både opiater o. centralstimulantia	—	4,3	3,2	2,9	—	4,6
Kombinationer med an- tingen opiater el. central- stimulantia	—	1,7	7,1	14,3	4,2	9,1
Övriga kombinationer	(6,7)	4,3	3,2	2,9	4,2	3,0
Okänt	—	5,1	11,5	—	4,2	4,6
Summa	100,1	100,0	100,0	100,2	99,9	100,1

Tabell 48. Missbrukarnas intagningsdiagnoser

Diagnos	Män		Kvinnor		Summa	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Kroppssjukdom	31	9,1	23	10,6	54	9,7
Psykos eller psykosliknande	27	8,0	25	11,5	52	9,4
Neuros el. neurosliknande	33	9,7	72	33,2	105	18,8
Nedsatt intellektuell för- måga	3	0,9	1	0,5	4	0,7
Alkoholmissbruk	53	15,6	9	4,1	62	11,2
Karaktärsstörning	71	20,9	26	11,9	97	17,4
Abusus alii	44	13,0	31	14,3	75	13,5
Alkoholmissbruk + karaktärsstörning	38	11,2	7	3,2	45	8,1
Övriga kombinationer	30	8,8	21	9,7	51	9,2
Uppgift saknas	9	2,7	2	0,9	11	1,9
Summa	339	99,9	217	99,9	556	99,9

redovisningen av dem. Vissa principer vid kodningen av materialet bör här summariskt redovisas för att göra klart vilken innebörden av de redovisade siffrorna är. Sålunda har abusos alii, dvs. läkemedelsmissbruk, redovisats endast då denna diagnos uppträder ensam. Vidare har diagnoser där psykos eller psykosliknande tillstånd kombinerats med neuros, nedsatt intellektuell

Tabell 49. Intagningsdiagnoser inom olika åldersgrupper i procent

Diagnos	Ålder			
	—19 (n = 38)	20—29 (n = 153)	30—39 (n = 138)	40— (n = 227)
Kroppssjukdom	21,1	5,9	8,7	11,0
Psykos eller psykosliknande	—	11,8	7,2	10,6
Neuros eller neurosliknande	15,8	15,0	15,9	23,8
Nedsatt intellektuell förmåga	5,3	0,7	0,7	—
Alkoholmissbruk	5,3	4,6	11,6	16,3
Karaktärsstörning	26,3	25,5	19,6	9,3
Abusus alii	23,6	16,9	12,3	10,1
Alkoholmissbruk + karaktärsstörning	—	10,5	12,3	5,3
Övriga kombinationer	2,6	6,5	10,1	11,5
Uppgift saknas	—	2,6	1,4	2,2
Summa	100,0	100,0	99,8	100,1

förmåga eller karaktärsstörning kodats endast under rubriken psykos. Då neuros kombinerats med nedsatt intellektuell förmåga har endast neuros kodats och slutligen har kombinationer med nedsatt intellektuell förmåga och karaktärsstörning kodats som karaktärsstörning. Generellt kan sägas att diagnosuppgifterna torde lida stora reliabilitetsbrister. Diagnosen är intagningsdiagnos.

Som framgår av tabell 48 föreligger en skillnad i diagnos mellan kvinnor och män. Männen åsättes i större utsträckning diagnoserna alkoholmissbruk och karaktärsstörning. Procentsumman för dessa båda kategorier och kombinationen av dem uppgår till 47,7. Bland kvinnor är motsvarande procent endast 19,2. Neuroskategorin svarar däremot för 33,2 % bland kvinnor men endast 9,7 % bland männen. Till vilka delar dessa olikheter i diagnostisering beror på faktiska beteendesskillnader eller den diagnostiserandes förväntningar på och perception av individer av olika kön är omöjligt att avgöra.

I de två lägsta ålderskategorierna dominerar som synes diagnosen karaktärsstörning samt särdiagnosen abusos alii. Neuroser svarar i alla ålderskategorier för en stor andel, medan alkoholmissbruk främst är en vanlig diagnos i den högsta åldersgruppen. Kombinationer av diagnoser utöver dem som av tekniska skäl sammanslagits tilltar med stigande ålder. Det bör återigen påpekas, att abusos alii endast redovisats, då den är ensam diagnos. Under antagande att exempelvis vissa diagnoser tenderar att åsättas individer först i högre åldrar så blir tendensen till minskning av antal abusos alii-fall förståelig. Tendensen kan också tolkas som tecken på att missbruket i de olika åldrarna har olika karaktär. Förfinade tolkningar bör anstå tills ytterligare bearbetningar gjorts.

3. Kommentar

På huvudsakligen två sätt har undersökts hur den slutna sjukvården berörs av det ökade narkotikamissbruket. Dels har vid medicinalstyrelsen tillgängliga data från mentalsjukhus och psykiatriska kliniker sammanställts, dels har genomförts en enkät till samtliga lasarett, mentalsjukhus, psykiatriska kliniker och alkoholkliniker en viss bestämd dag hösten 1966. De båda materialen är inte jämförbara sinsemellan. Den första omfattar blott fall som uteslutande vårdats för abus^{us} alii. Den senare innefattar också fall som intagits för annan sjukdom. Det första materialet representerar incidensdata, dvs. antalet inlagda fall under en viss observationstid, i detta fall ett år. Det senare materialet utgör prevalensdata, dvs. beläggningen vid en viss tidpunkt. Antalet av undersökningarna berörda sjukvårdsenheter skiljer sig också åt väsentligt.

Av medicinalstatistiken framgår, att antalet fall vårdade för abus^{us} alii ökat inte oväsentligt under de tre observationsåren; ökningen är dock mindre i storstäderna än i riket i övrigt. Frekvensen synes vara högst i storstäderna (Stockholm, Göteborg, Malmö och Norrköping), som representeras av nästan lika många fall som riket i övrigt. I enkäten däremot är det påfallande, att Stockholm ingalunda dominerar på samma sätt som i tidigare redovisade undersökningar. Uppsala och Södermanlands län står t. ex. tillsammans för nästan lika många fall som Stockholms stad.

Inte heller dominerar männen på samma sätt som i tidigare redovisade undersökningar. I enkäten är de något flera än kvinnorna men i medicinalstatistiken väger könen ungefär jämnt.

Av särskilt intresse är missbrukstypen. Det är påfallande, att sömnmedelsmissbrukarna utgör den största gruppen i enkäten, särskilt bland kvinnorna. Detta stämmer inte med mönstret från tidigare redovisade socialt belastade grupper av fall. Det är svårt att säga hur detta skall tolkas. Antingen visar det att trots uppmärksamheten kring den nyaste missbrukstypen med intravenösa injektioner av centralstimulantia är sömnmedelsmissbrukarna alltså flera; det högre antalet sådana sjukhusfall kanske också tyder på att de är överrepresenterade bland de allvarligaste missbruksfallen. En annan möjlighet är dock att sjukhusmaterialet utgör en selektion. Kanske de injicerande missbrukarna mindre ofta söker sjukhusvård eller blir inlagda på sjukhus; en viss betydelse kanske det kan ha att särskilt ungdomarna bland dem redan fått dåligt rykte som anstaltsbesvärliga. Av intresse i detta sammanhang är också att i sjukhusmaterialet är de högre socialgrupperna vanligare än i ovan redovisade grupper av kriminalvårdsfall.

Även i sjukhusmaterialet missbrukas lösningsmedel särskilt av tonåringarna. Centralstimulantia är också vanligast bland yngre missbrukare, medan sömnmedelsmissbruket blir relativt vanligare ju högre upp i ålderskategorierna man går.

Att märka är dock att det i båda dessa undersökningar rör sig om jämförelsevis små material. 328 intagningar för abus^{us} alii år 1962 bör sättas i relation till hela antalet intagningar i psykiatrisk vård samma år, vilket kan anges

till nära 50 000. En beläggning av 500—600 missbruksfall under en viss dag utgör endast en ringa del av samtliga intagna per dag inom den psykiatriska vården — omkring 27 500 (den 31 december 1962). Det bör också påpekas, att detta prevalenstal inte ger någon uppfattning om hela antalet samtida missbrukare i landet; de flesta befinner sig ju utanför sjukhusen.

Slutligen må nämnas, att medicinalstyrelsen på narkomanvårdskommitténs begäran inhämtat uppgifter från bl. a. mentalsjukhusen och de psykiatriska klinikerna om utvecklingen av läkemedelsmissbruket från den 1 januari 1965 till oktober 1966 inom respektive upptagningsområden. Svaren från storstadsregionerna anger att en viss ökning förekommit, under det att beträffande övriga områden redovisats ett i huvudsak konstant missbruk.

G. SAMMANFATTNING

1. Diskussion av hittills utförda undersökningar

Den föregående redovisningen har främst gällt förekomsten av läkemedelsmissbruk inom olika klientelgrupper — av polisen gripna personer, kriminal- och socialvårdsfall samt sjukvårdspatienter. Det har visat sig, att läkemedelsmissbruk är aktuellt i alla dessa klientel. Det egentliga narkotikamissbruket syns vara mest utbrett bland de människor som har de största anpassnings-svårigheterna i övrigt. Inom kriminalvården är missbruksfrekvensen högst inom interneringsklientelet, inom barnavårdsnämnden är det betydligt vanligare bland ungdomsvårdsskoleelever än bland barnavårdsklientelet i övrigt och inom nykterhetsvården är missbruk vanligast på de statliga anstalterna med de svåraste alkoholmissbrukarna.

Det är vidare tydligt att fördelningen inom landet är ojämn. Stockholmsområdet har högre missbruksfrekvens inom de undersökta grupperna än övriga delar av landet. Därefter kommer Göteborg, men frekvensen av missbrukare synes enligt det här framlagda materialet vara lägre än i Stockholm. Malmö—Lund synes ha en lägre missbruksfrekvens än Göteborg; närheten till Köpenhamn underlättar emellertid möjligheterna till införsel och missbruk särskilt av cannabis. Det bör påpekas att bl. a. polisrapporter och informationer från socialorgan utvisar förekomsten av missbruksmiljöer även i en rad mindre städer, t. ex. Halmstad, Ängelholm, Eskilstuna, Örebro och Östersund. Därutöver har på många håll förekommit mer kortvariga missbruksepidemier, som dock vanligen ej avsett opiater eller centralstimulantia utan t. ex. cannabis och lösningsmedel. Det må också påpekas, att missbruksbilden delvis snabbt växlar. Bland tonåringarna kan thinnerepidemier blossa upp och snabbt försvinna igen; sådana epidemier står bakom vissa av frekvenstalen i polisenkäten (t. ex. beträffande Jönköpings län). Det kan också förekomma att en lokal epidemi i en medelstor stad beror på att en missbrukare från Stockholm råkat komma dit och lärt ut injektionstekniken.

I den allmänna föreställningsvärlden har det dominerande intresset under senare tid framför allt gällt missbruket av injicerade centralstimulantia. Det

framlagda materialet visar visserligen, att missbruk av centralstimulantia medelst injektion är den dominerande missbruksformen framför allt i åldrarna 20—40 år. Bland tonåringarna konkurrerar emellertid på sina håll inhalation av lösningsmedel och bland äldre över 40 år är missbruk av sömnmedel och rogivande medel alltjämt vanligare även i de socialt missanpassade grupperna.

Av intresse är att missbruket i avsevärd utsträckning kombinerats med övriga sociala svårigheter, bl. a. arbetslöshet. Påfallande många narkotikamissbrukare går också sjukskrivna långa tider.

I absoluta tal dominerar i regel männen bland missbrukarna. Andelen läkemedelsmissbrukare bland kvinnor är dock större än motsvarande andel bland män. Detta framgår såväl av dr Bejerots undersökning av polisklientelet som av enkäten till polismyndigheterna och rapporterna från barnavårdsnämnder och ungdomsvårdsskolor. Förhållandet kan möjligen sammanhänga med den passivare karaktären i kvinnornas missanpassningsmönster — psykologen Gordan trodde sig också finna att de narkotikamissbrukande ungdomsvårdsskoleeleverna var mindre aktiva än andra elever i kriminellt avseende och i stället visade tendens till flyktmekanismer av olika slag.

Det allvarligaste i missbruksbilden är att det föreligger en markant tendens till ytterligare stegring. Det framgår tydligast av dr Bejerots fortlöpande undersökning av polisklientelet. Men det framgår också av rapporterna från barnavårdsnämnden i Stockholm och ungdomsvårdsskolorna. Under den korta tiden av ett år har missbrukssiffrorna gått väsentligt i höjden.

Det är av stor betydelse att veta hur utbredd narkotikamissbruk är inom befolkningen i övrigt. De relativt låga frekvenstalen i det lättare barnavårdsnämndsklientelet kan möjligen tyda på att i varje fall svårare missbruk inte skulle vara särskilt utbredd bland i övrigt väl anpassad ungdom. Säkra uppgifter härom föreligger dock ej. Då och då framkommer i samband med polisutredningar uppgifter om narkotikamissbrukande skolungdomar. På barnsjukhusen och de barnpsykiatriska klinikerna rapporteras också enstaka fall, vilka för övrigt synes bli allt vanligare. Systematiska undersökningar har ännu ej företagits. I de årliga rapporter om skolhälsovården som skolöverläkaren i Stockholm upprättat ingår också data om missbruk av alkohol, thinner och narkotika. Under de senaste läsåren har nedanstående antal fall rapporterats:

Läsår	Alkohol	Thinner	Narkotika
1963/64	26	125	12
1964/65	13	86	10
1965/66	46	130	36

Någon markant tendens kan inte skönjas. Thinnermissbruket är som väntat starkt växlande till sin utbredning. Möjligen kan talen tyda på en viss ökning av narkotikamissbruket, men det är frågan om mycket små tal i den stora populationen av skolungdom i Stockholm.

Förutom till ovan redovisade undersökningar bör hänsyn tas till vissa andra studier. I teknisk-diagnostiska avsnittet finns sålunda en redogörelse för akut läkemedelsmissbruk hos personer, som undersökts p. g. a. misstänkt trafik-onykterhet. I vårdavsnittet redogörs bl. a. för verksamheten vid specialkliniker för läkemedelsmissbrukare i Stockholm och Göteborg och inom RFHL; vidare finns i vårdavsnittet uppgifter om förekomsten av läkemedelsmissbruk bland de vid ungdomshemmen i Stockholm vårdade ungdomarna.

2. Behovet av ytterligare information

För att få säkrare kunskap om missbruket krävs undersökningar beträffande normalpopulationer och fortsatta studier beträffande riskgrupper. Dessa undersökningar är huvudsakligen av socialmedicinsk karaktär.

a. Undersökningar av olika normalpopulationer

Vid den enkät som Sveriges Radio-TV lät företa med anledning av TV:s narkotikaserie hösten 1965 intervjuades 282 personer i skiftande ålder. Endast 32 hade uppgett sig ha kommit i kontakt med någon eller några personer som använt narkotika. Ytterligare 4 var tveksamma därom. I en kontrollgrupp¹ på 311 personer hade 40 haft kontakt med någon som använt narkotika, medan ytterligare 3 var tveksamma. Egen erfarenhet av narkotika uppgav sig 7 i den första gruppen och 6 i den senare ha haft, dvs. 2,5 % respektive 1,9 %. Det är inte heller särskilt höga frekvenstal; om någon av dessa missbrukat mer regelbundet framgår inte av rapporten.

För att få en ytterligare antydning om missbruk i en normalpopulation har kommittén begärt att få preliminära uppgifter härom från en studie som f. n. genomföres vid Karolinska institutets socialmedicinska institution. I en undersökning av ungdomar mellan 16—25 år, som är representativa för hela Stockholmsbefolkningen i dessa åldrar ingår vissa frågor om narkotika. Materialinsamlingen är inte avslutad, och de i tabell 50 redovisade 973 ungdomarna motsvarar ca 70 % av hela det uttagna materialet.

I intervjun tillfrågades ungdomarna om de »knarkat någon gång». Om svaret blev negativt kom frågan om de erbjudits »knark». Någon närmare förklaring på vad som menades med knark lämnades ej; i regel tvekade ingen med svaret, begreppet var tydligen väl känt. Resultatet framgår av tabell 50. Av pojkarna hade 25 % och av flickorna 10 % erbjudits knark någon gång. Det gällde i ungefär samma utsträckning äldre som yngre ungdomar. Av pojkarna hade 12 % själva prövat på knark åtminstone någon gång, av flickorna nära 3 %. Det gällde oftast en eller annan gång men 11 av pojkarna och 1 av flickorna hade dock använt knark minst 10 gånger. Dessa 12 intervjuades som misstänkta missbrukare mera ingående enligt ett särskilt formulär. Hur

¹ Kontrollgruppen intervjuades ej före undersökningen (se vidare Birgitta Floderus: Realistisk narkotikakunskap, RFMA, Stockholm 1967).

Tabell 50. Stockholmsungdom i åldern 16—25 år som erbjudits narkotika eller själva använt narkotika

Ålder	Män						Kvinnor					
	Hela antalet fall	Erbjudits »knark»	Själva 1 g	använt 2—4 ggr	5—9 ggr	10 el. flera ggr	Hela antalet fall	Erbjudits »knark»	Själva 1 g	använt 2—4 ggr	5—9 ggr	10 el. flera ggr
16	51	12	4	1	—	—	59	6	—	—	3	—
17	50	13	2	1	1	1	44	6	—	2	—	—
18	43	9	3	1	3	—	51	8	3	—	—	—
19	52	17	3	1	—	—	55	8	1	—	—	—
20	69	17	9	1	—	3	37	3	—	—	—	—
21	56	18	3	1	1	2	51	4	—	—	—	—
22	50	10	2	1	—	3	53	6	1	—	—	—
23	49	9	3	1	—	2	49	5	1	—	—	—
24	51	11	2	2	—	—	38	2	—	—	—	1
25	34	10	2	1	—	—	31	1	1	—	—	1
S:a	505	126	33	11	5	11	468	49	7	2	3	2

många av dessa som befanns vara verkliga missbrukare kan ännu inte anges, men några av dem visade sig faktiskt vara väl etablerade i missbruk.

Resultatet av denna undersökning är ännu preliminärt och frekvenstalen kan komma att ändras inte oväsentligt, när materialinsamlingen avslutats. Resultatet stämmer inte särskilt väl med TV-enkäten som refererats ovan. I socialmedicinska institutionens undersökning säger sig betydligt flera ha kommit i kontakt med narkotika. Detta kan sammanhånga med flera omständigheter. I TV-undersökningen var alla åldrar representerade, här endast ungdom. TV-undersökningen gällde hela landet, här blott Stockholm. TV-enkäten utfördes hösten 1965 och denna enkät hösten 1966; ovan har visats att situationen på narkotikafrenten försämrats under det gångna året.

Resultatet visar att i Stockholm konfronteras numera ett ganska betydande antal ungdomar, särskilt pojkar, med narkotika i en eller annan form. Rätt många, särskilt pojkar, prövar också själva på »knark». Det finns alltså ett stort utbud och många faller för frestelsen att försöka. Hur många av dessa som utvecklas till missbrukare är ännu svårt att bedöma.

Då det är nödvändigt att få en mer tillförlitlig uppfattning om antalet svårare läkemedelsmissbrukare än man för närvarande har, är avsikten att försöka räkna antalet missbrukare i Stockholm, där missbruket synes mest utbrett. Denna undersökning är krävande och nödvändiggör medverkan från många olika institutioner och personer som har med läkemedelsmissbrukare att göra. En sådan undersökning ingår i kommitténs forskningsprogram (jfr bilaga 1) och kan nu genomföras i och med att erforderliga medel ställts till förfogande. Förberedelserna är emellertid långt framskridna; ett betydande material har redan insamlats vid Karolinska institutets socialmedicinska institution. Kommittén avser vidare att låta utföra ytterligare populationsstudier beträffande främst skolelever och andra studerande.

b. Undersökningar av riskgrupper

Samtidigt som överläkare Margit Krantz undersökt de narkomaner som erhållit förskrivning av narkotika genom dr Åhström har speciellt utbildade intervjuare vid Karolinska institutet utfört undersökningar av flertalet av dessa patienter enligt ett standardiserat formulär. Detta arbete är inom kort avslutat och materialet skall då sammanställas, så att man får klarhet om social bakgrund, sociala relationer och missbruksmönster för denna missbrukarkategori. Materialet kompletteras med uppgifter från försäkringskassor och andra register samt studier av receptförskrivningarna.

Av stor betydelse är den kliniska studie av samtliga sjukhusvårdade läkemedelsmissbrukare i Stockholm som en forskningsgrupp kring docent A. Bergsman vid Karolinska sjukhusets psykiatriska klinik bedriver. Denna intensivstudie synes komma att ge även socialmedicinska data av intresse. Det bör nämnas att också vid Ulleråkers sjukhus i Uppsala är forskningsprogram rörande narkotikamissbruk och dess behandling under utveckling vid sjukhusets forskningsavdelning.

Läkemedelsmissbruket bland barn är föremål för en ingående studie som igångsatts inom barnavårdsnämnden i Stockholm. Undersökningen leds av dr B. Herulf och genomförs i samarbete med barnpsykiatriska avdelningen vid Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus och Karolinska institutets socialmedicinska institution. Denna studie kommer på ett mera ingående sätt än tidigare att klarlägga missbruksdynamiken bland minderåriga.

Det framgår av den föregående framställningen, att läkemedelsmissbruket f. n. synes vara mest utbrett i asociala kretsar. Det har därför ansetts befogat att närmare studera missbruksmönstret, dess utveckling och samband med olika sociala och personliga förhållanden inom sådana kretsar i Stockholm. Ett antal asociala läkemedelsmissbrukare skall därför bli föremål för ingående intensivstudier med såväl läkarundersökningar som standardiserade intervjuinstrument.

Med hänsyn till det på sina hålla betydande missbruket inom vissa anstalter är det nödvändigt att få till stånd ingående studier även härav.

Kunskaperna om läkemedelsmissbruket är bristfälliga såvitt gäller sjukdomsförloppet vid missbruk av centralstimulerande medel. För att snarast erhålla bättre kännedom om förloppet, det eventuella spontana tillfrisknandet, risker vid längre tids användning m. m. planeras efterundersökningar av personer som missbrukat centralstimulerande medel under längre tid. I första hand är avsikten att studera missbruksförloppet bland personer som vårdats för inokulationshepatit (gulsot) vid Roslagstulls sjukhus.

All erfarenhet ger vid handen att missbruket av centralstimulerande medel i stor utsträckning försiggår kollektivt. En rad missbrukstillhåll, »gegar-kvartar», är kända. De synes vara löst organiserade — folk kommer och går, gamla bekanta försvinner, nya kommer i stället och ett gäng eller en »kvart» upplöses eller uppstår på annat håll. Kärnan i dessa gäng tycks vara asocial, men där samlas också hittills ostraffade personer. Kring missbruket utvecklas

en viss ritual och en gemenskap som inte sällan synes ha starkt suggestiv effekt på de inblandade. Sannolikt bidrar socialpsykologiska faktorer av detta slag både till nyrekrytering av missbrukare och till den påfallande fixeringen i missbruk. Både ur preventiva och terapeutiska synpunkter är det motiverat att närmare studera dessa förhållanden. Särskilda medel härför har ännu ej begärts. Metodiken är komplicerad och ytterligare utvecklingsarbete måste ske innan konkreta projekt kan framläggas.

3. Avslutande bedömning

Kartläggningen av läkemedelsmissbruket förutsätter dels en preciserad definition av begreppen missbruk och missbrukare, dels — med utgångspunkt från dessa definitioner — sådana undersökningar av riskgrupper och normalpopulationer som ovan beskrivits.

Begreppsbestämningen kan vara föremål för delade meningar, och tillämpningen kan vara svår i det enskilda fallet. Vidare måste man bestämma vad kartläggningen skall avse. Skall det gälla alla som vid en viss tidpunkt är påverkade av narkotika m. m.? Eller alla som under en viss avgränsad tidsperiod använt läkemedel på ett visst sätt? Eller skall kartläggningen avse alla, som under en längre tid haft missbruksperioder?

De frekvensuppgifter som förekommit i den allmänna debatten under senare år har varierat på olika sätt, både begrepps- och talmässigt. Kommittén har ingen möjlighet att nu ge någon vederhäftig uppskattning av t. ex. hur många som under 1966 intog beroendeframkallande läkemedel på annat än medicinska skäl, eller hur många som angivna år var i behov av medicinsk vård för sitt missbruk. Vissa allmänna överväganden är dock nödvändiga. Kommittén anser att det gravare missbruket torde vara bättre känt för myndigheterna än de lindrigare missbruksformerna. Såvitt gäller de grava missbruksfallen torde det missbruk som avser narkotika vara sämre känt än det missbruk som avser mer lättåtkomliga medel, t. ex. barbitursyrapreparat. Man kan därför utgå från att de genom medicinalstatistiken och i övrigt redovisade fallen av barbituratmissbrukare representerar åtminstone större delen av de kategorier som behöver sluten medicinsk vård. Däremot är med all sannolikhet de vårdbehövande egentliga narkotikamissbrukarna underrepresenterade i tillgänglig statistik och övrig information. Detta gäller kanske främst de intravenösa missbrukarna, som ofta visat sig vara påfallande dåligt motiverade för vårdåtgärder. I den offentliga debatten har förekommit olika sifferuppgifter — enbart i Stockholm har t. ex. antalet intravenösa missbrukare uppskattats till omkring 5 000. Kommittén har inte tillräckligt underlag för att nu göra säkra uttalanden härom. I och för sig vittnar redan omständigheterna att t. ex. dr Bejerot under en observationstid av drygt 1½ år funnit färiska injektionsmärken hos över 1 200 personer, att antalet intravenösa missbrukare torde uppgå till några tusental i Stockholm och att ett stort antal av dessa är i återkommande behov av medicinsk vård. I Göteborgsområdet torde också finnas

ett betydande antal sådana missbrukare i behov av vård; detsamma torde i mera begränsad utsträckning gälla Malmö—Lund. Inom landet i övrigt är missbruket relativt mindre ofta intravenöst — men bl. a. i de städer, som ovan angavs ha missbruksmiljöer, förekommer intravenösa läkemedelsmissbrukare om än i begränsad omfattning.

Vilken utsträckning missbruk av cannabis har, kan kommittén ej heller uttala sig om f. n. Enligt uppgifter, som kommittén erhållit från landets studentpsykiatriker, skulle läkemedelsmissbruk vara en mer sällsynt företeelse bland studenterna än vad senare tids pressuppgifter givit vid handen. Det kan dock vara osäkert i vilken utsträckning särskilt cannabismissbruk kommer till läkarnas kännedom, och på denna punkt måste kommittén avvakta resultaten av fortsatta undersökningar.

Vården av läkemedelsmissbrukare

A. ALLMÄNNA ÖVERVÄGANDEN

Läkemedelsmissbruket är ett problemkomplex med bl. a. medicinska, sociala, psykologiska och juridiska aspekter. Behandlingen av dem som blivit beroende av läkemedel är emellertid främst en medicinsk (socialpsykiatrisk) fråga. Vid många fall av läkemedelsmissbruk är bruket emellertid så tillfälligt, att något mer utpräglat vårdbehov ej torde föreligga; i dessa fall kommer samhällets motåtgärder fortfarande att vara preventionsinriktade. Därvid måste beaktas att preventionsåtgärderna ej utformas så, att adekvata medicinska vårdåtgärder motverkas. Det medicinska arbetet måste å sin sida utgå från ett flerdimensionellt betraktelsesätt. Hänsyn bör samtidigt tas till såväl somatiska och psykiatriska som psykologiska och sociala faktorerers roll vid sjukdomens uppkomst, utveckling och behandling. Detta synsätt medför ifråga om rehabiliteringsarbetet ett starkt betonande av den "sociala vården" vid sidan av de medicinska åtgärderna.

Av skäl som diskuteras i det följande har kommittén avböjt tanken på att nu föreslå en särskild vårdorganisation, i analogi med exempelvis nykterhetsvården, vid sidan av den psykiatriska vården för läkemedelsmissbrukarna.

Ansvar för den medicinska vården av läkemedelsmissbrukarna åvilar landstingskommunerna respektive städerna utanför landsting, som enligt sjukvårdslagen har att ombesörja sjukvården inom sina respektive områden.

Ansvar för den sociala vården åvilar i huvudsak primärkommunerna enligt socialhjälpslagen och barnavårdslagen.

Vårdavsnittet behandlar frågor om behandlingsmetodik och sjukvårdsorganisatoriska problem. Detta sker ofta utan att dessa båda områden avgränsas från varandra i framställningen, vilket bl. a. beror på de två ämnenas inbördes avhängighet. Så länge som behandlingsmetodiken beträffande vissa läkemedelsmissbrukare ännu befinner sig under utformning, blir svårigheterna avsevärda att dimensionera och i övrigt utforma vårdorganisationen. Kommittén inriktar sig därför i huvudsak på att föreslå sådana anordningar beträffande vården som erfordras oberoende av vårdmetodik eller som kan anpassas till en föränderlig medicinsk praxis. Ifråga om vårdmetoderna vill kommittén understryka önskvärdheten av att olika metoder får prövas och att detta sker under former som tillåter en jämförelse metoderna emellan.

De förslag som framläggs av kommittén är i huvudsak sådana som kan genomföras utan tidsutdräkt. Kommittén har underhand inhämtat, att medicinalstyrelsen för sitt vidkommande är beredd medverka härvid genom att, såvitt detta ankommer på styrelsens prövning, medgiva inrättandet av föreslagna tjänster. Kommittén har för sin del ej haft att göra en avvägning av läkemedelsmissbrukarnas vårdbehov mot andra patientgruppers anspråk.

Kommittén vill dock framhålla, att starka skäl talar för en snabb utbyggnad av ifrågavarande vårdresurser. De patienter det gäller är i stor utsträckning unga, deras missbruk verkar snabbt nedbrytande och ger ofta bestående eller livshotande skador. Missbruksmiljöerna utgör genom spridningsfaran ett hot för andras framtida välfärd, och missbruket bidrar till att skapa kriminalitet och sociala missförhållanden i övrigt.

B. VÅRDEN AV LÄKEMEDELSMISSBRUKARE ÖVER 21 ÅR

1. Behandlingsmål

En diskussion av målsättningen beträffande vården av läkemedelsmissbrukare utesluter definitionsmässigt de problem som är förbundna med den legitima användningen av läkemedel, t. ex. som smärtstillande preparat. Bekämpandet av narkotikamissbruket har aldrig avsett ingripandet mot det legitima bruket. Emellertid kan enligt kommitténs uppfattning de centralstimulerande medlen utan olägenhet undvaras i praktiskt taget alla nu förekommande fall, och de är dessutom i ett ej ringa antal fall direkt kontraindicerade.

För de patienter som befinner sig i ett akut förgiftningstillstånd, kanske av livshotande karaktär, är behandlingsmålet naturligen att häva förgiftningstillståndet och få patienten att överleva. I övrigt måste målsättningen vara att förmå patienten att upphöra med missbruket och att så långt möjligt förhindra återfall. Beträffande vissa patienter bör emellertid målsättningen i första hand inriktas på att få dem att fungera socialt och först i andra hand att förmå dem att avstå från sitt missbruk. Särskilda problem erbjuder de läkemedelsmissbrukare, som trots alla ansträngningar från olika vårdorgan inte kan förmås leva vare sig utan läkemedel eller socialt anpassat. Målsättningen för denna kategori av patienter kan rimligen inte med framgång sträcka sig längre än till att minska deras personliga lidande, söka tillse att de inte sprider sitt missbruk till andra och så långt möjligt motverka kriminalitet och andra beteendestörningar.

Vilken målsättning som skall väljas beträffande en viss patient beror av en rad delvis föränderliga faktorer, som patientens fysiska och psykiska tillstånd, hans situation i övrigt, preparatvalet och missbrukets art och grad, tillgängliga vårdmöjligheter och patientens sätt att svara på behandlingen.

Vissa svårigheter kan uppkomma genom att det samtidigt existerar flera behandlingsmål. Sålunda kan bl. a. vissa patienters motivation för en "drogfri" livsföring minskas genom vetskapen om att andra patienter behandlas enligt en alternativ målsättning. Sådana överväganden föranleder att den vanliga "drogfria" målsättningen endast undantagsvis bör frångås och då på noggrant preciserade indikationer.

2. Hittillsvarande behandlingsformer

Vid vanliga kroppssjukdomar gäller oftast att patienterna har ett självupplevt vårdbehov och söker vård av egen vilja. Även om detta också gäller

somliga läkemedelsmissbrukare — och särskilt vid vissa akuta sjukdomstillstånd — så har de flesta läkemedelsmissbrukarna likväl en svag vårdmotivation. Någon organiserad verksamhet existerar ej för närvarande när det gäller att få kontakt med dessa missbrukare och förmå dem att acceptera vård.

De somatiska vårdformer som särskilt bör uppmärksammas beträffande ifrågavarande klientel är medicinsk intensivvård för dem som genom överdosering drabbas av ofta livshotande tillstånd samt annan somatisk vård vid komplikationer, särskilt den vård som meddelats vid epidemisjukhusen för patienter med inokulationshepatit (gulsot).

Vården av de egentliga läkemedelsmissbrukarna har hittills åvilat den psykiatriska sjukvården i vid mening. Den öppna vården har skett på öppna mottagningar vid lasarett och fristående polikliniker. I viss mindre utsträckning har patienter också sökt de läkare som tjänstgör inom hjälpverksamheten vid de statliga sjukhusen för psykiatrisk vård. Därtill kommer de möjligheter till konsultation som privatpraktiserande läkare, socialläkare och vissa tjänsteläkare kunnat erbjuda. Vårdplatser har beretts vid de psykiatriska klinikerna i viss utsträckning, samt vid de psykiatriska sjukhusen, som är mer lämpade särskilt för det svårskötta klientelet. För att möta de ökande anspråken på öppen vård har under 1966 inrättats provisoriska specialpolikliniker, dels i Göteborg vid Sahlgrenska sjukhuset, dels i Stockholm i anslutning till vissa andra vårdinrättningar i Stadshagen. Vidare har vissa läkare verkställt s. k. ambulant förskrivning av narkotika till ett antal narkomaner.

Några särskilda former av eftervård, utöver vad som förekommer för övriga patienter inom mentalvården, synes ej ha anordnats.

Såvitt gäller tre speciella kategorier av läkemedelsmissbrukare synes anledning föreligga att i det följande överväga de hittillsvarande behandlingsformerna. För ungdom under 21 år finnes särskilda behandlingsmöjligheter genom barnvårdslagens föreskrifter. Alkoholmissbrukare är i viss utsträckning också läkemedelsmissbrukare, vilket föranleder överväganden huruvida nykterhetsvården har erforderliga anordningar för detta klientel. Vidare har kriminalvårdens företrädare i olika sammanhang påtalat behovet av särskilda åtgärder för vård av läkemedelsmissbrukare.

3. Inledande synpunkter beträffande den framtida vårdens utformning

Kommittén finner det vara nödvändigt att vården utformas så att det råder största möjliga integration mellan de olika komponenterna, d. v. s. uppsökande verksamhet — öppen vård — slutna vård — eftervård. Detta erfordras för att garantera en snabb och effektiv övergång från en vårdform till en annan. Vidare skapas härigenom förutsättningar för kontinuitet i vården. Mer än eljest bör man beträffande läkemedelsmissbrukare undvika "the revolving door", d. v. s. en episodiskt och av sinsemellan ej koordinerade organ insatt vård.

En viss centralisering av den slutna vården är nödvändig med hänsyn till

att sådan vård inte bör anordnas där det ej finns tillgång till välutrustade kliniska laboratorier och medicinska intensivvårdsavdelningar. Med hänsyn här till torde, utom beträffande de tre största städerna, sluten vård av läkemedelsmissbrukare i större utsträckning endast böra bedrivas i anslutning till orter med centrallasarett.

Integration och centralisering innebär samtidigt ökade möjligheter till differentiering så att patientens aktuella vårdbehov hela tiden kan tillgodoses i varje fas av sjukdomsförloppet.

I princip bör tillgång finnas till omhändertagande, såväl i sluten som öppen vård, under hela dygnet. Detta erfordras med hänsyn till förekomsten av akuta sjukdomsfenomen och till de enskilda missbrukarnas ofta snabbt skiftande behandlingsvilja.

Kommittén har tidigare förklarat sig vilja lägga huvudansvaret för vården av läkemedelsmissbrukare på den psykiatriska vården. Det bör dock framhållas att åtskilliga läkemedelsmissbrukare kan erhålla tillfredsställande sluten vård vid invärtesmedicinska sjukhuskliniker; detta gäller särskilt vid somatiska komplikationer och vid akuta tillstånd. Dessa kliniker har tidigare visat sig kunna göra betydelsefulla insatser vid vården av alkoholskadade.

Beträffande den viktiga frågan om läkemedelsmissbrukare bör vårdas tillsammans med andra patienter eller hänvisas till särskilda avdelningar gör kommittén följande bedömning. Där inte disciplinproblem eller vårdtekniska överväganden i övrigt föranleder till annat, bör särskilda vårdformer ej anordnas; det är även terapeutiskt motiverat att ej särbehandla dessa patienter. Härigenom torde man också minska riskerna för gruppbildning kring missbruket. Där missbruket redan är ett gruppfenomen och där patienterna genom utagerande och på andra sätt bereder särskilda problem, talar flera omständigheter för speciella vårdavdelningar. Eftersom dessa patienter i behandlingshänseende utgör en svårbehandlad grupp på en vanlig vårdavdelning har t. ex. psykiatriska lasaretskliniker varit restriktiva när det gällt att ta emot dem för vård. Denna praxis har i viss utsträckning kunnat grundas på en berättigad önskan att inte försämra vårdmöjligheterna för övriga patienter. Om man emellertid, i enlighet med kommitténs rekommendation, förlägger vården av dessa patienter till de psykiatriska sjukhusen, talar samma vårdhänsyn för särskilda avdelningar. Att som nu vårda narkomaner tillsammans med t. ex. kroniska psykoser kan vidare medföra en sänkning av motivationen för fortsatt behandling. Med hänsyn till dessa läkemedelsmissbrukares vårdbehov och sätt att reagera på sjukhusbehandling är det slutligen nödvändigt att vidtaga speciella anordningar för att kunna genomföra behandlingen. Att tillskapa ett särskilt specialistsjukhus för behandling av läkemedelsmissbrukare vill kommittén emellertid ej förorda (se s. 132).

Flera omständigheter gör det vanskligt att bedöma hur stor vårdorganisation som erfordras i nuläget. Antalet missbrukare och missbrukets kommande utveckling kan endast uppskattas ungefärligt. Missbrukarnas vårdbehov är också en osäker faktor; därvid gäller emellertid att man bäst känner till det missbruk som är så gravt att det motiverar sluten vård. Missbru-

karnas vårdmotivation varierar bl. a. beroende på tillgången av illegal narkotika samt med hänsyn till sjukvårdens utformning och preventionens effektivitet. För närvarande är det vanligt att läkemedelsmissbrukare låter skriva ut sig från vård på sjukhus så snart de akuta intoxicationssymptomen förklingat.

Det är kommitténs uppfattning att behandlingsmotivationen kommer att vara större ju mer sådana vårdformer kan användas som bygger på patienternas samtycke; tvångsvis anordnad vård — i den meningen att den sker mot patientens uttalade vilja — bör därför tillämpas restriktivt. Det är emellertid ställt utom tvivel att det i åtskilliga fall kommer att vara nödvändigt att kunna anordna sådan vård. Kommittén finner, som framgår av det särskilda avsnittet om tvångslagstiftningen, att de legala förutsättningarna härför finns i erforderlig utsträckning.

4. Uppsökande verksamhet

Flera omständigheter bidrar till att många läkemedelsmissbrukare underlåter att söka vård. Missbruket kan vara eller komma att framstå som den eftersträfvade eller oundvikliga livsformen. Genom att missbrukaren kanske avskurit kontakten med sin ursprungliga miljö och numer tillbringar sin tid tillsammans med andra missbrukare, utsätts han inte heller för omgivningens påverkan att söka behandling. Det finns därför behov av en uppsökande verksamhet med uppgift att förmå kända och övriga läkemedelsmissbrukare att söka vård. Kommittén föreslår att en organisation härför snarast bildas på försök i Stockholm och Göteborg och förlägges i centralt belägna lokaler med ett antal sängplatser. Verksamheten bör ha kontakt med de öppna vårdkliniker för läkemedelsmissbrukare som upprättas i dessa städer och med de särskilda avdelningar som föreslås inrättade vid vissa psykiatriska sjukhus. Detta möjliggör inläggning vid akut behov utan onödig fördröjning. Personal bör lämpligen avdelas från fältarbetet inom social- och barnavård och på detta område (bl. a. RFHL, Ungdomskontakten i Stockholm och Stadsmissionen). Viktigt är att även socialpsykiatriskt erfarna läkare knytas till verksamheten. Denna bör fungera kontinuerligt — även under veckoslut och helger — med jour dygnet runt.

Den föreslagna organisationen skulle skapa god person- och lokalkännedom hos den tjänstgörande personalen och förbättra möjligheten att överhuvud få den nödvändiga kontakten med klientelet. Till en sådan verksamhet skulle också t. ex. föräldrar kunna vända sig då de t. ex. befarar att deras barn befinner sig i någon av de s. k. kvartarna, från vilka polis för närvarande inte har rätt att återföra missbrukare, om de icke gjort sig skyldiga till brott eller är föremål för åtgärd från barnavårdsnämnd.

Den föreslagna uppsökande verksamheten avses gälla såväl äldre som yngre läkemedelsmissbrukare. Tillgång till sängplatser motiveras emellertid av de äldres behov — såvitt gäller missbrukare under 21 år bör dessa erhålla

sådan hjälp genom barnavårdens och sjukvårdens försorg eller, såvitt gäller Stockholm, genom den särskilda institution som kommittén föreslår (se sid. 141 o. f.).

Då en sådan verksamhet med nattmottagning och sängplatser kommer att utsättas för stora påfrestningar bör den organiseras i offentlig regi. Denna socialmedicinska verksamhet torde kunna bedrivas med sjukvårdsstyrelse eller socialvårdsmyndighet som huvudman. Ett nära samarbete mellan sjukvårdshuvudmän, socialvårdens företrädare och privata hjälporganisationer är under alla omständigheter en nödvändig förutsättning i detta arbete.

Den personal som avses arbeta i förevarande verksamhet kommer ej att ha befogenhet att utöva någon form av tvång; skulle det befinnas nödvändigt att hjälpa en läkemedelsmissbrukare även mot hans vilja måste därför, om andra möjligheter ej står till buds, läkare tillkallas, som får föranstalta om eventuell vård.

5. Invärtesmedicinsk intensivvård

Under senare år har ett allt större antal akuta och svåra förgiftningsfall (ofta i medvetslöst tillstånd) införts till kroppssjukhusen i storstadsregionerna. Som exempel kan nämnas att årligen cirka 1 000 sådana fall införes till Södersjukhuset i Stockholm. Av dessa kräver cirka 250 vård på medicinsk intensivvårdsavdelning.

Av dessa fall är många läkemedels- och alkoholmissbrukare. Antalet läkemedelsmissbrukare kan emellertid ej med säkerhet fastställas på grund av brister i diagnosregistreringen. Dessa patienter bereder ofta somatiskt-psykiatriskt avancerade problem under avgiftningsfasen, som kan vara av längre eller kortare varaktighet beroende på missbrukets längd, dosernas storlek, preparatval och patientens kroppsliga tillstånd.

Under denna avgiftningsfas uppstår ofta vårdproblem till följd av komplikationer beträffande kärl- och nervsystem samt andningsvägar. Vården kräver dessutom att vätskebalans och njurfunktion följs kontinuerligt, vartill kommer att komplikationer också lätt kan inträffa genom liggsår, sårskador och infektioner efter sprutstick.

Ur psykiatrisk synpunkt bereder patienten också vårdproblem på grund av abstinensoro med ofta svårartad desorientering och stora krampanfall med åtföljande deliriösa tillstånd. Därtill kommer svårigheter av annan art, t. ex. balansering av relationer med anhöriga. Ett annat ofta mycket svårlost problem utgör kontroll över medicinering, så att tillförsel utöver läkarordination av mediciner förhindras.

Som en lösning av dessa kombinerade vårdproblem synes det kommittén önskvärt att före en eventuell längre psykiatrisk behandlingsperiod inskjuta en vårdtid om två till tre veckor på en kombinerad medicinsk-psykiatrisk intensivvårdsavdelning. De viktigaste kraven på en sådan avdelning torde vara, att den i tillräcklig omfattning förses med psykiatriskt-somatiskt tränad vårdpersonal, tekniska hjälpmedel samt isoleringsmöjligheter. En

sådan avdelning är emellertid synnerligen kostsam och indikationerna för intensivvård föreligger endast vid vissa allvarliga tillstånd. Kommittén föreslår därför tills vidare en sådan kombinerad avdelning endast för Stockholm, där antalet läkemedelsmissbrukare med detta vårdbehov motiverar den föreslagna utbyggnaden. En sådan avdelning anordnas snabbast i anslutning till en redan bestående medicinsk intensivvårdsavdelning.

Beträffande övriga intensivvårdsavdelningar i landet bör tills vidare det psykiatriska vårdbehovet tillgodoses genom selektiv personalförstärkning och ett samarbete med de psykiatriska lasarettsklinikerna.

Kommittén hänvisar i övrigt beträffande de medicinska intensivvårdsavdelningarnas organisation och funktion till en av medicinalstyrelsen genom särskilda sakkunniga verkställd utredning.

6. Hepatitpatienter

Ett särskilt problem under senare tid har varit hur epidemisjukvården skall utformas för de läkemedelsmissbrukare med hepatit (gulsot) som ofta stör disciplinen vid olika vårdavdelningar och därför som regel endast beredes öppen vård vid Roslagstulls sjukhus i Stockholm och vid Göteborgs infektionssjukhus. Kommittén finner att anordningar måste skapas för att dessa patienter också skall kunna beredas sluten epidemivård. Detta kan ske genom särskilda avdelningar inom epidemisjukvården och genom att sådan vård beredes inom den psykiatriska vården.

För Stockholms del anser kommittén att båda dessa vägar bör beträdas. En särskild avdelning för läkemedelsmissbrukare bör inrättas vid ett infektionssjukhus, som i viss utsträckning förses med sjukvårdspersonal med erfarenhet av psykiatrisk vård, men också inom den psykiatriska sjukvårdens ram bör skapas isoleringsmöjligheter och ställas epidemiologisk läkarexpertis till förfogande för vård av hepatitfall. Risken för smittspridning torde härvid kunna betraktas som mycket ringa. Enligt kommitténs mening borde Roslagstulls sjukhus erbjuda goda möjligheter för den förstnämnda vårdformen, som erbjuder bäst möjligheter för en systematiskt genomförd behandling med kontroll av leverfunktion etc. Vissa lokaler vid sjukhuset, som nu disponeras av hälsovårdsnämnden, torde kunna friställas för angivna vård.

I Göteborg synes antalet hepatitfall visserligen vara stort, men likväl ej motivera en särskild avdelning vid infektionssjukhuset. Kommittén är av den uppfattningen att vården av hepatitfall bland läkemedelsmissbrukarna i Göteborg tills vidare torde böra förläggas till den psykiatriska sjukvården. Kommittén vill föreslå Göteborgs stads sjukvårdsstyrelse att efter samråd med berörda läkare skapa förutsättningar för en sluten vård av ifrågavarande fall.

Antalet hepatitfall av angiven typ på infektionskliniken vid Malmö allmänna sjukhus har ej överstigit sammanlagt tio de senaste åren, och de har hittills ej berett några mer uttalade svårigheter. Särskilda anordningar synes därför för närvarande ej påkallade.

7. Öppen vård

a. Öppen vård enligt sedvanliga behandlingsmetoder

Öppen vård för läkemedelsmissbrukare kan tillgodoses vid befintliga öppna mottagningar och polikliniker samt vid psykiatriska kliniker och sjukhus, varvid patienterna — under förutsättning att tillströmningen inte är alltför omfattande — tas emot i den omfattning och på det sätt som gäller för övrigt klientel.

Under det gångna året har vissa öppna vårdformer av väsentligen provisorisk karaktär tillskapats.

Stockholms stad har genom den s. k. Stadshagspolikliniken anordnat en fristående öppen mottagning för läkemedelsmissbrukare sedan den 26 januari 1966. Vid denna har tjänstgjort två läkare varje onsdagseftermiddag under cirka 4—5 timmar. Mottagningen har därjämte varit bemannad med en halvtidstjänstgörande kurator samt med en sjuksköterska och ett kanslibiträde på deltid. Mottagningen hade t. o. m. den 30 september 1966 besökts av 99 patienter, varav 71 män och 28 kvinnor (totalt närmare 400 konsultationer). Genomsnittligt mottogs omkring 12 patienter per månad. Av patienterna missbrukade 55 centralstimulerande medel enbart (ca 55 %) medan 19 patienter uppvisade både centralstimulerande och morfin eller morfinliknande ämnen (ca 19 %). I övrigt förekom enstaka missbrukare av lugnande medel, sömnmedel, cannabis och thinner.

Patienternas medianålder var 25—26 år. Åldersfördelningen framgår av följande uppställning.

Alder	Män	Kvinnor	Totalt
15—16 år		2	2
17—21	18	7	25
22—26	15	11	26
27—31	13	4	17
32—36	11	1	12
37—41	9	—	9
42—46	3	—	3
47—51	1	3	4
52—56	1	—	1
Summa	71	28	99

Av patienterna var 31 män och 2 kvinnor tidigare kriminellt belastade; en kontroll hos kriminalregistret har ej företagits beträffande denna uppgift.

En viss restriktivitet synes ha rätt vid mottagningen när det gäller att ta emot patienter med mer uttalad kriminell belastning. Föreståndaren för mottagningen överläkare L. Ljungberg har här till förklarat att en mottagning av denna typ har för dåligt utbyggda kontakter med kriminalvårdens eftervårdsorganisation för att kunna göra en effektiv insats.

Behandlingsmetoderna vid mottagningen har varit de som förekommer vid en vanlig psykiatrisk poliklinik.

En liknande öppen mottagning anknuten till Sahlgrenska sjukhusets psykiatriska klinik bedrivs sedan den 21 april 1966 under en eftermiddag per vecka. Under tiden 21 april—31 december 1966 förekom 154 konsultationer. Det förtjänar dock att påpekas att de flesta vårdsökande läkemedelsmissbrukarna vid Sahlgrenska sjukhuset ej behandlas vid narkotikakliniken bl. a. eftersom de ofta kommer som jourfall under kvällar och nätter eller i övrigt då narkotikapolikliniken ej har mottagning.

Under tiden 21 april—30 juni 1966 sökte 15 patienter vård vid mottagningen, och under tiden 1 juli—31 december samma år tillkom 34 patienter. Åldersfördelningen var för hela patientgruppen följande: 16 patienter i åldern 15—19 år, 10 20—24 år, 12 25—29 år, 3 30—34 år, 5 35—39 år och 3 över 40 år. Könstillfördelningen var 37 män och 12 kvinnor. Vid första kontakten med mottagningen var 23 patienter i arbete. 18 kunde anges ha tidigare kriminell belastning.

Ifråga om missbruksmedel synes centralstimulantia ha förekommit i 28 fall, enbart cannabis i 4 fall, morfin i 1 fall, morfinderivat i 2 fall och barbitursyrarhaltiga medel i 3 fall; i övrigt förekom spridda fall beträffande meprobamat, thinner och fenacetin. Blandmissbruk var vanligt förekommande.

Docent B. Jansson och dr Maj Britt Holmberg har i egenskap av läkare vid mottagningen i en skrivelse av den 10 februari till narkomanvårdskommittén, såvitt gäller förhållandena under andra halvåret 1966, anförut bl. a.:

»Av patienterna inlades 4 på psykiatriska kliniker medan 5 togs in på Lillhagens sjukhus. 21 behandlades ambulantly helt utan narkotika medan slutligen 4 tidvis erhöjll små doser (ej överstigande 1×3 av ritalina eller motsvarande) narkotika under den ambulanta behandlingens gång.

Verksamheten har successivt ökat i omfattning, åtminstone tidsmässigt. Det framstår som svårt för att inte säga omöjligt för oss att i längden fortsätta verksamheten parallellt med vårt vanliga psykiatriska arbete. Inte minst i fråga om sociala åtgärder har de ökade kraven varit svåra att tillfredsställa, särskilt som vi sedan den 1 januari icke haft någon kurator att lita till. Det torde inom en nära framtid vara nödvändigt med en omorganisation med tillskapande av heltids- eller deltidstjänster enbart för narkomanvård. Man torde också få överväga ett förläggande av verksamheten till andra lokaler än psykiatriska klinikens hårt ansträngda utrymme. Utan tvekan är det en riktig tanke att försöka ordna med tillgång till läkare dygnet runt för det aktuella klientelet — detta problem ter sig emellertid ytterst svårlöst med hänsyn till nuvarande psykiaterbrist.

Vi är fullt medvetna om att vårt material är ett starkt selekterat material och att det kanske ingalunda omfattar de individer som utgör de farligaste smittkällorna. Vi tror därför att en uppsökande verksamhet utgör ett viktigt led vid bekämpandet av narkotikaproblemet; vi befarar emellertid att personaltillgången även i detta sammanhang kan visa sig vara ett svåröverbunnet hinder.»

Antalet patienter med läkemedelsmissbruk synes fortfarande öka i sådan utsträckning att det i vissa fall ej kan ges erforderlig behandling i ordinär öppen vård utan att detta inkräktar på vården av andra patienter. Det måste därför enligt kommitténs bedömning även i fortsättningen vara erforderligt att vidta särskilda organisatoriska åtgärder.

Den öppna mottagningen kan därvid organiseras antingen fristående som skett i Stockholm eller också i direkt anknytning till psykiatriskt sjukhus eller

psykiatrisk klinik som skett i Göteborg. Övervägande skäl talar för det sistnämnda alternativet. Därmed uppnås den erforderliga samordningen med den slutna vården, vilket i praktiken är en nödvändig förutsättning för att man snabbt skall kunna lägga in patienter som är i behov därav. Är mottagningen fristående bör den lämpligen ledas av läkare som är knuten till sjukhus och som samtidigt disponerar egna vårdplatser.

Vare sig mottagningen är fristående eller anknuten till sjukhus bör den vara bemannad med personal dygnet runt eller ha sört för någon form av jourhänvisning.

En till sjukhus förlagd mottagning skulle lättare ha tillgång till jourhavande läkare för akuta fall utöver de tider särskild läkarmottagning äger rum. Med hänsyn bl. a. till bristen på psykiater torde det vara orealistiskt att i nuvarande läge föreslå en mottagning under dygnets 24 timmar enbart för narkomanvård annat än i Stockholm. Personalen för en öppen mottagning för läkemedelsmissbrukare bör förutom läkare omfatta kurator, psykolog, sjuksköterska och kanslibiträde. Regelbunden kontakt bör etableras med arbetsvårdens tjänstemän. Relationerna till socialvårdens organ torde bäst tillgodoses genom att en särskild tjänsteman knyts till verksamheten under åtminstone någon del av mottagningstiden.

I anledning av dessa överväganden finner kommittén det lämpligt att verksamheten vid Stadshagspolikliniken i Stockholm i enlighet med vad sjukvårdsstyrelsen i Stockholm beslutat överflyttas till Psykiatriska sjukhuset. Kommittén vill vidare föreslå att polikliniken organiseras så att jourfall kan mottagas dygnet runt.

Beträffande narkotikapolikliniken vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg vill kommittén föreslå att den nu förstärkes till att omfatta mottagning alla veckodagar under dagtid och erhåller en kurator.

b. Den ambulanta förskrivningen av narkotika

Den form av öppen vård som varit mest omstridd internationellt och även i Sverige är den som består i att förskriva narkotika till narkomaner.

I England anses varje läkare ha rätt att företa sådan behandling utan mera omfattande restriktioner. Något samarbete mellan de olika läkare som meddelar sådan behandling synes inte förekomma och inte heller har speciella föreskrifter utfärdats av den centrala tillsynsmyndigheten. Den okontrollerade förskrivningen har kritiserats i den andra s. k. Brainrapporten (Drug Addiction, The Second Report of the Interdepartmental Committee, London 1965). Denna rapport beskriver kortfattat det aktuella läget beträffande narkotikamissbruket i England och konstaterar att det förekommit en oroande ökning i antalet heroinister och kokainister, vilket rapporten tillskriver en alltför frikostig förskrivning från ett fåtal läkares sida. Rapporten föreslår bl. a. generella inskränkningar i läkares rätt att förskriva heroin och kokain till narkomaner. Sådan förskrivning föreslås få ske endast vid särskilda institutioner.

I Förenta Staterna har den ambulanta behandlingen med förskrivning av narkotika diskuterats under årtionden. Metoden förekom där under 1910- och början av 1920-talet, då förskrivningen skedde vid särskilda kliniker. Verksamheten var delvis bristfälligt organiserad, som en hjälp för de narkomaner som kommit i en svår situation genom antagandet av Harrison Narcotic Act. Resultaten av denna verksamhet har varit omstridd. Ur vetenskaplig synpunkt riktigt organiserade försök har påbörjats först under senare tid. The President's Advisory Commission on Narcotic and Drug Abuse, Final Report, november 1963, behandlar denna fråga utförligt (s. 56 f). Kommissionen uttalar att man hittills varit skeptisk mot alla sådana försök, men att tidpunkten synes vara mogen för att under rigorös kontroll genomföra ett sådant experiment. Även AMA (the American Medical Association) har uttalat sig i den riktningen, bl. a. i The Journal of American Medical Association, 13 oktober 1962, vol. 182, s. 30:

»Oklarhet hos offentlighet och somliga medicinska sammanslutningar har föranlett AMA att åter ange sin inställning beträffande öppna kliniker för ambulantly behandling av narkomaner. Sammanfattningsvis är AMA:s inställning denna: AMA motsätter sig på grundval av nuvarande kunskap allmänna icke-experimentella ambulanta behandlingsprogram men understödjer tanken på en experimentverksamhet med en öppen klinik för narkomaner för att man skall utröna möjligheterna att behandla åtminstone vissa typer av narkomaner.»

Dole och Nyswander vid Rockefelleruniversitetet i New York har introducerat en behandlingsmetod för heroinism, som synes vara av ett visst allmänt intresse (metoden har presenterats av överläkare M. Nimb i Nord. Med. 1966, s. 16, och professor L. M. Gunne i Läkartidningen 1966 nr 43). Metoden innebär att patienterna i stället för heroin inställs på en individuellt avpassad dos metadon, ett syntetiskt morfinersättningsmedel med lång duration. Detta sker under en cirka sex veckors sjukhusvistelse. Medlet injiceras icke utan intages upplöst t. ex. i apelsinjuice. Efter denna sjukhusvistelse besöker patienten en gång om dagen en poliklinik för att där få sin dos, samtidigt som man genom urinalanalys kontrollerar att något missbruk av heroin inte förekommit. Denna metod kan även tillämpas på morfinister och övriga opiatmissbrukare.

Beträffande den principiella frågan om ambulantly behandling med förskrivning av narkotika skall få förekomma torde största betydelse få tillmätas ett nyligen avgivet uttalande av WHO Expert Committee on Dependence-Producing Drugs, som i sin rapport för år 1966 (World Health Organization Technical Report Series No. 343) förklarat bl. a. följande beträffande berörda experiment.

»Kommittén tog ställning till experiment som pågått i över två år där en grupp huvudsakligen heroin-beroende patienter stabiliserades på stora endagsdoser metadon. Dessa patienter har fått hjälp att finna arbete och bostad. De fortsätter att besöka kliniken regelbundet för att få medlet, som alltid ges oralt, och för att få sin läkemedelskonsumtion kontrollerad genom urinalyser. De tycks ha förlorat intresset för övriga narkotika, men deras inställning till andra läkemedel är mer osäker. Den farmalogiska förklaringen torde vara att hos dessa patienter uppstått

en höggradig korstolerans beträffande de subjektiva och andra effekterna av heroin och besläktade medel. De flesta av patienterna tycks ha övergivit sina asociala aktiviteter och visa påtagligt förbättrad social anpassning. Den uttalade målsättningen har alltid varit en slutlig avvänjning från narkotika, men ingen ansträngning har ännu gjorts härvidlag och det finns för närvarande inget tidsschema för en sådan avvänjning. Det måste betonas att detta program med underhållsdoser av metadon bör betraktas som en forskningsverksamhet i begränsad omning, som man får hoppas kommer att ge värdefull kunskap om fenomen i samband med läkemedelsberoende. För närvarande kvarstår dock många frågor obesvarade och många undersökningar måste företagas för att belysa exakt vilken roll metadonet har i relation till övriga inverkanande faktorer.

Kommittén är av den åsikten att så länge som underhållsdoser av metadon inte ges endast för att tillfredsställa individuella behov (not carried out simply for gratification of the individual) utan utnyttjas som ett stöd för organiska ansträngningar att uppnå social anpassning, så kommer detta förfarande också i fortsättningen att vara av betydande vetenskapligt intresse.»

Ambulant förskrivning av narkotika har i Sverige under tidigare år förekommit i ett begränsat antal fall. Därvid har det vanligen gällt morfinister, som trots ett stort antal vårdtillfällen på sjukhus alltid återfallit i sitt missbruk. Dessa kroniska fall har oftast varit socialt anpassade.

En av de läkare som för närvarande föreskriver narkotika i ambulant behandling med medicinalstyrelsens särskilda medgivande påbörjade förskrivningen år 1959. I övrigt har den nu aktuella ambulanta förskrivningen tagit sin början under april 1965, då underläkaren vid S:t Eriks sjukhus i Stockholm dr S.-E. Åhström inledde sin förskrivning av detta slag. I stort sett samtidigt påbörjades ambulant förskrivning av två andra läkare, nämligen dr Viggo Hanzon (27 patienter) och med. kand. Irène Matthis (9 patienter). Dessa två läkare avbröt dock efterhand behandlingen — dr Hanzon bl. a. med hänsyn till andra arbetsuppgifter och dr Irène Matthis p. g. a. fortsatta studier. Underhand har under denna tid sammanlagt elva läkare deltagit i ambulant förskrivning. Dessa läkare har av kommittén anmodats att redogöra för sina erfarenheter.

Dr Hanzon har ej tillställts enkäten då han för närvarande vårdas efter ett olycksfall. Av honom tidigare vårdade patienter återfinns dock bland dr Åhströms nuvarande patienter. En läkare som föreskriver narkotika till två patienter har på grund av bortovaro ej kunnat nås av kommitténs förfrågan. Beträffande en läkare i Göteborg, som under tiden februari—april 1966 förskrivit narkotika i ambulant behandling till 19 patienter, men som avbrutit denna förskrivning sedan anmälan gjorts till medicinalstyrelsens disciplinnämnd, har vissa uppgifter om patienterna erhållits från disciplinnämndens akt; dessa uppgifter ansluter ej helt till frågorna i kommitténs enkät. Dr Åhströms svar redovisas för sig, eftersom det föreligger avsevärda skillnader beträffande behandlingsmetodik och i övrigt mellan hans och övriga läkares förskrivning.

Av de nio läkare som besvarat kommitténs förfrågan har sju bedrivit den ambulanta förskrivningen i sin privata praktik.

Av den förutnämnda Göteborgsläkarens patienter var nio i åldern 20—30 år, fyra 30—40, två 40—50 och en över 60. Könsfördelningen är 15 män och fyra kvinnor. En patient erhöll förskrivning av endast morfinmedel, fem patienter erhöll såväl morfinmedel som centralstimulantia och 13 patienter erhöll förskrivningar av endast centralstimulantia.

Läkaren har beträffande patienternas arbetsförhållanden uppgivit, att endast tre var i arbete när förskrivningen tog sin början. En patient var sjukskriven. När förskrivningen upphörde den 29 april 1966 var 16 patienter i arbete och två sjukskrivna. Den återstående patienten var häktad för en receptförfalskning, begången innan förskrivningen tagit sin början. Den 15 juni 1966 var fem patienter i arbete och en sjukskriven. En patient var anhållen, tre var häktade och en patient avtjänade straff. Den 6 oktober 1966 var en patient i arbete och tre sjukskrivna, under det att två var häktade och tre avtjänade straff.

En socialläkare i Stockholm har behandlat sammanlagt tio patienter med ambulant förskrivning (fyra aktuella fall). Fem patienter var i åldern 20—30 år, fyra 30—40 och en i åldersgruppen 40—50. Sex patienter var män och fyra kvinnor. Alla patienterna har erhållit förskrivningar av centralstimulantia. Endast två patienter har skött arbeten (varav en som hemmafru). Läkaren ifråga har bl. a. anfört följande beträffande den ambulanta förskrivningen:

»De indikationer vid vilka jag tillämpat s. k. legalförskrivning av narkotika kan närmast uppdelas i två. Dels pessimaprognosfall, där narkotikamissbruket varit länge, där den sociala situationen var ytterst tilltrasslad, där sjukhusvård bedömdes som meningslös och där jag ändå ville göra ett försök att se, om man i någon mån kunde begränsa missbruket med legal förskrivning. Dels fall med relativt hygglig social anpassning, där den ekonomiska situationen tack vare narkotikabruket vanskligt äventyrat den sociala anpassningen.»

»Jag har tillämpat täta besök och alltså förskrivning av relativt små doser åt gången. 2 à 3 besök per vecka, vilket så småningom reducerats till en gång per vecka. Jag anser det väsentligaste vara intensiv kontakt med patienten. Tror knappast att man med annan övervakning kan åstadkomma en absolut kontroll. Är medveten om att en del patienter har tagit bredvid, vilket de också öppet angivit här.»

»Mina allmänna erfarenheter av dylik behandling är väl ganska negativa. Jag tror dock, att vissa fall skulle man — om man hade mera tid att intensivt ägna sig åt dem samt eventuellt mera sociala hjälpresurser — kunna klara på detta sätt.»

»Det mest väsentliga här anser jag vara intensivkontakt med behandlande läkare samt sociala hjälpresurser som t. ex. att ordna bostad, att ha ekonomiska möjligheter att skicka bort vederbörande att vila sig under mindre konventionella former än konvalescenthem, att få in vederbörande på sjukhus i det rätta ögonblicket, när vederbörande är positiv och inte en månad efteråt, när vederbörande har ångrat sig.»

»Vad pessimaklientelet gäller, med detta menar jag alltså de gravt belastade, tror jag det fordras speciell kännedom om och speciell känsla för detta utomordentligt svårbehandlade och särpräglade klientel. Det krävs stora personella resurser, dock inte enbart av läkare, kuratorer etc., utan även av s. k. vanligt folk med kontakt-möjligheter för just detta speciella klientel. Kanske någon form av dispensärverksamhet, där man väljer personalen framförallt efter personlig lämplighet.»

De sju övriga läkarna redovisar tillsammans 24 fall, varav fyra läkare vardera ett fall (ett fall ej längre aktuellt sedan läkaren på grund av egen sjukdom nödgats avbryta behandlingen och ett fall inaktuellt sedan patienten lämnat orten), en läkare fyra fall (alla aktuella), en läkare sju fall (varav fyra aktuella) samt en läkare nio fall (inga aktuella). Antalet fall är sålunda så begränsat att några säkra slutsatser med anspråk på generell giltighet ej torde kunna erhållas. Aldersmässigt fördelar sig patienterna med åtta i åldern 20—30 år, nio 30—40, en 40—50, två 50—60 respektive fyra över 60. Tjugo patienter är män och fyra kvinnor. Samtliga utom två är (var) missbrukare av morfin eller motsvarande medel. Av patienterna lyckas (lyckades) 18 uppehålla arbete. Behandlingsmålet är i några fall att avvänja patienten, varvid förskrivningen utnyttjas i arbetet att motivera patienten till sjukhusvård. I flertalet fall innebär emellertid den ambulanta förskrivningen att läkaren åtminstone för närvarande resignerat beträffande avvänjning i så måtto att en tillfällig avvänjning visserligen kan genomföras men patienten snabbt återfaller efter sjukhusvistelse. Dessa patienter har med få undantag genomgått ett avsevärt antal sådana vårdförsök. I valet mellan till synes gagnlösa avvänjningsförsök och alternativet att hålla patienten i arbete utanför sjukhus har ambulant förskrivning framstått som det bättre alternativet. En förutsättning för ambulant behandling synes enligt dessa läkares — och kommitténs — uppfattning vara att doserna kan hållas väsentligen konstanta eller helst sänkas under behandlingens gång. I huvudsak har endast morfin eller motsvarande medel förskrivits. Endast i två fall har kompletterande behandling med centralstimulantia förekommit och i två fall förskrivning av enbart sådana medel. Försök till kontroll över att patienten ej missbrukar förskrivningen genom att t. ex. skaffa sig ytterligare medel illegalt eller genom att sälja av sin egen tilldelning har främst skett genom läkarnas krav på täta återbesök. Det torde emellertid ej förekomma annat än undantagsvis att medlet tillföres i läkarnas närvaro. Läkarna har haft en medveten strävan att söka förmå patienterna att övergå från injektionsbehandling till peroral tillförsel av metadon. Attityden hos läkarna inför verksamheten kan karakteriseras som reserverat positiv. Den läkare som direkt förklarar sig ha negativa erfarenheter av sådan förskrivning förklarar beträffande sin ende nuvarande patient att en påtaglig förbättring inträffat i dennes situation och att patienten återupptagit sitt yrkesarbete.

Dr Åhströms verksamhet har fått en speciell karaktär genom det stora antalet patienter (ca 130) och genom att det i övervägande antalet fall ej gällt missbrukare av morfin utan missbrukare av centralstimulantia, främst preludin. Den måhända viktigaste skillnaden från övrig liknande verksamhet har dock förmodligen gällt själva behandlingsmetodiken. I sin redogörelse av den 17 januari 1967 förklarade dr Åhström härvidlag:

»Försök med 'legal förskrivning' till narkomaner i öppen vård har ju förekommit länge på många håll i världen, men såvitt jag vet aldrig ett experiment av liknande karaktär som denna pågående försöksverksamhet, där förskrivningen ej är auktoritativ utan liberal och kombineras med grupp-psykoterapi och socioterapi.

Med liberalförskrivning avses en förskrivning där patienten själv bestämmer doseringen och doktorn mera är rådgivare, även om han naturligtvis har vetorätt. Auktoritativ förskrivning innebär att läkaren dekreterar snävtast möjliga dosering med utgångspunkt från de upplysningar han kunnat införskaffa om och av patienten. Den auktoritativa förskrivningen anser jag möjligen kan vara motiverad, när det gäller morfinister, eftersom morfin är mer komplicerat att få tag i illegalt men endast i så fall när det gäller psykoterapiresistenta patienter. Den auktoritativa förskrivningen måste nämligen motverka en integrativ psykoterapi och överhuvudtaget försvåra en god kontakt mellan patienten och läkaren. Och även när det gäller de narkomaner som ha mycket svaga överjagsfunktioner kan den bara hjälpa till att konservera deras infantila funktionssätt. Dessutom får den auktoritativt förskrivande läkaren räkna med att han mycket ofta blir lurad antingen genom att patienten uppger sitt behov av narkotika för stort, eftersom han förutskickar, att läkaren prutar ner eller att han ej vågar tala om, att han köper illegal narkotika vid sidan om den förskrivna. Också grupp-psykoterapien och socioterapien, som även diagnostiskt är effektiv genom att snabbt ge en allsidigare uppfattning om patienten än om man endast har honom på andra sidan skrivbordet, syftar till att få patienten att fungera vuxet, känna att han helt själv bestämmer sitt öde, att genom frihet och förtroende få honom att bli ansvarig och social inom det miniatyrsamhälle som patientföreningen utgör. Eftersom läkaren är helt solidarisk med alla patientens rimliga önskemål och aldrig ifrågasätter, att patienten talar osanning kan patienten bara lura sig själv, aldrig doktorn.»

Sedan februari 1966 existerar en särskild »patientförening» för dr Åhströms patienter. Dr Åhström förklarar sig uppfatta patientföreningen som ansvarig för vården och sig själv som snarast anställd av patienterna.

Den kritik som förekommit mot den ambulanta förskrivningen har endast delvis gällt själva principen att överhuvud förskriva narkotika till narkomaner. Huvudsakligen synes kritiken ha gällt dr Åhströms och en annan läkares utformning av den ambulanta förskrivningen. Det har bl. a. anmärkts att så stora doser förskrivits, att patienternas tillstånd snarare försämrats, att patienterna utfört injektionerna med lika primitiv hygien som gäller den illegala användningen av narkotikamissbrukare och att vissa patienter överlåtitt narkotika illegalt till andra och därigenom i vissa fall fungerat som smittspridare. Dr Åhström har här till i sin redogörelse bl. a. förklarat att verksamheten

»i första hand haft karaktären av en humanitär aktion, som på grund av de bristande resurserna bäst kan beskrivas som en form av vanvård som dock varit bättre än ingen vård alls och som för många av patienterna betytt en positiv förvandling av hela deras liv från djupaste elände till en socialt acceptabel någorlunda människovärdig, ibland rentav lycklig tillvaro. Vissa skulle kunna karakteriseras som återställda till full psykisk hälsa.»

»Huvudparten i försöksverksamheten deltagande patienter ha haft så besvärliga sociala problem, att även en psykiskt frisk människa i deras situation skulle sviktat och jag är övertygad om att många, kanske de flesta av dem skulle slutat använda narkotika utan annan form av behandling bara deras sociala situationer rejält kunnat redas upp. Resultaten av försöksverksamheten måste bedömas mot denna bakgrund, att jag måste arbeta utan kurativ hjälp med ett klientel, som kanske tarvade dubbelt så många kuratorer som vanliga mentalvårdspatienter. Dessutom har den goda kontakten jag genom verksamheten fått med mina patienter p. g. a. tidsnöd ej kunnat psykoterapeutiskt utnyttjas såsom borts.»

»Från olika håll har framförts kritik emot försöksverksamheten. Denna kritik har ibland varit mycket klen underbyggd men naturligtvis helt berättigad, när den tagit fasta på att en läkare utan någon som helst assistans ej kan tillfredsställande klara en så stor och svårlöst verksamhet och de konsekvenser denna underbemannning fört med sig. Jag är också av den åsikten att försöksverksamheten i dess nuvarande form bör avvecklas och ersättas av en annan verksamhet utrustad med någorlunda tillräcklig personal och först då kan också verksamhetens värde rättvist bedömas och slutgiltigt avgöras om den bör permanentas. För många kanske de flesta av dessa patienter är möjligheten att kunna få narkotika utskrivet på recept igen, om de kommer i sådant läge att de känner ett tvingande behov att få sitt preparat, en viktig och ibland nödvändig förutsättning för att de skall kunna sluta använda giftet.»

Vissa av svårigheterna i samband med dr Åhströms förskrivning var svåra att på förhand förutsäga. Verksamheten kom sålunda att få en utformning och omfattning som försvårade en kontroll. Detta gjorde det bl. a. omöjligt att dra slutsatser om värdet av ambulans förskrivning. Medicinalstyrelsen har från februari 1966 låtit narkomanvårdskommitténs vårdgrupp ägna särskild uppmärksamhet åt denna förskrivning. Styrelsen har kontrollerat verksamheten genom återkommande inspektioner och genom granskning av recepten. Vidare har styrelsen bl. a. genom en framställning av den 8 mars 1966 till Stockholms stads sjukvårdsstyrelse föreslagit följande åtgärder i anledning av den uppkomna situationen:

»I ett läge då särskilt missbruket av centralstimulantia antagit en alarmerande omfattning beslöt medicinalstyrelsen att understödja den försöksverksamhet med ambulans behandling, som vissa läkare i Stockholm igångsatt under början av år 1965. Medicinalstyrelsen har med uppmärksamhet följt utvecklingen, och det synes med fog kunna göras gällande att den försöksvis prövade behandlingsformen i vissa fall kunnat förhindra lidande och kriminalisering. Behandlingsformen har emellertid kännetecknats av att den utformats i hast för att möta en akut kris-situation. Arbetsbelastningen på läkarna, alltför små resurser för bl. a. psyko-terapeutisk och socialkuratorisk verksamhet samt bristande patientkontroll har bidragit till att försvåra en rationell vård och till att minska möjligheterna att på ett rättvisande sätt värdera resultatet av försöksverksamheten.

I denna situation vilar ett särskilt ansvar på myndigheterna för att tillräckliga resurser ställs till förfogande. Den ambulanta behandlingen, som i fortsättningen förutsättes bedriven som försöksverksamhet, bör få en fastare utformning. Följande särskilda åtgärder bör enligt styrelsens mening därvid ifrågakomma.

1. De hårdast engagerade läkarnas belastning nedbringas, antingen genom att någon ytterligare läkare sättes in i arbetet eller genom att vederbörande i viss utsträckning befrias från övriga tjänsteåligganden.

2. Verksamheten bör knytas fastare till något eller några av stadens sjukhus. Detta skulle möjliggöra någon form av jourtjänst och skulle vidare, vilket är i hög grad önskvärt för att undvika illojala förfaranden med narkotika, skapa förutsättningar för en behandlingsform, där narkotika i största utsträckning injiceras av sjukvårdspersonal istället för att utlämnas till patienterna, vilket uppenbarligen lett till missbruk.

3. Det synes nödvändigt att disponera över ett antal platser i slutna vård för såväl ambulanta patienter som andra narkotikamissbrukare.

4. En tillfredsställande kuratorverksamhet tillhör de angelägnaste önskemålen.»

Medicinalstyrelsen har ytterligare genom särskilda föreskrifter sökt kontrollera verksamheten. Av allmänt intresse synes den skrivelse vara som styrelsen den 24 augusti 1966 tillställde dr Åhström och varur här anföres vissa generella föreskrifter:

»1. Innan patient erhåller narkotika i öppen vård bör i princip försök med avvänjning på sjukhus ha gjorts. I den mån legal förskrivning åger rum för att motivera patienten för inläggning på sjukhus, är det angeläget att den period, som föregår intagningen, begränsas i tiden.

2. Det bör eftersträvas, att patienten uppehåller någon form av arbete eller sysselsättning. Patienten bör icke gå sjukskriven längre tider utan att försök göres att placera vederbörande i arbete.

3. Ur kontrollsynpunkt är det viktigt att förskrivna narkotika endast expedieras från ett eller två apotek i Stockholm varav ett förslagsvis beläget söder om slussen.

4. I stället för recept å en stor engångsdos, bör vid behov flera recept skrivas samtidigt, varvid emellertid på varje recept bör anges datum för tidigaste dag som receptet får expedieras.

5. Noggranna journaler måste föras, innefattande en somatisk och psykiatrisk anamnes, som innehåller alla data beträffande missbrukets uppkomst och utveckling, och i övrigt de uppgifter som bör ingå i journaler över patienter med psykiska sjukdomar.

6. Recept på narkotika bör förtecknas på separat lista för varje patient för att möjliggöra och underlätta kontinuerlig kontroll av förskrivna kvantiteter.

7. Det är angeläget att journaler och receptlista föres på sådant sätt att statistik och annan bedömning av verksamheten lätt kan ske.»

I stort sett synes dock dr Åhströms verksamhet ha fortsatt som tidigare. Att nedbringa antalet patienter har synbarligen varit svårt. Sedan dr Åhström uppmanats att icke ta några nya fall, inträffade bl. a. att minst åtta patienter regelbundet överlät läkemedel till utomstående missbrukare. Någon minskning av de höga doserna synes inte heller ha skett. Föreskriven journalföring har ej ägt rum. För att få närmare uppfattning om verksamhetens karaktär, klienteletts beskaffenhet och behandlingsbehov har kommittén därför föranstaltat om en medicinsk genomgång av klientelet genom dr Margit Krantz. Hon har även gjort en sammanställning av socialanamnestiska data beträffande patientmaterialet. Vidare har dr Margit Krantz intervjuat patienterna för att få underlag för en psykiatrisk karakteristik av patienterna. Hon har i en preliminär rapport av den 4 december 1966 anfört bl. a. följande:

»Av de undersökta patienterna har de flesta förskrivits centralstimulantia, ett mindre antal i kombination med morfin. Två patienter använder endast narkotika av mo-typ. De flesta har tidigare missbrukat alkohol men sedan de börjat med narkotika har de helt upphört med sprit. Ingen av patienterna kombinerar alkohol och narkotika. Några av dem som förr var storrökare har praktiskt taget lagt av. De uppger att de inte längre känner något behov av att röka. De flesta patienterna lever i misär, saknar bostad, arbete, familjeanknytning etc. I stort sett kan klientelet indelas i tre grupper. Ungefär en tredjedel har någorlunda ordnade förhållanden och är socialt anpassade — om man inte anlägger alltför konventionella åsikter på begreppet socialt anpassad. Bland dessa finns det flera särpräglade, konstnärligt begåvade människor i konflikt med sina ambitioner. Denna grupp skiljer sig från det övriga klientelet och torde utan alltför stora svårigheter kunna

skötas av läkare som är införstådda med legal förskrivning. Flera av patienterna har klart sagt ut, att de skulle föredra att söka annan läkare och slippa frekventera en mottagning för enbart narkomaner. Lösningen för dessa torde kunna vara legal förskrivning en gång i veckan på privatmottagning eller psyk.pol. Kravet för legal förskrivning bör vara att patienten arbetar, betalar för sig, håller tider och avtal beträffande doseringen. Enligt min mening torde det vara möjligt att etablera så gott samarbete med dessa patienter, att de frivilligt lägger in sig på sjukhus när vederbörande läkare bedömer, att det föreligger behov därav och i övrigt rättar sig efter ordinationer. Emellertid synes det viktigt att ingen läkare har fler än tio narkomaner att sköta samtidigt och idealet vore givetvis färre än så. Samtliga i denna grupp har missbrukat i mer än 10 år och torde inte kunna avvänjas annat än tillfälligt. En tredjedel av de undersökta fallen är svårt kriminellt belastade, socialt förslummade personer, där narkotikamissbruket utgör ett av symptomen på den allmänna missanpassningen. De arbetar inte alls eller mycket sporadiskt, deras umgänge finns bland andra kriminella, de har varken intressen eller målsättning enligt gängse normer. Inte sällan har de börjat missbruka narkotika under anstaltsvistelser. De klarar knappast att på egen hand sköta legal förskrivning av narkotika. De skulle behöva daglig tillsyn på en mottagning och inte tilldelning för mer än ett dygn i taget. Det verkar orealistiskt att anta, att de skulle upphöra med missbruk genom att förbjuda dem att få legalt. Valet står istället mellan legalt eller illegalt. I senare fallet tillfredsställer de sitt behov genom att köpa och sälja narkotika svart, och för att finansiera sina inköp måste de sälja 3—4 ggr den mängd de själva konsumerar. På så sätt blir de farliga smittspridare. Det är enligt min mening en fråga om vad som ur samhällets synpunkt är att föredra, att erkänna och tillfredsställa deras narkomani på legalt sätt eller avvisa dem. Det förefaller som om dessa patienter visade en förbättring genom den legala förskrivningen så till vida som några av dem som gått ut och in på fängelser, nu synes ha haft en längre period utanför straffanstalter än vad de tidigare haft. Det är dock för tidigt att ännu uttala sig om detta på ett mer definitivt sätt. Krav på arbete, åtminstone deltid borde kunna ställas som villkor för legal förskrivning.

Den tredje gruppen är mer heterogen. Bland dessa finns några vars missbruk haft en relativt kort duration och borde motiveras för inläggning och avvänjning. Några är gränsfall mellan de andra två grupperna. De har en viss men inte imponerande kriminell aktivitet i det förflutna. Några torde kunna fångas upp och fogas in i den första gruppen bland de s. k. välanpassade och några torde visa sig höra till den andra gruppen. På det hela taget kan man konstatera att samtliga är psykiskt avvikande, att det är relativt få som är motiverade för sjukhusvård och avvänjning, att alla med få undantag missbrukat narkotika i mer än 10 år, att långa och upprepade vårdtider på institutioner, bl. a. mentalsjukhus och fängelser, inte lett till att missbruket upphört, att nästan utan undantag är frågeställningen den, huruvida patienterna skall ha narkotika legalt eller illegalt, att många är i så nerkommet skick att de skulle behöva en tids sjukhusvård, att de flesta som i grupp 2 saknar ordnade sociala förhållanden borde få bättre kurativt stöd, varvid man skulle kunna utröna om narkotikaberoendet skulle kunna vara bärande motiv för dem att undvika kriminalitet och fängelsevistelser, där tillgång till narkotika finns men blir osäkrare.»

Samtidigt med dr Margit Krantz' undersökning av dr Åhströms patienter har på kommitténs begäran en socialmedicinsk genomgång av patienterna verkställts enligt ett särskilt undersökningsinstrument som utarbetats av socialmedicinska institutionen vid Karolinska institutet. Denna genomgång är i huvudsak avslutad men även här torde sammanställningen komma att ta viss tid.

Trots att det ännu icke föreligger några slutrapporter från ovan angivna studier finner kommittén att starka skäl talar för att de här tillämpade behandlingsprinciperna leder till betydande risker såväl för klientelet som för viss smittspridning, särskilt om patientantalet tillåts bli så stort och svårmanövrerbart som synbarligen varit fallet. Av intresse i detta sammanhang är dr Bejerots uppgift beträffande de av dr Åhströms patienter som han kunnat undersöka vid sin genomgång av polisklientelet; dr Åhströms patienter skulle vara de mest nedgångna av de missbrukare som förekommit där.

Enligt kommitténs mening måste dr Åhströms verksamhet i denna form därför nu upphöra. Detta kan emellertid inte ske abrupt, eftersom den betydande patientstocken — cirka 100 aktuella fall — är svårt beroende.

Följande plan för en avveckling av dr Åhströms ambulanta förskrivningsverksamhet har utarbetats i samråd mellan medicinalstyrelsens mentalsjukvårdsbyrå och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms stad. Kommittén har från sina utgångspunkter funnit planen böra komma till utförande.

Avvecklingen avses komma att äga rum successivt. Gruppvis skall dr Åhströms patienter överföras till en ny mottagning i rättspsykiatriska stationen vid Psykiatriska sjukhuset för fortsatt ambulant behandling under så lång tid som erfordras för medicinsk genomgång, social utredning och bedömning av formerna för fortsatt vård. Under denna övergångstid kommer patienterna bl. a. erhålla fortsatt förskrivning av narkotika under noggrant kontrollerade former och med försök till avvänjning i väntan på främst slutet sjukhusvård eller annan motsvarande vårdform (kriminalvård, socialvård, ungdomsvård, nykterhetsvård etc.). Morfinisterna bör hållas samman som en enhetligt behandlad grupp, inte minst därför att man bland dessa har att förvänta ett förhållandevis stort antal kroniska fall, för vilka man redan från början torde böra räkna med en ambulant långtidsbehandling. En målsättning vid omhändertagandet av dessa patienter (närmare 50 enligt dr Åhströms uppgifter) kommer att bli konsekvent prövning i varje enskilt fall med försök att överföra beroendet från tillförsel av morfin och vissa andra likartade medel genom injektion till behandling av metadon i dygnsdoser per os.

I rättspsykiatriska stationen vid Psykiatriska sjukhuset finns möjlighet att för en mottagning friställa högst fem rum, varutöver tillgång finns till särskilt undersökningsrum för somatiska undersökningar. Kostnadsberäkningar har verkställts och meddelats Stockholms stads sjukvårdsförvaltning. Den planerade mottagningen har egen entré från Rålambsvägen. Viss laboratorieservice — troligen dock endast under förutsättning av viss personalförstärkning — torde kunna erhållas från Psykiatriska sjukhuset. Mottagningen kan ordnas med kort varsel.

Av psykologiska, särskilt patientmotiverade skäl, är det nödvändigt, att personal engageras som tidigare haft kontakt med dr Åhströms patientmateriel. Detta är fallet beträffande dr Margit Krantz, som lovat sin medverkan under bl. a. förutsättning av friställelse tillsvidare från befattningen som biträdande överläkare å Långbro sjukhus.

För morfinistgruppens omhändertagande har docenten A. Bergsman och underläkaren Gundla Järpe lovat ansvara. Efter genomgång vid mottagningen kommer dessa patienter att för slutet vård fördelas, alltefter graden av svårskötthet, mellan psykiatriska kliniken å Karolinska sjukhuset och Beckomberga sjukhus. De kommer dock att behandlas enhetligt efter ett behandlingsprogram som i varje enskilt fall förberetts vid den polikliniska undersökningen.

Övriga patienter, till övervägande del bestående av personer beroende av centralstimulerande narkotika, kommer att i mån av behov beredas slutet vård å

Stockholms olika psykiatriska vårdinrättningar, allteftersom plats därstädes kan beredas dem.

Till den polikliniska mottagningen i rättspsykiatriska stationens lokaler krävs utöver ovan angiven personal även en kvalificerad sekreterare, som samtidigt med skrivarbete har att ansvara för telefonservice under pågående mottagning.

Narkomanvårdskommittén gör i övrigt följande bedömning beträffande den fortsatta ambulanta förskrivningen av narkotika.

Innan sådan förskrivning påbörjas måste en noggrann medicinsk utredning äga rum i varje enskilt fall. Behandlingens närmaste utformning bör dessutom helst bestämmas med stöd av en undersökning företagen under en sluten vårdperiod. Kommittén vill här erinra om att professor Gunne vid Ulleråkers sjukhus förklarat sig villig att vid forskningsavdelningen mottaga patienter för sådan undersökning. Bestämmandet av den lämpliga doseringen bör grundas bl. a. på en teknisk-diagnostisk analys. Samråd bör vidare ske med medicinalstyrelsen.

Kommittén har övervägt huruvida någon form av behandlingskartotek beträffande missbrukare borde ifrågakomma. En verkställd enkät har visat att det råder delade meningar bland läkare om värdet härav. Kommittén avser att överväga denna fråga ytterligare; såvitt gäller patienter som vårdas genom ambulant förskrivning bör emellertid föras ett sekretessbelagt kartotek till stöd för medicinalstyrelsens behandling av dessa frågor.

Kommittén finner sig ej nu kunna ta ställning till frågan om ambulant behandling med narkotikaförskrivning helst bör ske vid t. ex. någon sjukvårdsinrättning eller i privatpraktik. Båda formerna torde kunna ha sina fördelar. Om narkotikaförskrivning sker i privat praktik bör emellertid samma läkare endast behandla ett eller några få fall. Denna begränsning motiveras bl. a. av de särskilda krav denna vårdform ställer på individuell och kontinuerlig (särskilt psykoterapeutisk) behandling. Läkaren bör också hålla kontakt med psykiatrisk klinik för återkommande samråd om fallet och för att snabbt kunna få till stånd slutna vård i de fall när sådan bedöms erforderlig.

Kommittén vill i detta sammanhang föreslå medicinalstyrelsen att snart låta utarbeta anvisningar för läkare beträffande förskrivning av beroendeframkallande läkemedel.

8. Sluten vård

a. Utformningen av avdelningar vid psykiatriska sjukhus

Erfarenheterna har visat, att tillskapandet av öppna vårdresurser även medför ett ökat behov av slutna vårdplatser. Det är därför viktigt att det råder balans mellan den öppna vårdens kapacitet och den slutna vårdens resurser. För att tillgodose detta krav får det anses nödvändigt att de psykiatriska klinikerna och sjukhusen i större utsträckning än hittills mottar läkemedelsmissbrukare för vård.

Kommittén förordar vidare att särskilda vårdavdelningar inrättas med ett platsantal som inte bör överstiga 10—12 patienter — »den lilla grup-

pens princip». Därvid kan vissa läkemedelsmissbrukares gruppssamhörighet utnyttjas positivt i psykoterapeutiskt syfte. Det synes ej erforderligt att generellt differentiera vården efter olika åldersgrupper. Som erfarenheter från Norge visar kan äldre patienter vägleda de yngre i en psykoterapeutiskt inriktad verksamhet. Kommitténs vårdgrupp har beträffande den lämpliga utformningen av dessa vårdavdelningar haft tillfälle att överlägga med överläkaren C. Åmark, som i en särskild den 21 april 1965 dagtecknad promemoria utvecklat sina synpunkter på detta spörsmål.

»Narkomaner intages på mentalsjukhus dels på vanlig remiss enligt § 55 och dels med intagningshandlingar, som regel ansökan II och vårdattest. I bägge fallen torde intagningen som regel ske på någon av sjukhusets intagningsavdelningar. Behandlingsprinciperna är likartade oavsett vilken intagningsform som har använts.

Behandlingen av narkomaner kan lämpligen delas upp i två avsnitt. Det gäller först att behandla intoxikationen och att så snart som möjligt och med så små obehag som möjligt för patienten åstadkomma en avgiftning, dvs. ett utsättande av preparatet och ett övervinnande av abstinenssymptomen. Som regel är avgiftningen en medicinsk behandlingsprocedur av relativt okomplicerad natur och kan klaras av på 1—3 veckor. Det andra avsnittet i behandlingen går ut på att försöka lära patienten förstå vad narkomani innebär och vilka personliga problem som kan ligga bakom narkomanins uppkomst. Denna del av behandlingen har sin huvudinriktning på psykoterapi och återuppfostran. Jämte psykoterapi spelar arbetsterapi, rörelseterapi och socioterapi viktiga roller i behandlingen. Denna del av behandlingen är en långvarig procedur och tar som regel månader i anspråk. Under behandlingens gång kan ideligen komplikationer inträffa och det är vanligt att recidiv uppstår.

Den avgiftande behandlingen kan som regel ske på en vanlig intagningsavdelning. Under den relativt korta tid, som det här är fråga om, kan patienten vårdas tillsammans med andra kategorier av psykiskt och nervöst sjuka. Det andra ledet i behandlingen kräver speciella anordningar. Den psykoterapeutiska processen är ofta av smärtsam natur och det kan vara obehagligt att konfronteras med viktiga fakta i sitt personliga liv och med omständigheter, som har att göra med narkomanins utveckling. Trotsreaktioner, kritik, impulsiv aggressivitet, regressionstendenser och speciella former av ömhetsbehov kan uppkomma. Överförings-situationer, i vilka alla kategorier av personal engageras, uppkommer ideligen. Konfrontationen patienterna emellan kan vara besvärlig. Narkomaner är vana vid att lösa personliga problem och svårigheter genom att intaga medikament och med tillhjälp av dessa fly från verkligheten och livets krav. Tendenser att upprepa detta beteende uppkommer ideligen under behandlingens gång. P. g. a. de här relaterade omständigheterna är det nödvändigt att för behandlingen ha tillgång till en speciell avdelning på mentalsjukhuset. Avdelningen skall i princip vara låst. Patienterna bör så vitt möjligt vårdas i enkelrum. Avdelningen skall vara liten och ha 10—12 vårdplatser samt goda utrymmen för arbetsterapi och rörelseterapi och för sällskaplig samvaro på avdelningen. Gruppterapiaktivitet måste finnas. Vårdavdelningspersonalen måste vara talrik och aldrig någon gång under dygnet understiga 2 personer. Under dagtid och kvällstid bör antalet samtidigt tjänstgörande personer vara minst hälften så många som antalet patienter på avdelningen. Psykoterapin måste vara intensiv och ge möjligheter till dagliga samtal med läkare eller annan kvalificerad psykoterapeut (psykolog). Det är viktigt att patienterna har ett dagsprogram och att arbetsterapi och annan sysselsättning får inta ett stort utrymme i dagsprogrammet. Utöver avdelningspersonalen erfordras en läkare och en arbetsterapeut samt en sjukgymnast på deltid för behandlingspro-

grammets genomförande. Eftersom det som regel torde röra sig om relativt unga patienter med svåra personliga och sociala problem erfordras en avdelning för manligt klientel och en avdelning för kvinnligt. Anordnandet av sådana specialavdelningar torde därför icke kunna ifrågakomma annat än på sjukhus i storstäder eller i områden med stor tätbebyggelse.

Alla narkomaner torde icke vilja acceptera ett behandlingsprogram av här skisserat slag. För patienter, som erbjudes det psykoteraeutiska behandlingsprogrammet, bör man därför klargöra vad behandlingen innebär, och patienten bör beredas tillfälle att själv acceptera behandlingsprogrammet. För dess genomförande är det nödvändigt att retentionsrätt och vårdmöjligheter på låst avdelning föreligger.

När patienten har accepterat behandlingsprogrammet bör det genomföras även om recidiv uppkommer och patienten under behandlingens gång uttrycker önskemål att detsamma skall avbrytas. Patienter, som inte vill acceptera detta behandlingsprogram erbjudes den medikamentella avgiftningsterapin och upplyses om möjligheten att återkomma vid ett senare tillfälle om nytt behov av vård skulle uppkomma.

Behandlingsprogrammets syfte är att vänja patienterna av med att överhuvudtaget använda läkemedel för att lösa sina personliga och sociala problem, att stärka patienternas personliga resurser, att åstadkomma ordinära sociala relationer och en god arbetsförmåga.»

Till grundtankarna i Åmarks förslag har kommittén i huvudsak kunnat ansluta sig. Kommittén finner emellertid det böra kunna ifrågakomma avdelningar för vård av såväl manliga som kvinnliga patienter.

I den mån tveksamhet kan råda om det lämpliga i att sammanföra vissa läkemedelsmissbrukare till speciella vårdavdelningar må utöver vad som tidigare anförts erinras om den debatt som under 1950-talet fördes om lämplig organisation för vård av s. k. psykopater. Frågeställningen var om detta klientel skulle spridas så mycket som möjligt eller koncentreras till särskilda institutioner. Under medicinalstyrelsens medverkan tillkom en försöksvis organiserad vård av psykopater vid Sätters sjukhus. Man koncentrerade ett svårskött klientel av psykopater till en särskild vårdavdelning som fick en högre personaltäthet än vad som gällde för vanliga vårdavdelningar. Personalen utvaldes bland de mest lämpade och erfarna. Resultatet av denna försöksverksamhet och den sedermera vid Karsuddens sjukhus bedrivna vårdformen har gett vid handen att den erforderliga psykoterapien och rehabiliteringen lättare genomföres med ett mera enhetligt klientel under ledning av personal med speciella kvalifikationer för vård av detta slag (se vidare rapport av sjukhuschefen L. O. Nordman i Socialmedicinsk Tidskrift, 41: 6/64 256).

Kommittén förordar att särskilda mindre vårdavdelningar upprättas i anslutning till Långbro och Beckomberga sjukhus i Stockholm, Ulleråkers sjukhus i Uppsala och Lillhagens sjukhus i Göteborg. En sådan avdelning bör vidare förberedas i Lund—Malmö-regionen.

b. Särskilt förslag om avdelningar vid Psykiatriska sjukhuset i Stockholm
Psykiatriska sjukhuset i Stockholm, som f. n. drives med staten som huvudman, kommer den 1 juli 1967 genom särskilt nyttjanderättsavtal att dispo-

neras av Stockholms stad. Från medicinalstyrelsen har i samråd med kommittén underhand förslag framförts till Stockholms stads sjukvårdsförvaltning om att tillskapa särskilda vårdmöjligheter för läkemedelsmissbrukare vid sjukhuset. Sjukvårdsförvaltningen har låtit verkställa en utredning, dagtecknad den 24 januari 1967, vari bl. a. anföres följande:

»Efter slutförd undersökning får sjukvårdsförvaltningen föreslå, att vårdavdelningarna nummer 6 och 8 inom Psykiatriska sjukhuset tas i anspråk för vård av narkotikamissbrukare. Bägge avdelningarna är nyligen upprustade. Avdelning 8 med 22 vårdplatser och avdelning 6, som omfattar 24 vårdplatser för kvinnor, utnyttjas huvudsakligen för ett geriatriskt klientel. Vårdplatsantalet måste i samband med avdelningarnas omdisposition för vård av narkotikamissbrukare kraftigt skäras ned. Anledningarna härtill är flera. Kravet på noggrann övervakning, sysselsättning och intensiv terapi gör det inte möjligt att på samma avdelning vårda något större antal narkomaner utan en stor personalinsats. Vidare krävs att inom avdelningarnas ram lokaler ställes till förfogande såväl för terapi i olika former som för sällskaplig samvaro. Med hänsyn taget till dessa faktorer har vårdplatsantalet vid de bägge avdelningarna tillsammans måst begränsas till 21 platser.

Avdelning 8 avses fungera som intagningsavdelning medan verksamheten vid avdelning 6 kommer att vara inriktad på en mer långsiktig behandling av patienterna. Bägge avdelningarna skall vara slutna och män och kvinnor skall vårdas gemensamt på samma avdelningar.

Genom vissa smärre ombyggnadsarbeten kan enkelrum beredas 15 patienter medan återstående 6 placeras i tvåbäddsrum. Ytterligare toalett- och tvätttrum måste tillskapas med hänsyn till att avdelningarna skall disponeras för såväl män som kvinnor. Därutöver krävs en del åtgärder för att bl. a. öka säkerheten inom avdelningarna (nya dörrar till vårdrummen, fönsterlås, signalsystem etc.).

Motivet för att inrätta specialenheter för vård av narkomaner är som nämnts att inom dessa enheter tillskapa resurser för en intensiv psykoterapi och annan aktiv behandling. För att förverkliga denna målsättning krävs en stor insats av personal av olika kategorier. Gemensamt för de bägge vårdavdelningarna föreslås inrättande av följande tjänster: en bitr. överläkare, två underläkare, en psykolog, en kurator, en arbetsterapeut samt en socioterapeut. De tre läkarna, psykologen och kuratorn förutsättes även kunna tjänstgöra vid den öppna vården.

När det gäller den egentliga vårdpersonalen har personalbehovet bedömts mot bakgrunden av att antalet under dagtid tjänstgörande personal bör motsvara ungefär hälften av patientantalet medan nattetid personalen inte får understiga två vid vardera vårdavdelningen. Med ett sådant beräkningssätt krävs tjänster för två och tre fjärdedels översköterska, en sjuksköterska, en halv ambulerande sjuksköterska, tre och en halv förste skötare, 18 skötare och ett ekonomibiträde eller sammanlagt drygt 26 tjänster.»

Kommittén vill förorda att de föreslagna anordningarna kommer till utförande.

c. Vårdplatser vid Karolinska sjukhusets alkohollinik

En annan möjlighet att relativt snabbt öka vårdresurserna inom Stockholmsområdet synes alkoholkliniken vid Karolinska sjukhuset erbjuda. Av olika skäl har det inte sedan kliniken togs i bruk varit möjligt att belägga mer än ett begränsat antal platser och inte vid något tillfälle torde beläggningen ha överskridit 50 % av enligt planen avsedda vårdplatser. En av anledningarna

här till är att ett antal rum avsatts till bostäder för sjukvårdsbiträden. Det har framstått som naturligt att vid ett fullt ianspråkstagande av alkoholklinikens resurser vårdplatser reserveras för sådana läkemedelsmissbrukare som det är möjligt att behandla på öppen klinik. Klinikchefen laborator G. Lundquist har inte haft något att erinra mot en sådan uppläggning. Enstaka läkemedelsmissbrukare har hittills kunnat mottagas för behandling liksom ett antal patienter som varit såväl alkohol- som läkemedelsmissbrukare. Att institutionen för teoretisk alkoholforskning med professor L. Goldberg som chef är inrymd i samma byggnad erbjuder stora fördelar genom denna institutions materiella och personella resurser ifråga om farmakologisk och toxikologisk forskning. Kommittén föreslår Karolinska sjukhuset att anordna alternativa bostäder till sjukvårdsbiträden och vidta övriga åtgärder för att genomföra ett fullt utnyttjande av kliniken, varvid ett antal platser bör reserveras för läkemedelsmissbrukare.

d. Specialsjukhus

Bl. a. genom ett studiebesök vid Statens Klinikk for Narkomane i Norge har kommittén sökt bilda sig en uppfattning om det önskvärda i att skapa en motsvarande, fristående sjukvårdsinrättning också i Sverige.

Kommittén har funnit Statens Klinikk vara utformad på ett sätt som åskådligt illustrerar de positiva argumenten för en sådan institution. Kliniken ligger i ett litet samhälle, där det är lätt att vidmakthålla en drogfri miljö och där invånarna visat en positiv attityd till verksamheten vid sjukhuset.

Vissa nackdelar synes emellertid vara förenade med klinikens placering och utformning. En stor del av patienterna återvänder efter vårdtiden till Oslo och sjukhuschefen dr A. Teigen har förklarat att avståndet till Oslo försvårar möjligheterna att bedriva eftervård. Genom att det endast finns tre läkare vid kliniken — och vanligen, på grund av vakans, endast två — betyder varje sjukdomsfall en stark påfrestning på vårdorganisationen. En anknytning till ett större sjukhus skulle enligt kommitténs mening för svenskt vidkommande underlätta personalförsörjningen i en motsvarande situation.

Kommittén anser sig i detta sammanhang böra framhålla en allmän erfarenhet av speciella vårdorganisationer som alkoholistvården, TBC-sanatorierna etc. Dessa har nära nog undantagslöst efter ett inledningsskede tilldelats relativt mindre resurser än sjukvården i övrigt och därmed kommit att få problem med bl. a. personalemkrytering.

Utifrån dessa överväganden vill kommittén avråda från tillskapande av ett fristående narkomansjukhus. Specialinstitutionens alla fördelar — bl. a. möjlighet till fördjupad kunskap om vårdområdet och till inrättande av särskilt anpassade vårdrutiner — kan vinnas genom sådana specialavdelningar som kommittén här förordar.

9. Eftervård

a. Utskrivningsshem

Vikten av en tillräckligt lång eftervård har understrukits i olika sammanhang.

Eftersom eftervård hittills inte kunnat beredas i tillräcklig utsträckning inom ramen för befintlig psykiatrisk öppenvårdsverksamhet har man prövat olika utvägar, inte sällan av provisorisk karaktär. En svårighet har därvid varit att få vårdnadshavare och institutioner att acceptera mer än en eller två patienter samtidigt. Till de särskilda sjukhusavdelningarna för vård av läkemedelsmissbrukare bör därför fogas utskrivningshem, belägna i storstadsområdena och avsedda att erbjuda ett övergångsalternativ för de patienter, som ännu ej kunnat rehabiliteras helt, men som klarar t. ex. arbete eller utbildning. Utskrivningshemmen bör vara underställda vederbörande vårdavdelningar. På utskrivningshemmet skall patienten ha möjlighet att fortsätta påbörjad terapi. Det kritiska steget för patienten från sluten vård till självständighet blir därigenom mindre abrupt, och när återfall eller andra komplikationer inträffar kan patienten snabbt erhålla vård vid avdelningen. Denna modell tillämpas redan i stor utsträckning vid vissa barn- och ungdomspsykiatriska institutioner.

Dr Åhström har till kommittén framfört förslag om att viss vård av läkemedelsmissbrukare borde förläggas utomlands. Kommittén vill emellertid som sin ståndpunkt ange, att eftervård som regel bör ske under sådana förhållanden att kontakt kan vidmakthållas med patientens anhöriga och arbetsmiljö; ansträngningarna bör därför i första hand inriktas på att skapa anordningar för eftervård inom landet.

b. Konvalescentvård i övrigt

Den konvalescentvård som under det gångna året ägt rum vid Lunds stiftsgård i Båstad har givit värdefulla erfarenheter. Anläggningen, som kan ta emot ett 70-tal gäster, har tillgång till sällskapsrum, bibliotek, konferensrum och kapell. I samråd med RFHL har där bedrivits en viss försöksverksamhet med narkomaner sedan våren 1966. Detta innebär att högst tre narkomaner samtidigt (hittills sammanlagt elva) kunnat erbjudas vistelse i »drogfri» miljö tillsammans med friska människor. Det har inneburit en medveten strävan hos ledningen för stiftsgården att få vanliga gäster att acceptera narkomanerna, samtidigt som dessa kunnat erbjudas en terapeutisk miljö. Vistelsen där är frivillig, vilket torde ha varit av betydelse för ett gott resultat. För en kontinuerlig och utökad verksamhet synes det vara erforderligt att kunna anlita en deltidsanställd eller arvoderad socialarbetare för kurativ verksamhet. Verksamheten har hittills skett utan ekonomiskt stöd från samhället. För att möjliggöra en sådan utbyggnad och skapa förutsättningar för liknande och även icke-kyrklig verksamhet på andra orter synes det erforderligt att ställa särskilda medel till disposition. Även om ersättning för här angiven vård av läkemedelsmissbrukare bör kunna erhållas från respektive hemortskommuner, torde det likväl, särskilt i ett initialskede, vara motiverat med ett särskilt statligt anslag.

Kommittén föreslår att till medicinalstyrelsens disposition ställes ett re-

servationsanslag å 500 000 kronor att efter ansökan utgå för verksamhet av angivna slag.

Anslag för detta ändamål torde av Kungl. Maj:t begäras på tilläggsstat för budgetåret 1967/68.

c. Inackorderingshem

Återanpassningen försvåras av de dåliga bostadsförhållanden som ofta blir en följd av mer långvarigt läkemedelsmissbruk. Kommittén finner det därför vara av värde att någon form av inackorderingshem tillskapas för läkemedelsmissbrukare. Inackorderingshem inom nykterhetsvården har funnits sedan 1920-talet och sedan 1944 utgår särskilda statsbidrag härför. I likhet med vad som gäller vid dessa redan existerande inackorderingshem bör som förutsättning för vistelse vid hemmet gälla, att patienten har ordnat arbete. Vistelsen bör vara helt frivillig och avsikten är att bereda en skyddad miljö för mindre avancerade fall under en övergångstid, som förslagsvis kan uppgå till några månader.

En differentiering av inackorderingshemmen bör ske genom att t. ex. något hem utnyttjas för en mera långvarig placering av fall som i denna miljö kan klara sig, men som kanske under andra förhållanden snabbt skulle återfalla.

Verksamheten bör lämpligen stå under överinseende av överläkaren för psykiatrisk vårdenhets. Regelbundna besök bör ske av läkare eller föreståndarinnor.

Kommittén vill föreslå de socialvårdande myndigheterna i Stockholm och Göteborg att försöksvis anordna inackorderingshem för läkemedelsmissbrukare enligt samma principer som redan tillämpas beträffande sådana hem för alkoholmissbrukare.

10. Enskilda organisationer

En särställning intar de enskilda hjälporganisationer som fristående från myndigheter och sjukvårdsinstitutioner har särskilda förutsättningar att bedriva uppsökande och vårdmotiverande verksamhet.

Den viktigaste organisationen på detta område är RFHL, som har sin verksamhet främst i Stockholm. Föreningen har dock även en lokalavdelning i Halmstad.

RFHL bildades under mars 1965. Organisationen har erhållit vissa statliga bidrag för sin verksamhet.

RFHL har till kommittén lämnat vissa statistiska uppgifter beträffande de läkemedelsmissbrukare som sökt hjälp hos RFHL. De uppgifter som lämnats av RFHL bygger på kuratorsjournaler samt andra anteckningar. Förbundet har lämnat kurativ hjälp till vissa patienter hos dr Åhström. Dessa patienter har ej medtagits i denna sammanställning.

På grund av successivt genomförda förändringar i journalföringen har RFHL tvingats redovisa sitt material för två tidsperioder som delvis sam-

manfall, nämligen dels 1 juli—1 september dels 1 augusti—30 november 1966.

För tiden 1 juli—1 september har redovisats summa 40 hjälpsökande. Av dessa har 31 använt centralstimulantia och 9 opiat. Hälften har noterats för tidigare alkoholbesvär. Åldersfördelningen är följande:

—18 år	2
19—21 ”	2
22—25 ”	9
26—30 ”	14
30— ”	15

Av de 40 hjälpsökande var 10 gifta medan 11 tidigare hade varit gifta. 11 saknade fast bostad. Nattkvarter utgjordes av rivningshus eller vindskontor och växlade från natt till natt. 15 hade fast egen bostad och de återstående 14 var inneboende bl. a. hos släkt (19) eller hade annan tillfällig bostad (5).

Flertalet saknade regelbundet arbete, vilket framgår av nedanstående uppställning:

Fast arbete	6
Tillfälligt arbete	1
Inget arbete (ej sjukskrivna)	17
Sjukskrivna	10
Under utbildning, omskolning, militärtjänst	6

En stor del av de 40 hade haft eller hade socialhjälp (27). Kontakt med polis hade förekommit i 24 fall; i 18 av dessa fall hade intagning på fångvårdsanstalt skett. Mentalsjukhusen hade vårdat 20 och 17 hade varit i kontakt med barnavårdsnämnden. Enligt en skattning från RFHL:s sida torde 30 % ha saknat kontakt med någon av dessa myndigheter.

Gulsot hade förekommit hos 23 av dessa 40 fall. Det är dock ej klarlagt om sjukdomen i alla fall haft direkt samband med narkotikabruket.

För den senare perioden, 1 augusti—30 november 1966, uppgick antalet hjälpsökande till 212 personer. Med en jämn fördelning av hjälpsökandena per månad beräknat utifrån tvåmånadersperioden 1 juli—1 september borde totalsumman för perioden 1 augusti—30 november ha varit cirka 100. En markant ökning av antalet hjälpsökande synes alltså ha skett under de senaste månaderna.

Åldersfördelningen för de redovisade 212 personerna skiljer sig påtagligt från åldersfördelningen för den tidigare perioden.

Under 16 år	27
16—18 ”	40
18—21 ”	51
21—25 ”	63
över 25 ”	31

RFHL har givit följande kommentar. Aldersförskjutningen förklaras med att RFHL i början mest uppsöktes av sådana hjälpsökande som hade relationer av ett eller annat slag till missbrukare i den ambulanta förskrivningen. Sedan RFHL i större utsträckning inriktat sin verksamhet på yngre patienter har en markant förändring i de hjälpsökandes ålder inträffat. Vårdmotivationen för de yngre torde därvid ha påverkats positivt av att RFHL ej har någon form av anmälningsplikt.

RFHL har bedrivit hjälpverksamhet genom kurator, gruppterapeut och frivilliga medhjälpare. Förmedling av arbete, kontakt med övervakare, besök på sjukhus och anstalter m. m. har förekommit i den sociala verksamheten. Hjälpsökande har kunnat placeras på Lunds stiftsgård i Båstad och i enskild familj. RFHL har förmedlat 20 patienter till Stadshagspolikliniken och 65 patienter till andra läkare, varjämte RFHL medverkat till att sjukhusvård beretts i 9 fall.

En förening med liknande syfte som RFHL har sedan våren 1966 verkat i Göteborg.

Inom nykterhetsvården har länkverksamheten spelat en utomordentligt betydelsefull roll för alkoholisternas återanpassning, för den enskilda alkoholisten och för alkoholistens familj. Från utlandet föreligger vissa erfarenheter av liknande organisationer för narkomaner. Den mest bekanta är den amerikanska Synanon (dess verksamhet har utförligt beskrivits i bl. a. *British Journal of Addiction*, Vol. 61, november 1965, s. 91 f). Organisationen grundades 1958 i USA. Många av patienterna har tidigare vårdats på anstalter med ringa framgång, men funnit sig väl till rätta i denna självstyrda frivilliga organisation med dess långtgående krav på medlemmarnas engagemang i en särpräglad livsform. Själva behandlingen innefattar avhållsamhet, indoktrinering och personlighetsutveckling genom en form av terapi med provokativa gruppsamtal. RFHL har även redovisat en viss verksamhet svarande mot mer ordinär länkverksamhet men med deltagande också av andra än nuvarande och tidigare missbrukare. Några säkerställda resultat från verksamheten har föreningen ej ansett den korta försökstiden kunna ge.

Bland de övriga organisationer som nedlagt ett omfattande arbete till hjälp för läkemedelsmissbrukare må nämnas Stadsmissionen i Stockholm.

Endast sådant frivilligt arbete för läkemedelsmissbrukare som motsvarar länkarbete erhåller för närvarande fortlöpande statligt stöd genom ett av socialstyrelsen administrerat anslag. Detta anslag är gemensamt för de alkoholskadades länkorganisationer och motsvarande föreningar för läkemedelsmissbrukare. För arbetet bland läkemedelsmissbrukare kan för budgetåret 1966/67 av detta anslag disponeras omkring 50 000 kronor; även under budgetåret 1967/68 torde endast jämförelsevis begränsade belopp kunna utgå med hänsyn till nödvändigheten att inte eftersätta alkohollänkarnas anslagsmöjligheter. Kommittén finner det emellertid angeläget att bl. a. i initieringssyfte ges ett avsevärt utvidgat ekonomiskt stöd till det frivilliga hjälparbetet, både av länktyp och i övrigt bland läkemedelsmissbrukare.

Kommittén föreslår att till socialstyrelsens disposition ställes ett reservationsanslag å 300 000 kronor att efter ansökan utgå till stöd för det i olika former bedrivna frivilliga hjälparbetet. Anslag för detta ändamål torde av Kungl. Maj:t begäras på tilläggsstat för budgetåret 1967/68.

C. VÅRDEN AV UNGA LÄKEMEDELSSMISSBRUKARE

1. Inledande synpunkter

Det är av flera skäl motiverat att i ett särskilt avsnitt behandla vården av läkemedelsmissbrukare under 21 år. Genom barnavårdslagen § 25 har barnavårdsnämnden ålagts skyldighet att ingripa och föranstalta om vård för ungdomar under 21 år som är hemfallna åt läkemedelsmissbruk. Vidare gäller att läkemedelsmissbruk hos unga så gott som undantagslöst är att betrakta som ett bland andra symptom på psykiska och sociala störningar hos individen. Den barn- och ungdomspsykiatriska metodiken vid diagnostik och behandling är också uppbyggd mot bakgrunden av ett sådant betraktelsesätt. Läkemedelsmissbruket har vidare i regel inte kommit att så genomsyra personligheten som hos äldre missbrukare. De väsentliga faktorerna för uppkomsten av missbruket, såsom miljöfaktorer och eventuella särdrag i personligheten, är ännu möjliga att urskilja, vilket är av betydelse för behandlingen. Dessa fall liknar — frånsett missbruket — vissa andra patientkategorier inom den barnpsykiatriska sektorn.

Vid vården av psykiska störningar hos de unga, med eller utan asociala symptom, är i än högre grad än vid vården av vuxna ett intimt samarbete nödvändigt mellan den psykiatriska sektorn och socialvården. Detta innebär att den psykiatriska behandlingen i många fall inte kan genomföras utan sociala åtgärder för att fullfölja rehabiliteringen, bl. a. i form av placering i fosterhem, behandlingshem, ungdomshem eller ungdomsvårdsskola.

2. Behandlingsmål

Kommittén finner att beträffande dessa unga läkemedelsmissbrukare bör behandlingsmålet alltid innefatta avgiftning. Ambulant behandling bör ej ifrågakomma eftersom dessa patienter ej kan betecknas som kroniker.

3. Hittillsvarande behandlingsformer

Bristen på adekvat vård är mycket kännbar. Framför allt saknas vårdformer med tillräckligt stark integration av medicinska och sociala resurser.

De barn- och ungdomspsykiatriska klinikerna har kunnat utnyttjas i begränsad omfattning. Trycket i fråga om narkomanivård på de barnpsykiatriska klinikerna synes emellertid ha varit relativt lindrigt under de två sista åren. Detta sammanhänger bl. a. troligen dels med att missbruket och åtföljande asocialitet eller missanpassning utlöser kontakt med barnavården

snarare än med barnpsykiatrisk klinik och dels på att barnavårdslagen ger möjlighet att snabbt bereda slutenvård, främst på ungdomsvårdsskola. Eventuellt bidrar till den låga efterfrågan på klinikvårdplatser också kännedomen om principen att inte ta in mer än en missbrukare åt gången.

Ungdomshemmen i Stockholm har vårdat ett antal huvudsakligen yngre och lättare fall. Av de 243 ungdomar som den 14 januari 1967 var inskrivna vid hemmen var sålunda 83 läkemedelsmissbrukare; i 46 fall var missbruket huvud- eller delindikation för ingripande. Några av de övriga fallen har skötts å vuxenpsykiatriska vårdenheter. Merparten av de unga läkemedelsmissbrukarna har dock vårdats på ungdomsvårdsskola.

Ungdomsvårdsskolornas resurser har under senare år utbyggts för att bättre tillgodose vårdbehovet för alkohol- och läkemedelsmissbrukare. Under hösten 1966 öppnades sålunda en speciell sjuk- och behandlingsavdelning vid Rydgårdens yrkesskola för flickor. Liknande avdelningar på yrkesskolor för pojkar beräknas under året bli färdigställda vid Råby, Bärby och Fagared. För att få till stånd en bättre samordning mellan ungdomsvårdsskola och psykiatrisk vård har under det sista året ett antal kombinerade läkartjänster inrättats. Detta innebär att överläkaren vid det psykiatriska sjukhuset för barn- och ungdomar vid S:t Lars sjukhus i Lund tillika är deltidsanställd läkare vid Råby yrkesskola. Överläkaren vid motsvarande enhet i Uppsala, Kronåsens sjukhus, tjänstgör tillika vid Bärby yrkesskola. En liknande anknytning har även diskuterats för Fagareds del, nämligen till S:t Jörgens sjukhus i Göteborg.

4. Önskemål beträffande den framtida vården

Följande synpunkter beträffande differentiering och organisation av vården förutsätter att det läkemedelsmissbruk som här avses i huvudsak är ett storstadsproblem och att det inte sker en övergång till preparat ur morfingruppen. Om detta skulle inträffa torde ännu större anspråk komma att ställas på sjukvårdsresurserna.

Lätta fall med kortvarigt eller episodiskt missbruk av olika preparat torde med fördel kunna skötas i öppen vård (i vissa fall kan dock även slutenvård vara nödvändig). Förefintliga resurser vid de barnpsykiatriska klinikerna och rådgivningscentralerna inom den psykiska barn- och ungdomsvården (PBU) torde här vara adekvata. Dock bör också här framhållas den mycket påtagliga bristsituationen, bl. a. i personellt hänseende, redan inför de konventionella vårduppgifterna.

Övriga fall bör i huvudsak vårdas på institution vars utformning bestäms inte endast av läkemedelsmissbrukets typ utan också av graden och arten av föreliggande asocialitet och bakomliggande psykisk störning.

Majoriteten av läkemedelsmissbrukande ungdomar torde förutom missbruket uppvisa ett utagerande beteende med asociala störningar. En stor del torde ha långvariga missanpassningssymptom redan före missbrukets debut. Detta har gjort det svårt att vårda mer än en eller två sådana ungdomar åt

gången på en konventionellt utformad klinikavdelning. Vården av dessa ungdomar kräver såväl rikliga medicinskt-psykiatriska som sociala resurser.

Allt efter det asociala agerandets svårighetsgrad bör vård på psykiatriska specialsjukhus för barn och ungdom, på ungdomshem belägna i eller nära storstad och försedda med psykiatrisk service eller på ungdomsvårdsskola komma ifråga.

Hittills gjorda erfarenheter talar för att gruppen ungdomar med allvarligt läkemedelsmissbruk, men med intet eller obetydligt asocialt agerande är relativt liten. För dessa fall är det lämpligt med vård på barn- och ungdomspsykiatrisk klinik. I vissa fall är också vård på psykiatriskt sjukhus för barn och ungdom lämplig. Sådana sjukhus för barn och ungdom finns sedan 1966 i anslutning till S:t Lars, Ulleråkers och Långbro sjukhus. Vid fullt ianspråktagande kommer de två förstnämnda sjukhusen att omfatta vardera 52 vårdplatser och det sistnämnda 40 vårdplatser.

Kommittén anser det vara oundgängligen nödvändigt att ett antal platser vid dessa psykiatriska specialsjukhus för barn och ungdom öppnas för unga läkemedelsmissbrukare. Detta måste naturligen ske i samråd med sjukhusens överläkare och med tillmötesgående av därav motiverade krav på ytterligare personella och andra vårdresurser. Kommittén finner det emellertid erforderligt att vid varje sådant sjukhus en biträdande överläkartjänst inrättas för att möjliggöra vård av dessa patienter.

Ungdomshemmen bör vidare förstärkas med bl. a. medicinska resurser för att ungdomarna skall kunna vårdas på ett adekvat sätt redan fr. o. m. det akuta omhändertagandet. Detta skulle också möjliggöra en erforderlig kontinuitet i vården. En lösning torde vara att skapa kommunala ungdomsvårdsskoleliknande institutioner, såsom redan påbörjats av Stockholms stads barnavårdsnämnd.

Från ungdomsvårdsskoleorganisationens sida framhålls med eftertryck att ungdomsvårdsskolorna för sitt arbete med läkemedelsmissbrukande ungdomar är helt beroende av att de psykiatriska sjukhusen, såväl de för barn och ungdom som de för vuxna, får väsentligt ökad kapacitet för snabbt omhändertagande i akutfasen för senare överförande till ungdomsvårdsskolorna.

De äldsta inom ungdomsvårdsgruppen, där ett mycket gravt missbruk dominerar symptombilden, torde få vårdas på mindre avdelning om cirka 10—12 platser av den typ som redan föreslagits för vuxenklientelet, alltså inom den psykiatriska sjukvårdens ram.

5. Diagnostiserande och fördelande vårdcentral

För att största möjliga kontinuitet skall kunna åstadkommas i vården bör den första bedömningen vara så kvalificerad att man i görligaste mån kan undvika senare omplaceringar. Denna bedömning och en därpå följande fördelning av patienterna bör ske vid någon specialinstitution, där det finns tillgång till olika former av expertis. Kommittén finner det därför motiverat att nu för Stockholms vidkommande föreslå ett särskilt diagnostiserande och

fördelande organ under barnavårdsnämnden. Det bör i likhet med Maria ungdomspoliklinik kunna omhänderta akutfall genom tillgång på viloplatsar och jourverksamhet. Efter en kvalificerad preliminärbedömning och differentiering av fallen bör man skapa motivation för vård och genom samarbete med medicinska och sociala vårdinstitutioner snabbt överföra vederbörande till den lämpligaste vårdformen.

Kommittén föreslår att institutionen förlägges i anslutning till Maria ungdomspoliklinik för att möjliggöra viss assistens därifrån. Personalen bör i ett inledningsskede förslagsvis bestå av ungdomspsykiater (deltid med kvalifikation och arvodering som biträdande överläkare), psykolog (halvtid), kurator (heltid), kontaktman i barnavårdsnämnden (halvtid) och två sjuksköterskor (heltid). Ett nära samarbete bör förekomma med den uppsökande verksamhet som kommittén föreslagit (se s. 115)

D. NYKTERHETSVÅRDEN

Alkoholmissbrukarnas samtidiga läkemedelsmissbruk synes endast mera sällan avse narkotika, utan snarare lugnande och sövande medel av olika typ. Vissa av dessa medel förstärker eller förändrar alkoholeffekten, och härav uppstår ibland livshotande förgiftningar och andra skadeverkningar.

Då ifrågavarande problem för närvarande övervägs av särskilda utredningar finner kommittén sig kunna inskränka sin behandling härav till nedan anförda tre synpunkter.

Kommittén vill för sin del i anslutning till tankegångar som underhand framförts av fylleristrafutredningen framhålla, att det är nödvändigt med en annan form av omhändertagande av berusade än den nu rådande, med införande till polisarrest. Särskilt då det gäller personer som är påverkade av läkemedel, eventuellt i kombination med alkohol, är det erforderligt att tillståndet diagnostiseras av läkare.

Det må framhållas att alkoholistvården under senare tid erhållit bättre möjligheter att sörja för den mer långvariga vården av blandmissbrukare. Ett intimare samarbete har sålunda inletts mellan den psykiatriska vården och vissa nykterhetsvårdsanstalter genom att läkare vid vissa psykiatriska sjukhuskliniker tillika är läkare vid närbelägen alkoholistanstalt. Detta är fallet vid Ulleråkers sjukhus, där överläkaren för alkoholistvården vid sjukhuset även tjänstgör vid vårdanstalten Venngarn. På motsvarande sätt har en kombinerad tjänst vid Mellringe sjukhus i Örebro förenats med deltidstjänst vid vårdanstalten Runnagården och slutligen är en överläkare vid Falbygdens sjukhus tillika deltidstjänstgörande vid den närbelägna vårdanstalten Gudhem. Genom en sådan anordning kan ett smidigt samarbete etableras mellan psykiatrisk vård och nykterhetsvård.

Beträffande å alkoholistanstalter intagna blandmissbrukare som befinnes vara i behov av mer omfattande vårdåtgärder än vad som kan anordnas vid dessa anstalter vill kommittén för sin del understödja socialstyrelsens förslag

om att vissa platser vid Karsuddens sjukhus skall ställas till nykterhetsvårdens förfogande; Karsuddens sjukhus har medicinska resurser, verkstäder och terapianordningar som möjliggör en tillfredsställande vård av ifrågavarande missbrukare. Ett viktigt problem är därvid samordningen inom sjukhuset av psykopativård och nykterhetsvård. Enligt kommitténs uppfattning är det en nödvändig förutsättning för rationell vård av båda patientkategorierna, att enhetlighet råder beträffande de formella förutsättningarna för vården, så att denna lämpligen sker enligt sjukvårdslagen och lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall men ej enligt nykterhetsvårdslagen.

E. KRIMINALVÅRDEN

Som visats i kartläggningsavsnittet finns vid kriminalvårdsanstalter ett ej ringa antal läkemedelsmissbrukare. Att missbruk också förekommer i delvis beaktansvärd omfattning vid kriminalvårdsanstalter framgår bl. a. av uppgifter härom i kartläggningsavsnittets redogörelse för kriminalvårdsklientelet. Genom socialmedicinska intervjuer har även vetskap erhållits om narkotikamissbrukare som börjat sitt missbruk under straffverkställighet.

Det är ej överraskande att kriminalvårdsklientelet är särskilt utsatt för risker av detta slag. Förutom de psykiska och sociala komplikationer som här förekommer i större utsträckning än beträffande befolkningen i allmänhet torde själva anstaltssituationen med sina olika påfrestningar skapa förutsättningar för missbruk. Ett uttryck för internernas personlighetsproblem och sätt att reagera på anstaltssituationen är anstaltsläkarnas på sina håll omfattande ordination av lugnande medel och sömnmedel.

Kriminalvårdsstyrelsen har beträffande vården för läkemedelsmissbrukare bl. a. uttalat följande i en skrivelse av den 8 december 1966 till narkomanvårdskommittén:

»Vad först angår den vård som för närvarande bereds läkemedelsmissbrukare i samband med vistelse å anstalt utnyttjas dels möjligheten att avskära den intagne från tillgång till narkotiska preparat och dels möjligheten att på olika sätt förbättra hans fysiska status. Då det gäller att utestänga intagen från tillgång till ovannämnda preparat, föreligger såsom ett särskilt problem att detta ofta inte kan ske utan en isolering som i verkställighetshänseende blir att betrakta som en skärpning av de villkor som eljest gäller för intagnas behandling. Ett utnyttjande av isoleringsmöjligheten i större omfattning och inte endast i akuta fall av missbruk kräver ett ställningstagande i frågan om en sådan skärpning skall anses tillräckligt motiverad med hänsyn till narkomanvårdssynpunkter. Därvid måste styrelsen av naturliga skäl beträffande angelägenheten och utformningen av olika åtgärder på detta område bygga på det utlåtande som kan erhållas från medicinsk sakkunskap. Vad angår frivården är möjligheterna för styrelsen att på egen hand administrera narkomanvård i frihet mycket små. Självfallet är dock kriminalvården beredd att genom sin frivårdsorganisation samarbeta med övriga myndigheter på förevarande område.»

Möjligheterna till vård för läkemedelsmissbrukare är för närvarande begränsade inom kriminalvården. Hittills har straffverkställighetstiden erbjudit

möjligheter att avvänja narkomaner på anstaltens sjukavdelningar. Denna verksamhet motverkas emellertid i betydande grad av insmuggling av olika läkemedel sedan utskrivning skett från sjukavdelning. Ett betydande antal fall har kunnat beredas vård vid rättspsykiatriska kliniken å Långholmen, som dock på grund av ständig överbeläggning haft svårigheter att ta emot alla läkemedelsmissbrukare i behov av vård. Någon mer omfattande psykiatrisk vård kan i övrigt ej förekomma med hänsyn till rättspsykiaternas arbetsbörda.

För att man med någon säkerhet skall kunna yttra sig över vilka åtgärder som är ägnade att nedbringa missbruksfrekvensen inom kriminalvården på anstalt erfordras i första hand mer ingående studier av detta missbruks omfattning vid anstalter av olika slag. Det behövs vidare information om vilka interner som missbrukar narkotika och deras missbruksanamnes. Ur preventiva synpunkter är det nödvändigt att veta hur vederbörande förses med narkotika. Undersökningar av missbrukets omfattning och karaktär på straffanstalterna ingår bland de undersökningar som kommittén föreslagit till utförande i sin tidigare forskningspromemoria; dessa undersökningar skall nu föras vidare i samråd med kriminalvårdsstyrelsen. I avvaktan på sådana mera ingående undersökningar nödgas kommittén för närvarande inskränka sig till vissa allmänna uttalanden.

Den första åtgärden för att komma tillrätta med anstaltens vårdssituation synes naturligen vara att söka förhindra insmugglingen. Olika omständigheter bidrar till att försvåra denna strävan. En mer rigorös kontroll av internerna och avspärrning av anstalterna kan komma att stå i strid med viktiga principer för en human kriminalvård. Särskilda problem erbjuder bl. a. besök och permissioner samt bevakningen av interner som arbetar utanför anstaltsmurarna. Kommittén vill förorda att speciella åtgärder vidtas beträffande de svårare missbrukarna snarare än att generella restriktioner beträffande besök etc. införs. Genom att sammanföra sådana interner till en eller ett fåtal anstalter skulle vidare förutsättningar kunna skapas för en förstärkt medicinsk vård av dessa interner. Kommittén vill föreslå att vid ifrågavarande anstalt eller anstalter behandlingen förstärkes genom att särskilda tjänster inrättas för kliniska psykologer med uppgift att bedriva terapiverksamhet under vederbörande rättspsykiaters överinseende.

Kriminalvården i frihet har under senare år mött allt svårare problem vid tillsynen av läkemedelsmissbrukare enligt uppgifter från frivårdens tjänstemän, övervakare och övervakningsnämnder. Inom själva organisationen för kriminalvård i frihet är den viktigaste medicinska vårdmöjligheten de särskilda läkarmottagningarna vid Skyddsvärnen i Stockholm och Göteborg. Dessa mottagningar är i första hand avsedda för de frigivna fångar som övervakas genom skyddsvärnen. I mån av möjlighet mottas dock även patienter från skyddskonsulentdistrikten. Distrikten har vidare möjlighet att i begränsad utsträckning anlita andra psykiatrer för konsultation.

I en rapport från Skyddsvärnet i Stockholm har angivits bl. a. följande:

Mottagningarna sköttes tidigare av två konsulterande läkare med fyra mottagningar i veckan. Under 1966 har verksamheten förstärkts med ytterligare en läkare, som haft till särskild uppgift att arbeta med narkomanerna. Dessa har visat sig vara de utan all jämförelse mest tidsödande fallen, som krävt långa och ingående terapeutiska samtal. Ambulant förskrivning av narkotika har ej förekommit. Sammanlagt besöktes mottagningen under år 1966 av 259 patienter, som tillsammans avlade 657 besök. Av dessa utgjorde 112 narkotikamissbrukare (43 %) som svarade för 315 besök (48 %). I 62 fall av 112 (55 %) förekom endast ett läkarbesök och i 41 fall (37 %) två besök. Högsta besöksfrekvensen av 21 gånger. Av narkomanerna var 12 kvinnor. I dessa frekvenstal har medräknats samtliga kända (genom läkarjournaler och övervakarrapporter) tidigare eller aktuella missbrukare av morfinpreparat och centralstimulantia. Fall där det endast varit fråga om enstaka missbrukstillfällen har inte medräknats som narkomaner. Totalt fanns vid årsskiftet 1966/67 151 narkotikamissbrukare registrerade vid Skyddsvärnets läkarmottagning.

Vid motsvarande mottagning i Göteborg (åtta läkartimmar i veckan och två halvtidstjänstgörande sjuksköterskor) förekom under 1966 totalt 579 läkarkonsultationer (varav 437 återbesök). Eftersom ingen särskild statistik förts över diagnoser kan såvitt gäller behandlingar av läkemedelsmissbrukare endast ges en ungefärlig bedömning; antalet läkemedelsmissbrukare vid mottagningen har varit begränsat. Skyddsvärnet i Göteborg har i årets anslagsäskanden hemställt om medel för avlöning av en läkare och en psykolog (heltidstjänster).

Skyddskonsulent Märta Gabrielson har beträffande de problem som förekommer i det praktiska kriminalvårdsarbetet anført bl. a. följande i en bilaga till årsredogörelsen 1966 från Stockholms norra distrikt för unga:

»Den enskilde befattningshavaren inom kriminalvården känner sig ofta ställd och hjälplös vid konfrontation med en narkotikamissbrukande klient. Klienten dramatiserar ofta sina svårigheter och symptom på ett sätt som ibland nästan för tanken till koketteri. Injektionerna omges med en nimbus av mystik; behovet av »vård» beskrives som överhängande. Just nu »måste» klienten t. ex. få komma in på sinnessjukhus. Klientens förtvivlade anhöriga driver också på. Något måste göras genast! Klienten måste ögonblickligen under läkarvård! Dock inte med tvång! Medan klienten själv kanske inte vill ha någon vård alls och inte vill uppsöka läkare. Han kan vara försvunnen, men de anhöriga kräver ändå skyndsamma åtgärder. — Även om man kan förstå anhörigas förtvivlan talar all erfarenhet för uppfattningen, att en klient som missbrukar centralstimulerande medel bara kan hjälpas på två sätt. *Vill han inte ha vård*, får man antingen låta saken bero tills han själv verkligen önskar vård, eller också får man tillgripa utvägen att be övervakningsnämnden omhänderta honom och eventuellt besluta att han återintas på fångvårdsanstalt. *Vill han själv ha vård*, kan man dirigera honom till läkare, sjukhus eller evakuera honom till en narkotikafri plats i landsorten. Det bör framhållas att den sista metoden är den enda verkligen effektiva — så effektiv t. o. m. att klienten vanligen motsätter sig den lösningen. I själva verket är det ofta så att klientens önskan om ögonblicklig intagning på sinnessjukhus i huvudstaden endast är ett camouflage. Han vill inte sluta med sitt missbruk, men han vill ändå låtsas att han vill. Otaliga är de fall där en klient äntligen lyckats bli intagen på psykiatrisk klinik eller avdelning på mentalsjukhus — bara för att sedan utebli eller genast efter intagningen skriva ut sig igen, när man försökt ta hans spruta och narkotika ifrån honom. Detta mönster är så typiskt att vi vid kontakt med en

ung narkoman på distriktet inte längre tror på hans försäkringar om att han önskar bli kvitt sitt missbruk såvida han inte är villig medverka till en placering i landsorten. Vi har emellertid hjälpt flera av våra klienter till ny »knark-fri» start på detta sätt. De som vägrar att resa från Stockholm och ropar på läkarvård här betraktar vi med skepsis. De lider i regel av »den obotfärdiges förhinder».

Kommittén gör följande bedömningar beträffande vården av läkemedelsmissbrukare inom kriminalvården i frihet.

Såväl den öppna som den slutna medicinska vården för läkemedelsmissbrukare i allmänhet bör stå till förfogande också vid vården av frivårdens missbrukare; ett nära samarbete bör därför komma till stånd mellan kriminalvårdens frivårdsorganisation och de medicinska vårdorganen. Då läkemedelsmissbrukare i många avseenden är särskilt svåra att övervaka och hjälpa till rätta bör övervägas att i största möjliga utsträckning anförtro sådana övervakningsuppgifter åt tjänstemän inom den fria kriminalvården istället för till frivilliga övervakare.

Det kommer likväl att vara motiverat att förstärka Skyddsvärnets läkarmottagningar med hänsyn såväl till det ökande antalet läkemedelsmissbrukare som till den särskilda möjligheten att här uppnå ett nära samarbete mellan medicinsk och social vård.

Behovet av såväl inackorderingshem i storstäderna som konvalescenthem i landsorten i lämplig, narkotikafri miljö är stort när det gäller de bostadslösa och mer socialt nergångna bland missbrukarna. De kriminella bland dessa befinner sig ofta i särskilt svårt läge och stora ansträngningar måste göras från sjukvårdande och sociala myndigheter i samverkan för att ge effektiv hjälp. Kriminalvårdsstyrelsen bör överväga att anordna särskilda inackorderings- och konvalescenthem för de läkemedelsmissbrukare som står under övervakning.

Bestämmelser om användande av tvång vid vård av läkemedelsmissbrukare

I vårdavsnittet har angivits, att det ur medicinsk synpunkt kan vara nödvändigt att för vård kunna på sjukhus intaga och kvarhålla en läkemedelsmissbrukare mot hans vilja. Sinnessjuklagens bestämmelser har i praxis tillämpats på vissa sådana fall. Också i andra fall är missbruk av narkotiska medel en indikation för omhändertagande. Sålunda upptas i barnavårdslagen § 25 b) sådant missbruk som en anledning för barnavårdsnämnd att under vissa förutsättningar bl. a. omhänderta en underårig för samhällsvård. Däremot är lagen om nykterhetsvård, som även den ger möjlighet till vissa tvångsåtgärder, i sin nuvarande lydelse ej tillämplig beträffande ifrågavarande kategori. Ej heller synes lagen om åtgärder vid samhällsfarlig asocialitet kunna direkt tillämpas beträffande läkemedelsmissbrukare.

Problemställningen är: räcker befintliga bestämmelser till för att möjliggöra sjukhusvård under tvång eller erfordras kompletteringar i detta avseende?

I det följande skall först ges en redogörelse för på området gällande tvångslagstiftning och dess tillämpning samt därefter redovisas framlagda synpunkter om ytterligare sådan lagstiftning på området. Slutligen skall göras en bedömning av behovet av kompletterande eller förändrad lagstiftning.

A. FÖRFATTNINGSBESTÄMMELSER OCH DERAS TILLÄMPNING

1. Det psykiatriska vårdklientelet

I sinnessjuklagen av den 19 september 1929, vilken lag upphört att gälla den 1 januari 1967, stadgades att den som var sinnessjuk kunde, om i särskilt utfärdad vårdattest behov av vård å sinnessjukhus förklarats föreligga, intagas för sådan vård efter vissa i lagen angivna personers eller myndigheters ansökan (8—10 §§). Under vissa förutsättningar kunde intagning för observation ske (28 §). Intagning kunde vidare förekomma genom att domstol överlämnade tilltalad till vård enligt sinnessjuklagen (47 §). Slutligen kunde förekomma, att den som på egen begäran enligt sinnessjuklagens 55 § intagits på sinnessjukhus utan att underkastas bestämmelserna om utskrivning (dvs. utan kvarhållningsrätt) senare förklarades intagen jämlikt de här förut redovisade bestämmelserna, varigenom kvarhållningsrätten i förekommande fall blev tillämplig beträffande den intagne. Enligt 4 § punkt 1 andra stycket fick den som intagits å sinnessjukhus underkastas det tvång vilket fanns vara nödvändigt med hänsyn till ändamålet med intagningen eller till skydd för honom själv eller omgivningen. Endast de sinnessjuka som var i behov av vård på sinnessjukhus kunde kvarhållas med tvång (12, 17 och 31 §§).

Beträffande sådan sinnessjuk som bedömdes vara i behov av fortsatt vård realiserades kvarhållningsrätten i och med att en begäran om utskrivning avslogs (18 och 20 §§, jfr 31 §).

Vid tillämpningen av sinnessjuklagens bestämmelser har, såsom sinnessjuklagstiftningskommittén i sitt betänkande angående mentalsjukvårdslag (SOU 1964:40) konstaterar, tvångsintagning skett, förutom vid sinnessjukdom, även i viss omfattning vid svårare neurotiska tillstånd ävensom vid andra mera allvarliga insufficienstagstillstånd samt psykopatier (s. 171). Jämväl beträffande vårdbehovsbegreppet har en avsevärd uttänjning av innebörden ägt rum (s. 172). Narkomani har ansetts falla inom gruppen av sinnessjukdomar, och bestämmelserna rörande vård av sinnessjuka har tillämpats jämväl på narkomaner; någon kritik mot denna praxis uppges ej ha förekommit (s. 172 och s. 228). Beträffande missbruk av narkotika och andra läkemedel har enligt betänkandet större osäkerhet rått. I allmänhet har andra psykiska sjukdoms- eller abnormsymptom än sådana som kunde antagas stå i sammanhang med missbruket fått vara avgörande för om vårdbehov på sinnessjukhus skulle anses föreligga (s. 228). Påpekas bör i detta sammanhang betänkandets på medicinska synpunkter grundade definitioner. Som narkomani definierar betänkandet de tillstånd "där ett psykologiskt eller kroppsligt beroende av vissa läkemedel och njutningsmedel har uppstått beroende på personlighetsförändringar eller ämnesomsättningsförändringar inom organismen" (s. 232). Betänkandet innefattar följaktligen i narkomanibegreppet också beroende av t. ex. sömnmedel, trots att dessa medel ej är narkotika i juridisk bemärkelse (s. 126). Med missbruk av narkotika förstår betänkandet "en icke legitim konsumtion av engångskaraktär eller av upprepad eller periodisk karaktär" där de för narkomani typiska förändringarna ej uppkommit (s. 233).

Narkomanvårdskommittén riktade genom medicinalstyrelsen under oktober 1966 en förfrågan till sjukvårdsläkarna vid landets sinnessjukhus angående vilka förutsättningar de ansåg gälla enligt sinnessjuklagen för att en läkemedelsmissbrukare mot sin vilja skulle kunna intagas för vård ävensom vilken omfattning de tillade retentionsrätten. I förstnämnda avseende tillfrågades även överläkarna vid psykiatriska kliniker.

Vid redogörelsen för enkäten bör till en början viss reservation göras för möjlighet till missförstånd av de ofta kortfattade svaren. Reservationen bör gälla dels innebörden av de nyttjade beteckningarna, dels huruvida svaret avser sinnessjuklagen eller den nya lagstiftningen på området (se nedan) och dels om svaret avser vederbörande läkares personliga önskemål eller hans tolkning av lagens innebörd.

Vad beträffar förutsättningarna för tvångsintagning, främst frågan om vilket psykiskt tillstånd patienten skall befinna sig i, har framhållits bl. a. sinnessjukdom (psykos), tillstånd jämfäst med sinnessjukdom, prepsykotiskt och psykotiskt tillstånd samt insufficienstagstillstånd. Som indikation beträffande vårdbehovet har åberopats bl. a. följande: oförmåga att taga vård om sig (eller sin familj) — sådan grad av tillvänjning att det är antagligt att hälsan skulle

påtagligt nedsättas om intagning ej skedde — nödvändigheten att hindra försämring av psykisk hälsa — farlighet för annans eller eget liv och hälsa — farlighet för annans personliga säkerhet — trängande vårdbehov — specifik personlighetsförändring — långvarigt missbruk — omfattande missbruk + misslyckade hjälpåtgärder + oundgängligen nödvändigt — uttalad akut intoxikation och abstinensbesvär. Olika kombinationer av nämnda båda slag av rekvisit har redovisats. En läkare har anfört psykos eller fara för annans personliga säkerhet eller eget liv, en annan psykos eller fara för eget liv eller svårt missbruk, en tredje jämställdhet med sinnessjukdom + uttalad narkomani eller fara för eget liv eller bristande förmåga att taga vård om sig. — Endast ett fåtal har direkt berört den av sinnessjukhuslagstiftningskommittén angivna skillnaden mellan narkomaner och narkotikamissbrukare; de har därvid i stort anslutit sig till kommitténs uttalanden. Några läkare har dock förklarat sig anse att missbruk av viss svårighetsgrad ger rätt till tvångsintagning, en annan att sådan rätt finns beträffande missbrukare som är svårt påverkad.

Vid gäller retentionsrättens omfattning i tiden har endast några berört innebörden av sinnessjuklagen; de flesta har uttalat sig om de ur terapeutisk synpunkt lämpligaste vårdtiderna. Bland förstnämnda svar märks följande: ingen retentionsrätt alls — så länge psykosens varar — beroende på läkarens skyldighet att ge patienten erforderlig vård — så länge förutsättningar för intagning finns — så länge patienten är så psykiskt sjuk att han ej kan taga vård om sig eller sin familj — beträffande narkoman avsevärd tid, beträffande missbrukare till dess avgiftning skett och patienten uppnått ett någorlunda hyggligt psykiskt och fysiskt tillstånd — så länge patienten är intoxikerad. Ett flertal läkare har åberopat — förutom rättsliga synpunkter — jämväl faktiska svårigheter, t. ex. platsbrist, som hinder för retentionsrättens utövande.

Från och med den 1 januari 1967 gäller, såvitt avser med tvång meddelad mentalsjukvård, i stället för sinnessjuklagen *lagen den 16 juni 1966 om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall*. I den nya lagen användes begreppet ”psykiskt sjuk” och ej uttrycket ”sinnessjuk”.

Den som lider av psykisk sjukdom får oberoende av eget samtycke beredas sluten psykiatrisk vård med stöd av denna lag, om sådan vård är oundgängligen påkallad med hänsyn till sjukdomens art och grad och till att han

a) uppenbarligen saknar sjukdomsinsikt till följd av sjukdomen och kan få sitt tillstånd avsevärt förbättrat genom vården eller avsevärt försämrat om vården uteblir,

b) till följd av sjukdomen är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa eller för eget liv,

c) till följd av sjukdomen är ur stånd att taga vård om sig själv,

d) till följd av sjukdomen har ett för närboende eller andra grovt störande levnadssätt eller

e) till följd av sjukdomen är farlig för annans egendom eller annat av lagstiftningen skyddat intresse som icke avses under b. (1 § första stycket.)

Med psykisk sjukdom jämställas i lagen psykisk abnormitet som ej är psykisk sjukdom eller psykisk efterblivenhet (1 § andra stycket).

Intagning på sjukhus äger rum efter skriftlig ansökan, vartill skall fogas vårdintyg, eller efter förordnande av domstol som ensam kan tillämpa specialindikationen ovan under e). Vårdintyget skall innehålla bl. a. uttalande att sannolika skäl föreligger för att vederbörande lider av psykisk sjukdom och för att sluten psykiatrisk vård är oundgängligen påkallad med hänsyn till sjukdomens art och grad och till någon eller några av de i 1 § första stycket a)—d) angivna omständigheterna (3, 5 och 12 §§).

Ansökan om intagning får göras av vissa anförvanter och därutöver av bl. a. ordförande i socialnämnd, barnavårdsnämnd, nykterhetsnämnd och hälsovårdsnämnd eller av polismyndighet. Beträffande den som är intagen i och vistas inom vissa anstalter (t. ex. kriminalvårdsanstalt, allmän vårdanstalt för alkoholmissbrukare eller ungdomsvårdsskola) får ansökan göras av den tjänsteman som har att sörja för den intagne. För den som är föremål för kriminalvård i frihet göres ansökan av ordföranden i vederbörande övervakningsnämnd (4 §).

Polismyndighet kan om fara är i dröjsmål omhändertaga den som sannolikt lider av psykisk sjukdom och är farlig för annans personliga säkerhet eller eget liv; läkarundersökning skall genast ske (7 §).

Sedan överläkare eller av honom på grund av särskilda skäl bemyndigad läkare verkställt formell prövning av intagningshandlingarna och jämväl prövat huruvida sannolika skäl föreligger för att vård kan beredas med stöd av ifrågavarande lag, beslutar han angående intagning (8 §). Sker intagning följes den av en prövning om vård kan beredas patienten med stöd av lagen och för sådant fall beslut att patienten även i fortsättningen skall vara intagen på sjukhuset (9 §).

Den som intagits på sjukhus enligt ifrågavarande lag får hindras att lämna sjukhuset och får i övrigt underkastas det tvång som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet med vården eller för att skydda honom själv eller omgivningen (13 §). När de i 1 § angivna förutsättningarna för vård ej längre föreligger, skall patienten emellertid genast utskrivas (16 §).

Beträffande frågan hur förutsättningarna för att en person, oberoende av eget samtycke, skall kunna beredas sluten psykiatrisk vård borde utformas i den nya lagen, yttrade sinnessjuklagstiftningskommittén i sitt ovan nämnda betänkande bl. a. följande:

»Det ligger i sakens natur, att vid frågor om intagning på sådant sjukhus hänsyn i främsta hand måste tagas till det psykiska tillståndet hos den vars intagande överväges och det resultat som, medicinskt sett, kan uppnås genom den vård som ifrågasättes. Uppenbart är emellertid, att medicinska synpunkter icke uteslutande kan vara avgörande. I viss omfattning bör sålunda även sociala och samhällspreventiva synpunkter beaktas. De förhållanden som, på sätt anförts, bör kunna inverka på bedömningen av intagningsfrågor, har i nuvarande lag endast kommit till uttryck genom kravet på att vårdbehov skall föreligga. Enligt kommitténs mening bör det vara möjligt att ersätta nämnda begrepp med noggrannare

angivna förutsättningar för intagning. Härigenom ernås en precisering av intagningsbestämmelserna, vilken medför ökad rättssäkerhet för den enskilde.» (S. 173.)

Vad gäller frågan om behandling av narkomaner och narkotikamissbrukare förklarade kommittén bl. a.:

»Det måste anses vara en mycket angelägen uppgift att få till stånd effektiva behandlingsformer och en god förebyggande verksamhet för att bekämpa narkomani och narkotikamissbruk. De medicinska vårdmöjligheterna är emellertid bristfälliga, och specialavdelningar för vård och behandling av narkomaner saknas helt i vårt land. Den vanliga behandlingen på mentalsjukhus har ibland blivit föremål för kritik, enär patienterna ofta måste vårdas på låsta avdelningar tillsammans med svårt och långvarigt sjuka psykotiska patienter. Samhällets åtgärder har därför i viss utsträckning kommit att domineras av polisens verksamhet och av straffrättsliga åtgärder, vanligen intagning i fängvårdsanstalt. Ur psykiatrisk synpunkt kan det icke anses tillfredsställande, att polis och kriminalvård förfogar över bättre resurser för narkomanibehandling och narkotikabekämpande än sjukvården. Det är därför angeläget, att ny lag angående vård på mentalsjukhus icke lägger hinder i vägen för en utveckling av vård och behandling av narkomaner och narkotikamissbrukare inom sjukvården.» (S. 229.)

»Ofta kan vården genomföras utan att tvångsåtgärder eller kvarhållning mot patientens vilja behöver tillgripas. I många fall däremot vill eller vågar den narkomane ej söka sjukhusvård. Han är rädd för abstinenssymptomen eller för andra konsekvenser av intagningen eller också önskar han icke bli kvitt sin narkomani. Efter intagningen på sjukhus kan det hända, att abstinenssymptom och »vävnadshunger» blir patienten övermäktiga, och han upplever att han till varje pris måste komma över det åtrådade preparatet. Han avviker från sjukhuset eller övertalar besökande anhöriga och vänner att ta med sig preparatet. Ofta måste därför patienten underkastas skärpt övervakning och ingående kontroll för att hindras att komma åt narkotika. Sedan den första avvänjningsperioden har avverkats, uppkommer med regelbundna eller oregelbundna mellanrum på nytt ett behov av eller ett krav på preparatet. Under sjukhusvistelsen händer det därför, att patienten avviker för att skaffa sig narkotika igen eller att han får den genom kontakter inom eller utanför sjukhuset från företrädare för svartabörshandeln. Under lång tid måste därför patienten underkastas övervakning och kontroll, och man måste ständigt vara beredd på recidiv. Under dessa förhållanden kan vårdtiderna bli långa och ibland mycket långa. Det finns psykiatrer som anser, att en narkoman behöver ett års eller ännu längre tids sjukhusvård för att man skall vara någorlunda säker på att behandlingen har genomförts med framgång. Ofta måste sjukhusvården avbrytas dessförinnan med risk för recidiv eller narkotikakriminalitet. Även om avvänjningen i en del fall kan genomföras på öppna avdelningar, uppstår sålunda under den tid som behandlingen kräver så många svårigheter och komplikationer, att periodvis vård på låst avdelning under noggrann övervakning är nödvändig. Avgiftningen är ofta ett rent medicinskt problem av måttlig svårighetsgrad. Behandlingen av grundsjukdomen sådan den ter sig med »addiction», recidivbenägenhet och personlighetsförändringar är ett oändligt mycket svårare och personellt mera krävande problem. Psykoterapi, arbetsterapi, miljösanerande åtgärder och långsam tillvänjning till de problem och krav som livet utanför sjukhuset ställer upp måste sättas in för att resultat skall uppnås.

På grund av de nämnda förhållandena framstår det såsom klart, att behandlingen av narkomani i många fall måste försiggå på mentalsjukhus. Det har synts kommittén angeläget att söka åstadkomma lagbestämmelser som möjliggör intagning och vård på mentalsjukhus av narkomaner. En viktig fråga att belysa är då,

om uttrycket narkomani erfordras i lagtexten eller om narkomani kan innefattas i de föreslagna begreppen psykiskt sjuk eller psykiskt abnorm.

Som redan tidigare har påpekats har narkomaner hittills intagits på mental-sjukhus, varvid förutsatts att narkomani har ingått i begreppet sinnessjukdom. Kommittén föreslår nu, att begreppet sinnessjukdom utgår och ersättes av uttrycket psykiskt sjuk, vilket begrepp emellertid begränsas till sin omfattning genom föreskriften att vård på mentalsjukhus med hänsyn till sjukdomens art eller grad skall framstå såsom oundgängligen påkallad. Att intagningen på mentalsjukhus med stöd av denna formulering skall kunna omfatta jämväl personer med narkomani torde icke behöva möta några gensagor.» (S. 235 och 236.)

»I undantagsfall finns i den premorbida personligheten sådana allvarliga avvikelser, att diagnosen psykopati är berättigad. I sådana fall kan den narkomane därför anses tillhöra kategorin psykiskt abnorma och intagas på mentalsjukhus jämväl såsom sådan.» (S. 237.)

Beträffande de speciella indikationerna för vård — i kommitténs förslag något annorlunda formulerade än i lagens slutliga skick — anfördes i betänkandet:

»Varje fall av manifest narkomani kräver sjukhusvård för sin behandling. Sådan vård kan utan undantag beräknas medföra väsentlig förbättring i den sjukes tillstånd. Ett kvarhållande efter själva avgiftningsprocessen är under lång tid berättigat för att hindra allvarlig försämring i tillståndet. Man kan nämligen befara, att alltför tidig utskrivning medför risk för mer eller mindre omedelbart recidiv. I många fall av narkomani föreligger risk för att den sjuke skall taga sitt eget liv. Farligheten för annans person torde i många fall bedömas som ringa.» . . . »Specialindikationen 'saknar förmåga att taga vård om sig' kan ofta återopas. Däremot förekommer det mera sällan, att narkomaner är grovt störande för närboende eller andra.» . . . »Några andra vårdmöjligheter än på sjukhus står som regel icke till buds.» . . . »Det enda riktiga är att försöka åstadkomma en så snabb avvänjning som möjligt och att därefter försöka att rehabilitera patienten till ett liv utan narkotika. För ett sådant behandlingsprogram torde endast mentalsjukhusen och i de lättare fallen den psykiatriska lasarettskliniken ha resurser.» (S. 237.)

Såvitt gäller frågan om vårdtidens längd anfördes i betänkandet ytterligare bl. a. följande:

»Bedömningen av frågan om vårdbehov enligt vad i 8 § — motsvarande lagens 1 § — »sågs alltså föreligger, kan givetvis ofta vara förenad med betydande svårigheter. Principiellt är dock samma synpunkter att beakta som då fråga är om intagning på mentalsjukhus. Förutom de medicinska överbäganden, vartill den intagnes tillstånd ger anledning, måste sålunda även sociala synpunkter och skyddssynpunkter tillmätas betydelse. Vid den praktiska bedömningen av utskrivningsfrågor träder dock i många fall den intagnes möjligheter att vistas utanför sjukhuset särskilt i förgrunden, och utskrivning kan ofta icke ske, med mindre särskilda åtgärder vidtages för att ordna den intagnes levnadsförhållanden. Som en allmän princip för bedömningen torde kunna fastslås, att en patient icke mot sin vilja skall kunna kvarhållas på mentalsjukhus, om det kan antagas, att han kan vistas utanför sjukhuset utan att i nära anslutning till utskrivningen åter bli i oundgängligt behov av vård på mentalsjukhus. Framstår en motsatt utveckling som sannolik, bör däremot utskrivning icke medgivas. De verkningar ett avbrytande av den pågående vården kan befaras medföra blir följaktligen i nu berörda hänseende av betydelse. Att i vidare mån än som sålunda skett klarlägga de allmänna principer som bör vara vägledande vid bedömningen av utskrivningsfrågor synes knappast möjligt.» (S. 308 och 309.)

Vad angår narkotikamissbruk, då enligt sinnessjuklagstiftningskommitténs definitioner de för narkomanierna typiska förändringarna ej uppstått, fann kommittén att vård mot vederbörandes önskan i allmänhet ej kunde ifrågakomma. Symptomen var nämligen vanligen ej tillräckliga för att hänföra vederbörande till kategorin psykiskt sjuk av sådan art eller grad att vård på mentalsjukhus mot patientens egen önskan vore oundgängligen påkallad (s. 237 och 238).

Under remissbehandlingen av betänkandet anförde riksåklagarämbetet, att de indikationer som kunde åberopas för intagning på handlingar av en narkoman i allt väsentligt syntes vara för handen även när det var fråga om en grav narkotikamissbrukare; enligt lagtexten kunde också narkotikamissbrukare intagas. Med hänsyn "till vad kommittén i motiven uttalat om att man i de flesta fall av narkotikamissbruk är hänvisad till vård och behandling med patientens egen medverkan hyser ämbetet dock farhågor för att någon tvångsintagning inte kommer att tillgripas i de av ämbetet avsedda fallen. Det är enligt ämbetet angeläget med ett tillrättaläggande på denna punkt." (Proposition nr 53 år 1966 s. 119 och 120.) — Malmö stads sjukvårdsstyrelse framhöll som sin uppfattning att kommittén möjligen underskattat svårigheterna att under en tidig fas av avvänjningen erhålla narkotikamissbrukarens medverkan. Sveriges Läkarförbund ansåg att någon terminologisk skillnad ej borde göras mellan narkomaner och narkotikamissbrukare (s. 120). — Vidare gjordes av remissmyndigheterna vissa anmärkningar mot de av kommittén föreslagna specialindikationerna.

Departementschefen yttrade i nämnda proposition, såvitt nu är ifråga:

»Någon oenighet har inte rått om att under begreppet psykisk sjukdom hör tillstånd, som sammanhänger med missbruk av narkotika, och jag ansluter mig för egen del till denna uppfattning. En strikt gränsdragning mellan narkomani och narkotikamissbruk torde inte alltid vara möjlig och synes inte heller nödvändig i detta sammanhang. Liksom när det gäller övriga fall av psykisk sjukdom bör sjukdomens art och grad vara avgörande för bedömningen av om slutna psykiatrisk vård är oundgängligen påkallad.» (S. 166.)

»Allmän enighet torde råda om att den moderna mentalsjukvården bör syfta till att i största möjliga utsträckning jämställa de psykiskt sjuka med andra sjuka i vårt samhälle. Det är från denna synpunkt jag för egen del vill se frågan om den medicinska intagningsindikationen bör finnas med som grund för intagning oavsett den sjukas samtycke. En människa som lider av en kroppssjukdom får — med vissa undantag för smittosamma sjukdomar — själv avgöra om hon vill söka vård eller inte. Det låter bestickande att säga att detsamma bör gälla i fråga om dem som lider av psykiska sjukdomar. Dessa senare sjukdomar är emellertid ofta förenade med bristande sjukdomsinsikt. När en psykiskt sjuk människa underlåter att söka vård kan det därför inte med fog påstås att hon på samma sätt som en kroppsligt sjuk patient har gjort ett val. Enligt min uppfattning bör den psykiskt sjuke inte på grund av sin bristande sjukdomsinsikt försättas i en sämre situation än den som är kroppsligt sjuk. Erfarenheten säger att de flesta kroppsligt sjuka söker bot för sin sjukdom, och jag tror att det är felaktigt att utgå från att så inte skulle vara förhållandet med de psykiskt sjuka om de hade sjukdomsinsikt. Dessa sjuka bör rimligen ha samma möjlighet att ta samhällets vårdresurser i anspråk som andra. Vården bör också komma till stånd i ett stadium av sjukdomen, där det

föreligger möjlighet att förbättra den sjuke. Det vore enligt min mening olyckligt att utforma en modern lagstiftning på detta område så, att de sjuka tas om hand först när de av olika skäl blir obekväma för samhället eller det är för sent att hjälpa dem till ett liv utanför sjukhusets väggar. Den nuvarande sinnessjuklagen lägger inte hinder i vägen för en intagning på medicinsk indikation och enligt vad som upplysts mig sker också sådan intagning i icke obetydlig omfattning.

I likhet med det övervägande antalet remissinstanser förordar jag därför en medicinsk intagningsindikation av i huvudsak den innebörd kommittén angett. Jag finner dock att som villkor för att indikationen skall tillämpas bör gälla att den sjuke saknar sjukdomsinsikt. Med hänsyn till de svårigheter som kan föreligga att bedöma om någon har sjukdomsinsikt och om det är möjligt att åstadkomma förbättring eller hindra försämring av ett psykiskt sjukdomstillstånd ämnar jag i det följande föreslå speciella regler i fråga om behörighet att utfärda vårdintyg då den medicinska indikationen åberopas.» (S. 167 och 168.)

»Som tredje specialindikation anger kommittén oförmåga att ta vård om sig och jag anser i likhet med remissinstanserna att en specialindikation av denna innebörd är nödvändig. Kommittén beskriver indikationen så att den sjuke till följd av sitt psykiska tillstånd saknar förmåga att ta vård om sig och att han inte på samma sätt kan få tillfredsställande vård. Att särskilt hänvisa till det psykiska tillståndet finner jag inte erforderligt. Eftersom det skall vara fråga om en allvarlig psykisk sjukdom, synes det knappast tänkbart att en samtidigt föreliggande oförmåga att ta vård om sig skulle kunna hänföras till omständigheter som inte har något samband med den psykiska sjukdomen. Inte heller kan jag tillstyrka villkoret att den sjuke inte på annat sätt kan erhålla tillfredsställande vård. En person som på grund av sin psykiska sjukdoms art och grad i förening med oförmåga att ta vård om sig är i oundgängligt behov av sluten psykiatrisk vård bör rätteligen komma i åtnjutande av sådan vård och inte hänvisas till något annat vårdområde.» (S. 169.)

För att få en uppfattning om de berörda läkarnas tolkning av den nya lagens bestämmelser gjorde medicinalstyrelsen på kommitténs hemställan en förfrågan motsvarande den som gällde innebörden av sinnessjuklagen.

Vad gäller förutsättningarna för *tvångsintagning* enligt nya lagen hänvisar flertalet läkare till bestämmelserna i lagens 1 §, varvid dock olika specialindikationer betonas. Betydelsen av indikationen under a) ifrågasättes i ett svar; bristande sjukdomsinsikt kan vara svår att fastställa. Endast vissa läkare uttalar sig om den av sinnessjuklagstiftningskommittén angivna skillnaden mellan narkomaner och narkotikamissbrukare. Några av dessa läkare anser i likhet med sinnessjuklagstiftningskommittén, att bestämmelserna är tillämpliga endast på narkomaner; i ett av dessa svar sägs dock att en akut påverkad missbrukare kan tvångsintagas. Några läkare är tveksamma; en av dem uttalar att den nya lagen nog medför att missbrukare skall kunna intagas lättare än förut men att svårigheter dock kan kvarstå; en annan säger, att intagning kan ske om psykos föreligger samtidigt med missbruket. Andra förklarar sig anse att möjligheter finns att tvångsintaga även missbrukare; några uppställer dock härvid kravet på vanemässigt svårt missbruk, en annan kräver missbruk av viss grad, andra begränsar möjligheten till de fall där viss specialindikation a), b) eller c) är tillämplig.

Beträffande frågan om *retentionsrätten* föreligger i stort sett enighet bland enkätsvaren om att sådan rätt bör finnas: synpunkterna varierar emellertid stort beträffande lämplig tidslängd. En läkare anser att rätten bör finnas men

ej tillämpas. Bland de läkare som uttalar sig om den nya lagens innebörd i förevarande avseende råder delade meningar. Rent allmänt uttalas från några håll, att den nya lagen bereder större möjligheter till retention än sinnessjuklagen gjorde. Några anser sådan rätt finnas så länge psykosen (eller ett psykiskt insufficienstagstillstånd) varar eller överhuvud så länge förutsättningarna för intagning finns. Andra anser tillämpning av specialindikationen a) vara en förutsättning för retentionsrätt. I ett svar framhålles, att retentionsrätten finns, när indikationen e) tillämpats, men att frågan i övrigt är svårbedömd. Några läkare anser retentionsrätten upphöra, så snart akuta symptom, intoxicationer eller abstinensbesvär avklingat. I flera svar framhålles att kvarhållningsrätten finns så länge vård är erforderlig. I ett annat svar, där skillnaden mellan narkomani och missbruk beröres, uttalas — liksom när det gällde tolkningen av sinnessjuklagens bestämmelser — att en narkoman kan kvarhållas avsevärd tid men en missbrukare endast till dess avgiftning skett och vederbörande kommit i ett någorlunda hyggligt psykiskt och fysiskt tillstånd. Flera läkare betonar, att man i vart fall ej bör i lag fixera en viss retentionstid; en framhåller att intagningen i så fall skulle komma att betraktas som ett straff. — Vad förut nämnts om vissa svar angående rådande platsbrist gäller givetvis även för detta avsnitt.

2. Barnavårdsklientelet

Att narkotikamissbruk kan vara anledning till omhändertagande med tvång jämlikt *barnavårdslagen den 29 april 1960* framgår av dess 25 § första stycket b); barnavårdsnämnd skall vidtaga åtgärd enligt 26—29 §§ (t. ex. besluta om förebyggande åtgärder eller omhändertagande för samhällsvård, exempelvis å ungdomsvårdsskola) om någon som ej fyllt tjugoeft år "på grund av brottslig gärning, sedeslöst levnadssätt, underlåtenhet att efter förmåga ärligen försörja sig, missbruk av rusdrycker eller narkotiska medel eller av annan jämförlig anledning är i behov av särskilda tillrättaförande åtgärder från samhällets sida". Lämnar den som beröres av ett beslut om omhändertagande för samhällsvård eller hans föräldrar ej samtycke till verkställighet, skall beslutet underställas länsstyrelsens prövning (24 §). Enligt 38 § skall, därest den omhändertagne lider av sjukdom eller annan kroppslig eller själslig brist eller svaghet, barnavårdsnämnden bereda honom erforderlig vård och behandling. Samhällsvården skall enligt 42 § efter beslut av barnavårdsnämnd upphöra så snart ändamålet med vården får anses uppnått och senast då den omhändertagne fyller aderton år eller, beträffande den som omhändertagits efter det han fyllt femton år, senast tre år efter omhändertagandet. Beträffande ungdomsvårdsskolorna beslutar socialstyrelsen om inskrivning (64 §) och respektive skolstyrelse om utskrivning (65 §), som skall ske senast när eleven fyller tjugoeft år eller, om han omhändertagits för samhällsvård efter fyllda aderton år, senast tre år efter omhändertagandet (67 §).

Narkomanvårdskommittén har tillfrågat överståthållarämbetet och länsstyrelserna, som enligt ovan har att pröva vissa tvistiga ärenden, huruvida

några tillämpningsproblem befunnits föreligga vid prövning av fråga angående omhändertagande av läkemedelsmissbrukande ungdom.

Överståthållarämbetet uttalar bl. a.:

»Det ligger i sakens natur att ett mera uttalat narkotikamissbruk i mindre grad än många andra skäl för omhändertagande blir föremål för underställning eftersom narkotikamissbruket säkerligen ofta medför så allvarliga följdverkningar att omhändertagandet för vederbörande ter sig ofrånkomligt. Tilläggas kan emellertid att det tämligen ofta förekommit att utredningar i dessa ärenden gett vid handen att narkotikamissbruk åtminstone sporadiskt förelegat utan att, såvitt slutgiltigt kunnat konstateras, klar hemfallenhet hunnit utbildas. Synnerligen ofta framgår av utredningarna att misskötsamma ungdomar som kommit på drift logerat i »knarkarkvartar» eller frekventerat lokaler som notoriskt besökts speciellt av narkotikamissbrukare. Det ringa antal fall, där narkotikamissbruk uttryckligen åberopats, kan således icke tagas som måttstock beträffande frekvensen eller skadeverkningarna av florerande narkotikamissbruk.»

»Överståthållarämbetet har vid sin prövning av ärendena haft att bedöma allenast huruvida barnavårdsnämnden åvägabragt tillräckliga skäl för ett omhändertagande. I sådant hänseende har, då narkotikamissbruk förekommit, oftast ingen tveksamhet förelegat; ju svårare fallen tett sig ur behandlingssynpunkt desto lättare har behovet av ingripande kunnat bedömas. De meningsskiljaktigheter som förekommit har därför mest rört icke så mycket själva behovet av ett omhändertagande som formerna för detsamma. Sålunda har exempelvis hävdats, att anledning till placering på ungdomsvårdsskola icke varit för handen. Prövningen av detta spörsmål skall emellertid ske i särskild ordning; härom beslutar socialstyrelsen. Även om graden av missbruk av narkotika icke klart framkommit — det torde icke sällan vara så att hemfallenhet eller icke åt verkligt narkotikamissbruk icke låter sig klarläggas på själva utredningsstadiet utan framkommer först efter något längre tids observation — har ärendena såsom ofta framstått som klara eftersom dessutom allvarlig kriminell belastning eller annan asocialitet förelegat.»

Länsstyrelserna har i stort sett enhälligt funnit de nu aktuella problemen icke utgöra skäl till ändring av barnavårdslagen. Länsstyrelsen i Östergötlands län ifrågasätter emellertid huruvida det icke finnes skäl överväga att från barnavårdslagens tillämpningsområde undantaga sådana fall där narkotikamissbruket framstår som det väsentliga. Enligt styrelsens förmenande är ej barnavårdsnämnder (och ej heller nykterhetsnämnder) lämpade att ingripa i dylika fall; narkomaner torde i första hand vara i behov av medicinsk vård och sådan vård synes bäst kunna beredas dem inom sjukvårdens ram, förslagsvis på för ändamålet särskilt inrättade sjukhus eller sjukavdelningar. — I ett vid länsstyrelsens i Malmöhus län svar fogat yttrande av socialbyrån i Lund ifrågasättes om icke i lagtexten klart bör angivas att ingripande kan ske även som följd av missbruk av andra beroendeframkallande läkemedel än narkotiska medel.

Vidkommande formerna för ingripandet mot missbruk av narkotika bland ungdom har socialstyrelsen i avgivet yttrande förklarat bl. a. följande:

»Detta ingripande kan ha formen av preventiva åtgärder eller olika hjälpåtgärder under fria former vari ingår öppen och sluten medicinsk vård. Visar sig dessa åtgärder resultatlösa kan den unge omhändertagas för samhällsvård. I praktiken medför detta att vederbörande placeras på ungdomshem eller ungdomsvårdsskola. En annan möjlig placering vore att inta vederbörande på mentalsjukhus men så har

hittills inte skett i någon större utsträckning, enär mentalsjukhusen anser det i allmänhet inte lämpligt att placera dessa unga missbrukare tillsammans med äldre sinnessjuka patienter och speciella ungdomsavdelningar har hittills saknats.»

»Ungdomsvårdsskolornas resurser för vård av alkohol- och narkotikaskadade elever är f. n. under stark utbyggnad. Under hösten 1965 öppnades en speciell sjuk- och behandlingsavdelning vid Ryagårdens yrkesskola för flickor. Liknande avdelningar på yrkesskolor för pojkar beräknas bli färdigställda enligt följande; Råby den 1.1 1967, Bärby den 1.3 1967 och Fagared den 1.1 1968. Avdelningarna kommer att ha tillgång till sakkunnig personal genom heltids- eller deltidsanställd läkare, heltidsanställd sjuksköterska samt psykolog. Även i övrigt torde avdelningarna bli tillfredsställande personellt utrustade. Ungdomsvårdsskolorna bör således inom något år ha tillgång till de praktiska vårdresurser som erfordras för ifrågavarande elevkategori.»

Jämväl socialstyrelsen anser skäl saknas för ändring av barnavårdslagen i nu förevarande avseende.

3. Det asociala klientelet

Lagen den 4 juni 1964 om åtgärder vid samhällsfarlig asocialitet stadgar i 1 § att den som fyllt tjuogoett år och "underlåter att efter förmåga söka försörja sig hederligt samt för ett sådant asocialt liv att uppenbar fara föreligger för allmän ordning eller säkerhet" må intagas i arbetsanstalt. Om intagning i arbetsanstalt förordnar domstol på talan av allmän åklagare (2 §). Förordnande om någons intagning i arbetsanstalt må ej ske bl. a. om han är i behov av vård på mentalsjukhus (3 §). Den som intagits i arbetsanstalt kan kvarhållas under en tid av högst två år; om utskrivning beslutar den övervakningsnämnd till vars verksamhetsområde arbetsanstalten hör (14 §).

Departementschefen yttrade i propositionen nr 128 år 1964, s. 64, att samhällsskyddet borde tagas till utgångspunkt när det gällde att utforma förutsättningarna för lagens tillämplighet samt att den föreslagna lagen komme att inom det rådande systemet ligga i ett gränsområde mellan kriminallagstiftning och vårdlagstiftning; förelåg ett vårdbehov och kunde vård anordnas, saknades anledning att tillämpa den särskilda lagen.

Departementschefen anförde vidare bl. a.

»Av lagens sekundära natur följer som förut nämnts att möjligheten att vidta andra åtgärder än intagning i arbetsanstalt skall undersökas redan på utredningsstadiet. Polisen skall således använda sina befogenheter enligt sinnessjuklagen och nykterhetsvårdslagen. I det följande ämnar jag föreslå att läkarundersökning regelmässigt skall anordnas som ett led i utredningen. Läkarundersökningen avser att utröna om den undersökte lider av kroppslig eller psykisk sjukdom och det bör framgå av utlåtande över undersökningen huruvida han är i behov av vård på mentalsjukhus. Kan vårdattest eller observationsattest utfärdas enligt sinnessjuklagen bör det således ske. I sådant fall skall vidare åtgärder vidtagas enligt 2 eller 4 kap. sinnessjuklagen och talan vid domstol inte väckas.» (S. 96.)

Såvitt gäller tillämpningen av ifrågavarande lag har förfrågningar hos polis- och åklagarmyndigheterna i landets tre största städer givit vid handen, att något ingripande med stöd av denna lag ej förekommit med anledning av läkemedelsmissbruk eller olagligt förfarande med läkemedel.

B. IFRÅGASATT YTTERLIGARE TVÅNGSLAGSTIFTNING

Vid olika tillfällen har förslag framförts om att *lagen den 27 juli 1954 om nykterhetsvård* som ej är tillämplig beträffande andra än missbrukare av alkoholhaltiga drycker borde ändras så att även läkemedelsmissbrukare som ej vore alkoholmissbrukare föll under lagens bestämmelser. I nu förevarande sammanhang upptar narkomanvårdskommittén detta spörsmål endast såvitt avser frågan om tillämpligheten av nykterhetsvårdslagens bestämmelser om tvångsintagning på anstalt. Vad gäller lagens tillämpning i övrigt på läkemedelsmissbrukare återkommer kommittén härtill i ett senare betänkande, som kommer att behandla bl. a. organisatoriska frågor.

Enligt 18 § i nykterhetsvårdslagen kan den som är hemfallen åt alkoholmissbruk tvångsintagas å allmän vårdanstalt för alkoholmissbrukare, då vissa specialindikationer föreligger samt hjälpåtgärder och övervakning visat sig vara eller uppenbarligen skulle bli gagnlösa eller ej kan avvaktas. Om tvångsintagning beslutar länsstyrelsen på ansökan av nykterhetsnämnd eller i vissa fall av polismyndighet (19 §). De allmänna vårdanstalterna står under tillsyn av socialstyrelsen (41 §). Vårdtiden är ett år; har vederbörande förut varit intagen å sådan anstalt och är det aktuella beslutet meddelat inom fem år från senaste utskrivningen, är dock vårdtiden två år (44 §). I vissa fall kan vårdtiden förlängas med två år (45 §).

Under höstriksdagen 1960 framställdes en interpellation till inrikesministern om ej narkotikamissbrukare borde likställas med alkoholister då det gällde möjlighet till omhändertagande; en sådan ändring borde lämpligen ske genom tilläggsbestämmelser till nykterhetslagstiftningen. Inrikesministern förklarade senare samma år i sitt svar bl. a., att omhändertagande av narkotikamissbrukare lämpligen borde ske endast vid mentalsjukhus eller psykiatrisk lasarettsklinik; denna fråga var emellertid för det dåvarande under utredande av sinnessjuklagstiftningskommittén.

Som svar på en av medicinalstyrelsen för narkomanvårdskommitténs räkning till överståthållarämbetet och länsstyrelserna ställd fråga huruvida myndigheten haft erfarenhet av svårigheter vid tillämpning av nykterhetsvårdslagen beträffande personer som jämväl var läkemedelsmissbrukare har överståthållarämbetet framhållit följande:

»Då vederbörande missbrukat såväl alkohol som läkemedel har det ej sällan uppstått svårigheter att avgränsa alkoholens roll för att fastställa hemfallenhet åt alkoholmissbruk (15 § nykterhetsvårdslagen. Samma svårighet har i några fall uppstått vid konkurrens mellan alkohol- och thinnermissbruk. — Det kan — även om det samlade intrycket är att vederbörande är klart vårdbehövande — föreligga risk för att i och för sig behövlig åtgärd ej kan vidtagas med stöd av nykterhetsvårdslagen i dess nuvarande utformning.»

De flesta länsstyrelserna har emellertid förklarat sig icke ha funnit några liknande tillämpningssvårigheter.

Länsstyrelsen i Skaraborgs län anför dock:

»Vid handläggning av ärenden rörande tvångsintagning å allmän vårdanstalt för alkoholmissbrukare har länsstyrelsen kunnat konstatera, att vederbörande i vissa

fall varit såväl alkohol- som läkemedelsmissbrukare. Även om hemfallenhet åt alkoholmissbruk kunnat styrkas, har det emellertid stundom varit oklart och följaktligen svårt att avgöra i vilken utsträckning missbruk av läkemedel — vanligen s. k. tablettmissbruk — haft inverkan på vederbörandes hälsotillstånd och situation i övrigt. Då lagen om nykterhetsvård icke är tillämplig på missbrukare av annat berusningsmedel än alkohol och ersättningsmedel härför, kunna svårigheter därför uppstå vid användande av denna lag i fråga om personer, som jämväl äro läkemedelsmissbrukare.»

Länsstyrelsen i Göteborgs och Bohus län har på denna punkt uppgivit:

»Vid Länsstyrelsens handläggning av ärenden rörande intagning av alkoholmissbrukare å vårdanstalt, har väl förekommit, att vederbörande sökt förklara vissa beteenden och tillstånd vara en följd av överdosering av läkemedel — tabletter — och icke av alkoholmissbruk. Dock har föreliggande bevisning om alkoholmissbruket varit sådan, att invändningar av nyssberörd art icke kan sägas ha vållat svårigheter vid ärendenas handläggning.»

I ett vid länsstyrelsens i Södermanlands län svar fogat yttrande av länsläkaren i länet framhålles, »att man bör överväga att vidga nykterhetsnämndernas kompetensområde till att omfatta handläggning av ärenden rörande narkomaner, beträffande vilka nykterhetsvården ej är tillämplig. Länsläkaren anser emellertid att det i detta sammanhang är nödvändigt att i lagtexten ge direkta anvisningar om att narkomanernas behandling i vissa avseenden måste läggas upp på annat sätt än behandlingen av alkoholmissbrukare. Det är nämligen uppenbart att det ej kan uppdragas åt anstalterna för alkoholmissbrukare att omhändertaga narkomanklientelet.» — Länsläkaren i Göteborgs län finner att missbruk av typen sedativa etc. borde kunna behandlas av nykterhetsnämnd med bl. a. möjlighet till vård å specialanstalter, vilka dock borde vara av mera »medicinsk» natur än alkoholistanstalterna.

Socialstyrelsen har i sitt enkätsvar förklarat:

»I vissa länder t. ex. Finland och Norge sker ingripande mot narkomaner och alkoholmissbrukare enligt samma lag. Man har i dessa länder ansett gränserna mellan olika former av missbruk av stimulerande medel vara flytande och uppkomstmekanismen likartad varför man av praktiska skäl ansett att samma samhällsorgan bör ansvara för behandlingen av såväl alkohol- som läkemedelsmissbrukare. I Sverige har nykterhetsvårdslagen fått en annan utformning. Man har ej ansett det lämpligt att samhället enbart av sociala skäl skulle ingripa mot vuxen läkemedelsmissbrukare. Behandlingen av vuxna narkomaner har bedömts vara ett övervägande medicinskt problem varför utgångsläget för behandlingen ansetts böra vara medicinska indikationer. För övrigt är nykterhetsvårdens resurser i Sverige f. n. inte tillräckliga för att kunna ge vård åt narkotikamissbrukare.»

Rörande den allmänna frågan huruvida nykterhetsvårdslagen borde kunna tillämpas på ärenden rörande narkotikamissbrukare har socialstyrelsen vidare framhållit bl. a. att man borde beträffande en rad frågor ha en säkrare grund att stå på än vad man har i dag, när det gäller att ta ställning till en framtida organisation av vården av narkotikamissbrukare.

Vid den förut nämnda enkäten till vissa läkare har framkommit, att någon av de läkare som ansett retentionsrätt — helt eller delvis — ej föreligga enligt den nya mentalsjukvårdslagen funnit denna brist böra repareras ge-

nom komplettering av nykterhetsvårdslagens bestämmelser att avse även läkemedelsmissbrukare eller eljest införande av särbestämmelser, eventuellt liknande nykterhetsvårdslagens stadganden om tvångsintagning å anstalt. Andra läkare har emellertid motsatt sig särslagstiftning beträffande läkemedelsmissbrukare; vissa läkare har därvid betonat, att erforderlig vård av nu ifrågavarande slag måste vara medicinsk och meddelas inom den psykiatriska vårdens område.

Tanken har framförts att — när läkemedelsmissbruket är en "smittsam" sjukdom — missbruket borde jämföras med andra epidemiska sjukdomar med ty åtföljande möjligheter att isolera den sjuke.

C. NARKOMANVÅRDSKOMMITTENS BEDÖMNING

Den uppfattningen torde vara allmänt accepterad, att läkemedelsmissbruk i dess allvarigare former är en sjukdom och att behandlingen av missbrukarna på grund av sjukdomens yttringar främst är en uppgift för psykiatri.

Tendensen inom modern psykiatrisk vård är klart till förmån för frivillig vård. Om patienten samverkar med läkaren, ger detta en bättre prognos i det enskilda fallet. Såvitt gäller gruppbildningar där läkemedelsmissbruk förekommer är likaledes ett av huvudproblemen att skapa en positiv inställning till vårdförsök. En vård som bygger på tvång kan här skapa ett motstånd mot hjälpförsök. Likväl är det uppenbart att det finns många fall där det måste anses nödvändigt att man kan med tvång omhändertaga och kvarhålla patienten såväl under avgiftningen som under så lång tid därefter att man genom en aktiv terapi kan få möjlighet att bygga upp individens motståndskraft inför påfrestningarna efter sjukhusvistelsen.

Från och med den 1 januari 1967 gäller lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall. Förutsättningarna för dess tillämpning är att patienten lider av psykisk sjukdom och att sluten psykiatrisk vård är oundgängligen påkallad med hänsyn till sjukdomens art och grad och till vissa i lagen närmare angivna specialindikationer. Sinnessjuklagstiftningskommittén har framhållit — och i denna del ej mött gensagor — att vad kommittén benämner narkomani utan tvekan kan falla under begreppet psykisk sjukdom av sådan art och grad att vård på sjukhus är oundgängligen påkallad. Såväl sinnessjuklagstiftningskommittén som vissa av de läkare vilka yttrat sig i nu förevarande sammanhang har emellertid ansett att beträffande sådana personer som faller under kommitténs beteckning narkotikamissbrukare tvångsmässig vård ej kan anordnas med stöd av lagen. Sedan kommitténs ståndpunkt i detta avseende mött viss opposition under de fortsatta förarbetena till lagen, har departementschefen uttryckt som sin uppfattning att en strikt gränsdragning mellan narkomani och narkotikamissbruk ej syntes nödvändig i detta sammanhang; sjukdomens art och grad borde — liksom när det gällde övriga former av psykisk sjukdom — vara avgörande för bedömningen av frågan om sluten psykiatrisk vård är oundgängligen påkallad.

Vid bedömningen av behovet av tvångsmässig vård är givetvis möjligheten att tillämpa någon eller några av specialindikationerna av avgörande betydelse. Beträffande läkemedelsmissbrukare synes samtliga de i lagens 1 § upptagna kunna komma att tillämpas. Såsom departementschefen anfört, torde ej minst den medicinska indikationen vara av betydelse; emellertid lär dock, såsom från visst läkarhåll framhållits, kravet på bristande sjukdomsinsikt hos patienten kunna komma att minska denna indikations tillämpningsområde. Å andra sidan synes den under c) upptagna indikationen oftast kunna åberopas. Övergång från tillämpning av en specialindikation till åberopande av en annan specialindikation (inklusive den medicinska enligt § 1 a) skall enligt kommitténs bedömning kunna förekomma under behandlingstidens gång.

Med stöd främst av departementschefens uttalande om den nya lagens principiella tillämplighet jämväl på den kategori som sinnessjuklagstiftningskommittén benämnde narkotikamissbrukare anser narkomanvårdskommittén, att lagen erbjuder tillräckliga möjligheter att på sjukhus med tvång intaga och kvarhålla sådana missbrukare för vilka vård å sjukhus är oundgängligen påkallad. För övriga fall synes möjlighet att tvångsvis anordna sjukhusvård ej böra finnas. De rättsliga befogenheter lagen erbjuder den psykiatriska vården synes vara omfattande. Patienten kan kvarhållas så länge som det bedömes oundgängligen erforderligt för hans vård. Den här för nödvändiga tiden kan, som framgår av ovan citerade uttalanden av sinnessjuklagstiftningskommittén, vara mycket lång. Den tvekan om tillämpningen som framkommit i enkätsvaren torde oftast vara föranledd av olikheter i uppfattningen om vårdmetoder samt av bristande vårdresurser. I övrigt har osäkerheten främst gällt den rättsliga möjligheten att med tvång kvarhålla dessa patienter sedan de akuta sjukdomstillstånden hävts. Kommittén finner, med hänvisning till vad ovan anförts, att någon osäkerhet härvidlag ej synes motiverad i de fall vårdhänsyn gör ett kvarhållande oundgängligen påkallat.

Någon ändring av 1966 års lag om slutna psykiatrisk vård torde följaktligen åtminstone för närvarande ej böra ske. Efter det lagen tillämpats ytterligare någon tid kan anledning förekomma att ta upp frågan till ny prövning. En viktig uppgift är emellertid att föranstalta om erforderliga resurser för att sjukhusen skall kunna fylla sina uppgifter vad gäller omhändertagande jämväl av nu ifrågakommande patientkategorier.

Angivna lag är givetvis tillämplig jämväl på barnavårds- och nykterhetsvårdsklientelet. Vad gäller barnavården finns ju emellertid särskild möjlighet att ingripa beträffande ungdom som missbrukar narkotiska medel. Vad i barnavårdslagen avses med narkotiska medel framgår ej av lagens förarbeten eller eljest. Då uttrycket i lagen kompletterats med orden "eller av annan jämförlig anledning", torde kunna fastslås att missbruk ej enbart av narkotika utan även av andra beroendeframkallande medel faller under stadgandet.

Som socialstyrelsen framhållit synes det åtminstone än så länge i regel ej vara lämpligt att placera unga missbrukare på psykiatriskt sjukhus. Ung-

domsvårdsskolorna uppges emellertid inom en nära framtid få tillgång till erforderliga vårdresurser.

Med hänsyn till vad ovan anförts om den allmänna tillämpligheten av lagen om slutna psykiatrisk vård torde någon utvidgning av nykterhetsvårdslagens bestämmelser om möjlighet till tvångsintagning på anstalt till att avse även läkemedelsmissbrukare ej vara erforderlig. Enligt uppgift från Norge, där vården av läkemedelsmissbrukare faller under nykterhetsvårdsförfattningen, talar erfarenheterna där ej för en liknande anordning i Sverige. Även de finska erfarenheterna av en kombinerad vård synes vara negativa; antalet narkomaner som erhållit sådan vård har årligen minskat och är nu obetydligt. Nuvarande nykterhetsvårdsanstalter här i landet synes f. ö. ej heller ha sådana medicinska resurser som behövs för en adekvat behandling av nämnda missbrukare. Som förut nämnts kommer narkomanvårdskommittén att senare i samband med en allmän översikt över organisatoriska problem beträffande narkomanvården även pröva frågan huruvida nykterhetsvårdslagen i övrigt — t. ex. dess bestämmelser om uppsökande verksamhet och hjälpåtgärder av olika slag — bör göras tillämplig på läkemedelsmissbrukare.

Lagen om åtgärder vid samhällsfarlig asocialitet synes ej tillämplig på läkemedelsmissbrukare enär vårdbehov torde föreligga i de fall där missbruket är så gravt att det kan åberopas som grund för tvångsåtgärd enligt ifrågavarande lag.

Epidemilagen förutsätter för sin tillämpning förekomsten av vissa smittsamma sjukdomar. Som ovan angivits har ibland påyrkats, att epidemilagens bestämmelser borde erhålla tillämpning beträffande läkemedelsmissbruk. Enligt kommitténs bedömning har emellertid analogin epidemi—läkemedelsmissbruk haft ett berättigande främst vid beskrivningen av missbrukets uppkomst och dynamik; såvitt gäller de olika motåtgärderna ger analogin i och för sig ingen vägledning. Rätten att kvarhålla en läkemedelsmissbrukare på sjukhus enligt lagen om slutna psykiatrisk vård eller eventuellt barnvårdslagen synes erbjuda ett medel mot den risk för "smitta" som en missbrukare under visst stadium av sjukdomen otvivelaktigt utgör.

Appendix

Promemoria angående undersökningar av narkotikaproblem

Ingiven till Kungl Socialdepartementet den 24 augusti 1966. Beträffande
Kungl Maj:ts beslut se s. 4.

Innehållsförteckning

	<i>Inledning</i>	165
I	<i>Den aktuella missbrukssituationen</i>	165
II	<i>Undersökningar rörande utbredningen av narkotikamissbruket</i> ..	167
II:1	a. Enkätundersökningar	167
	b. Undersökningar med individuella blanketter	167
II:2	2. Case finding survey i Stockholm	168
II:3	3. Övriga undersökningar rörande utbredningen	169
II:3	a. Armvensinspektion	169
	b. Biokemiska metoder	169
	c. Förfrågningar	169
II:3	1. Skolungdom	169
	2. Värnpliktiga	170
	3. Polisklientel	170
	4. Fängelseklientel	170
III	<i>Utvecklingsarbeten av diagnosmetoder</i>	171
III:1	Diagnostiska studier	171
III:2	Kliniska studier	172
IV	<i>Intervjustudier på olika klientel</i>	174
IV:1	Polisklientel	174
IV:2	Den öppna kriminalvårdens klientel	175
IV:3	Barnavårdsnämndens klientel	176
IV:4	Venereaklientel och normalfall	176
IV:5	RFHL:s klientel	177
V	<i>Gångstudier</i>	177
VI	<i>Efterundersökningar</i>	177
VII	<i>Studier av behandling och kontroll</i>	178
VII:1	Effekter av medicinsk-psykiatrisk behandling	178
VII:2	Det juridiska kontrollsystemet	179
VIII	<i>Litteratursammanställning</i>	179
IX	<i>Övriga projekt</i>	179
X	<i>Allmänna kostnader</i>	180
XI	<i>Avslutande kalkyl</i>	180
XII	<i>Sammanfattning</i>	182

Inledning

Denna promemoria av medicinalstyrelsens narkomanvårdskommitté utgör en utveckling av en arbetspromemoria dagtecknad den 26 januari 1966. I den tidigare promemorian gavs en första kartläggning av missbrukssituationen. Vidare behandlades missbrukets orsaker och diskuterades frågor i samband med prevention och behandling. Därutöver skisserades en rad frågeställningar och undersökningar som då syntes mest angelägna. Följande promemoria innehåller konkreta förslag till undersökningar som enligt kommitténs mening snarast bör understödjas eller igångsättas. Somliga av undersökningarna har redan delvis påbörjats, somliga är ej påbörjade men väl slutplanerade, medan andra kräver ytterligare planeringsarbete innan en slutgiltig undersökningsplan kan föreligga. Det bör observeras att promemorian i sig utgör resultatet av en prioritering. Problemområdet är mycket stort och väsentliga problemställningar legio. De i föreliggande promemoria upptagna undersökningarna, som är av huvudsakligen socialmedicinsk karaktär, rör kartläggning, förklaring och prevention. Väsentliga projekt utöver de prioriterade har diskuterats och skjutits till en senare fas i arbetet (punkt IX denna promemoria). I fråga om de nedan upptagna undersökningarna har vidare en begränsning vidtagits såtillvida som medel endast söks för egentliga och nödvändiga kartläggningsuppgifter, under det att undersökningarna till den del de har en inriktning som är mer långtgående specifikt vetenskaplig än vad kommitténs arbete erfordrar hänvisats att söka medel hos bland annat forskningsråden.

För de undersökningar som nedan specificeras äskas summa 81 096 kr för tjänstledigheter samt summa 281 113 kr för övriga undersökningskostnader. En sammanfattande kalkyl återfinnes under XI denna promemoria.

I DEN AKTUELLA MISSBRUKSSITUATIONEN

Sedan lång tid tillbaka har det funnits ett begränsat antal personer i Sverige som missbrukat opium, morfin och derivat därav samt på senare tid ofta syntetiska ersättningsmedel. Somliga av dessa personer har varit missbrukare i många år och är väl kända för medicinalstyrelsen. Det har inte framkommit något som tyder på att antalet sådana missbrukare skulle vara i stigande.

Tidigare användes också bromhaltiga preparat. Numera torde dock barbiturater ha större användning. Åtskilligt tyder på att missbruket av sådana medel varit i stigande under många år. Det är här inte fråga om egentliga narkotika enligt internationellt eller svenskt språkbruk, men då det är fråga om ett läkemedelsmissbruk av ofta allvarlig karaktär har narkomanvårdskommittén funnit det nödvändigt att inkludera denna grupp av läkemedel i sitt problemfält.

Bruket av s. k. centralstimulerande medel har i synnerhet ökat under senare år, även om det förekommit sedan lång tid tillbaka. Under de senaste åren har preludinmissbruket fått en kraftig och helt oväntad utbredning. Ur medicinsk synvinkel kan man tala om en preludinepidemi med mycket hög smittrisk. När den illegala tillförseln av preludin nu synes ha blivit försvårad, tillgripes i ökad utsträckning särskilt ritalina. Alltjämt förekommer dessutom meproamat, barbiturater och liknande, ibland i kombination med andra medel. Enligt rapporter från nykterhetsvård och polikliniker för alkoholmissbrukare blir kombinationen alkohol/läkemedel allt vanligare.

I stor utsträckning har man övergått från intagning av de aktuella medlen genom munnen till intravenös eller någon gång intramuskulär injektion. Ofta löses tabletter i vatten, varefter den verksamma substansen extraheras. Missbrukaren injicerar så själv medlet. Injektionsrisker av olika slag blir överhängande. Talrika fall av gulsot (s. k. inokulationshepatit) har förekommit.

Doserna är ofta utomordentligt stora. Vid injektion av dessa stora engångsdoser erhålles en chockartad effekt, vars upplevelsemässiga innebörd dock varierar från person till person. Sömnbehovet tenderar att försvinna och individen kan vara sysselsatt med injicerande i dagar, tills tröttheten blir så stor att den ej kan fördrivas med tabletter. Under dessa "påtändningsperioder" tenderar missbrukaren att missköta sig socialt och kroppsligt. Huruvida ökat kriminell aktivitet förekommer är oklart. Kriminalitet förbunden med själva missbruket förekommer dock: receptförfälskningar, tablettstöld och egendomsbrott för att skaffa pengar till narkotika. Narkomanen tvingas också söka kontakt med kriminella gäng för att få tag på narkotikan. Riskerna för inlärn timer av kriminella beteendemönster ökar då avsevärt. I vissa fall förekommer specifika beteendeförändringar under preludinintoxikationen, bland annat paranoia tenderar.

Att märka är att denna mycket summariska redogörelse delvis är baserad på allmänna intryck och patientuppgifter. Säker kännedom om förhållandena saknas. Omfattande kartläggning och olika typer av intensivstudier krävs för att en klarare bild av situationen skall växa fram.

Föga är känt om missbrukets "naturliga förlopp". Missbruket tycks ibland ske i perioder med relativt långa intervall ungefär som alkoholmissbruk. Man tycks kunna upphöra med att använda såväl preludin som ritalina utan att få svårare abstinenssymptom. I vilken utsträckning självläkning förekommer är också obekant.

Den fenomenologiska sidan av missbruket är vidare dåligt känd. De upplevelser som förekommer under intoxicationen och de medvetna motiv som ligger bakom bruket är inte kartlagda.

Inom vilka kretsar preludin- och ritalinamissbrukarna rekryteras är också ofullständigt känt. Detta missbruk har dock nått betydligt vidare skikt än 1940-talets missbruk av de då mest gängse centralstimulerande medlen. Enligt preliminära undersökningar förekommer ett utbrett missbruk bland asociala och kriminella. Det är också känt att narkotikamissbruk förekommer i svenska fängelser.

En del av missbruket förekommer i gäng, något som underlättar nyrekryteringen.

Ur behandlingssynpunkt är det nuvarande läget svårt, för att inte säga katastrofalt. Polisen kan inte ta hand om dessa förgiftade individer. Sjukhusen har också svårt att lösa uppgiften, då som bekant svår platsbrist råder inom den psykiatriska vården och bristen på psykiatriker är notorisk. Narkotikamissbrukarna utgör också ett svårt problem ur behandlingssynpunkt. Fall förekommer där de introducerat andra patienter till missbruket. På somliga sjukhus vill man ogärna ha mer än en narkotikapatient på en avdelning för att kontrollmöjligheterna skall vara goda. På så vis minskar vårdkapaciteten för denna patientkategori. Många missbrukare är inte heller själva intresserade av vård. Den aktuella situationen är allvarlig. Socialmedicinskt sett står vi mitt uppe i en sjukdomsvåg av epidemisk karaktär, men vi har mycket ofullständiga kunskaper både beträffande sjukdomsbild och sjukdomsförlopp, bakgrunden till epidemin och möjligheterna att bemästra densamma.

I detta läge är det enligt narkomanvårdskommitténs mening nödvändigt att satsa hårt på att få till stånd så ingående och grundlig kartläggning av förhållandena som möjligt till ledning bland annat för underhand igångsatta provisoriska åtgärder på vårdsidan.

II UNDERSÖKNINGAR RÖRANDE UTBREDNINGEN AV NARKOTIKAMISSBRUKET

II:1 a *Enkätundersökningar*

För att utröna förekomsten av narkotikamissbruk i olika delar av landet utsänder medicinalstyrelsen på vår begäran enkäter till olika myndigheter och organ rörande iakttagelser, erfarenheter och åtgärder beträffande narkotikamissbruket under senare tid. Sådana enkäter har tillställts eller tillställs polismyndigheterna i olika delar av landet, överståthållarämbetet och länsstyrelserna, de olika skyddskonsulentdistrikten och skyddsvärnen, övervakningsnämnderna, barnvårdsmyndigheterna i vissa städer, vissa sjukvårdsstyrelser samt mentalsjukhus, psykiatriska kliniker och polikliniker. Förfrågningar riktas också till centrala myndigheter som socialstyrelsen, kriminalvårdsstyrelsen och generaltullstyrelsen. Genom dessa enkäter hoppas vi få en bild av det aktuella läget som det uppfattas av personer i direkt kontakt med problemen.

II: 1 b *Undersökningar med individuella blanketter*

Vissa av dessa enkäter skall kompletteras med individuella frågeformulär avsedda att ifyllas för narkotikamissbrukare som vederbörande rapportörer kommer i kontakt med under en särskild observationsmånad. Uppgifterna skall lämnas utan angivande av identitet och skall tjäna att klarlägga om det föreligger olikheter i missbrukspanoramat i olika delar av landet. Ett sådant frågeformulär har redan utarbetats. Det skall tillställas polismyndigheter, skyddskonsu-

lenter och skyddsvärn, barnavårdsmyndigheter samt de psykiatriska uppgiftslämnarna. Materialet insamlas och bearbetas av narkomanvårdskommitténs sekretariat. Sedan detta förstärkts med fil. kand. Kaj Håkanson torde särskilda anslag till denna del av kartlägningsprogrammet icke vara behövliga. Vid sammanställning och bearbetning av enkäten och formulären torde kommitténs skrivbiträde kunna medverka. Särskilda kostnader borde därför endast behöva ifrågakomma för stencilering av enkäter och tryckning av frågeformulär, vilket kan uppskattas till kr 2 000:—.

Kalkyl:

Stencilering, tryckning m. m. kr 2 000: —

Summa kr 2 000: —

II:2 Case finding survey i Stockholm

Som komplettering till detta studium av förhållandena i hela landet planeras en mera ingående kartläggning av narkotikamissbruket inom ett begränsat område, lämpligen Stockholm som enligt alla omdömen är svårast drabbat. Den skall läggas upp som en s. k. case finding survey. Ett särskilt kort skall fyllas i för varje fall av narkomani eller medicinmissbruk. Vi hoppas på medverkan från alla som har befattning med narkomaner: psykiatriker, barnavård, kriminalvård, polis, RFHL m fl. För att undvika dubbelregistrering måste på kortet även antecknas identitetsdata. Det innehåller för övrigt uppgifter om missbruksform, tid för missbruket, kontakt med andra missbrukare. För att uppgifter skall kunna lämnas till detta kartotek med fullt förtroende och utan risk för att uppgifterna används emot vederbörande missbrukare är total sekretess av yttersta vikt. Kartoteket skall förvaras på socialmedicinska institutionen i Stockholm och endast användas för vetenskapligt bruk.

Kortet har utarbetats av en särskild grupp i vilken bl. a. ingått forskningsassistenten vid socialmedicinska institutionen med. kand. Nils Gustavsson, socialläkare Nils Bejerot, sociologen Sten Johansson och socialmedicinska arbetsgruppens sekreterare fil. kand. Kaj Håkanson. Arbetet har hittills bekostats av socialmedicinska institutionen. Vissa kort kommer att fyllas i av medarbetare som deltar i olika forskningsprojekt. Flertalet kort kommer dock att fyllas i av utomstående, som har med narkomaner att göra (RFHL, Stadsmissionen t. ex.). I sådana fall måste en viss ersättning för ifyllandet utgå. Vi räknar med en ersättning av 10 kr per ifyllt kort. Då antalet narkomaner i Stockholm inte är känt är det svårt att ange kostnaderna mera bestämt. Inom kriminalvården i frihet torde åtskilliga hundra kunna identifieras. Dr Bejerot har vid armvinsinspektion av anhållna sedan våren 1965 också påträffat flera hundra fall av intravenösa missbrukare. Polisen har en mängd uppgifter och RFHL säger sig ha kontakt med ett betydande antal. Vi har preliminärt räknat med 3 000 ifyllda kort och beräknar kostnaderna i enlighet därmed. Tryckningen kan beräknas till 2 000 kr. Sammanställning och bearbetning torde kunna ombesörjas av kommitténs sekretariat.

Detta kartotek skall längre fram även utnyttjas för kartläggning av gängstrukturer och gruppbildningar inom narkotikaklientelet (se nedan punkt IV).

Kalkyl:

Ifyllande av 1 000 kort à kr 10: —	kr 10 000: —
Tryckning av kort och andra expenser kr	2 000: —
Summa kr	12 000: —

II:3 Övriga undersökningar rörande utbredningen

Det är angeläget att man i fortsättningen får möjlighet att mäta förekomsten av narkotikamissbruk inom olika grupper på ett enkelt och praktiskt sätt. Metoderna härför är tills vidare ofullkomliga. Följande metoder kan ifrågakomma:

a. *Armvensinspektion*

Denna metod har använts av dr Nils Bejerot på polisklientelet (se punkt 3: 3 nedan). Den påvisar endast intravenöst missbruk. För det asociala klientelet synes detta vara den vanligaste missbruksformen, men i andra kretsar förekommer troligen även tablettmissbruk m. m. i icke oväsentlig utsträckning. Som en provisorisk metod i dagens situation torde dock metoden med armvensinspektion vara användbar.

b. *Biokemiska metoder*

Urinanalyser torde vara det mest användbara i praktiskt fältarbete. F. n. pågår ett intensivt utvecklingsarbete på detta område (se punkt III nedan). Vissa analyser är genomförbara på välutrustade laboratorier men resurserna är ännu begränsade och metoderna ännu omständliga. Massundersökningar torde tills vidare ej vara genomförbara.

c. *Förfrågningar*

Förfrågningar kan göras bland personal vid olika institutioner samt bland klientelet. Tillförlitligheten blir dock i vissa fall tvivelaktig, t. ex. när det gäller anstaltsklientel. Förfrågningar av olika typer används preliminärt vid de ovan skisserade kartlägningsprojekten.

Olika populationer har föreslagits som lämpliga för ytterligare mätning av narkotikamissbrukets utbredning.

II: 3: 1 *Skolungdom*

Det har gjorts gällande att skolungdom i allt större utsträckning använder narkotika. Det torde vara angeläget att få till stånd stickprovsundersökningar av missbruksfrekvensen vid vissa skolor i t. ex. Stockholm. Frågan har diskuterats

under hand med såväl dr Rodhe i skolöverstyrelsen som med skolöverläkaren i Stockholm dr Rollof. Båda är villiga att medverka vid studier av detta slag. Möjligt är att de kan samordnas med de undersökningar av barnavårdsnämndens klienter i Stockholm som igångsatts i samarbete med kommittén (se punkt IV: 3 nedan). Detta fordrar emellertid ytterligare förberedelser och utarbetande av särskilda undersökningsinstrument.

II: 3: 2 *Värnpliktiga*

Undersökningar bland värnpliktiga skulle fånga in ett normalmaterial av svensk manlig ungdom (bortsett från O — resp. T — förklarade, bland vilka psykiskt sjuka är överrepresenterade). Kommittén har ännu ej kunnat penetrera hur sådana studier bör genomföras.

II: 3: 3 *Polisklientel*

Socialläkare Bejerot har i Stockholm sedan våren 1965 låtit inspektera alla av polisen anholdna på förekomsten av stickmärken efter intravenösa injektioner. (Preliminär rapport publicerad i Läkartidningen nr 87/1965.) Inspektionerna har fortsatt och omfattar nu omkring 10 000 individer varav cirka 800 har befunnits ha stickmärken. Materialet bearbetas f. n. Bejerot har erhållit tre månaders tjänstledighet härför av socialnämnden i Stockholm. Han behöver dock biträdeshjälp i tre månader för materialets bearbetning. Då det är ett första-handsintresse för kommittén att denna undersökning snarast möjligt avslutas hemställs om särskilt anslag härför.

II: 3: 4 *Fängelseklientel*

Det är känt att det förekommer narkotikamissbruk inom en del av kriminalvårdens anstalter. Somliga narkomaner uppger att deras missbruksdebut skett under anstaltsvistelse. Det måste anses vara brådskande att utreda hur det förhåller sig härmed och att samtidigt vidtaga åtgärder för att förbättra tillståndet.

Socialstyrelsen lät redan sommaren 1965 undersöka förekomsten av narkotikamissbruk på ungdomsvårdsskolorna. Nu förberedes en ny studie av samma slag. Med Maud Helling, socialstyrelsen, som leder dessa undersökningar, har överenskommelse om samarbete träffats. Dock föreligger här svåra metodproblem.

Ytterligare utvecklingsarbete och planläggning behövs innan definitiva förslag kan framläggas beträffande undersökning och åtgärder vid fängelserna.

För samtliga under punkt 3: 1 och 3: 4 omnämnda studier behövs, som påpekats, ytterligare utvecklingsarbete. Kostnaderna härför medtages nedan under punkt X, "Allmänna kostnader". I vilken utsträckning genomförande av dessa undersökningsprojekt och åtgärder i skolor, bland värnpliktiga och i fängelser förutsätter särskilda anslag för ersättning åt medverkande personer måste ingående prövas.

Kalkyl:

Se "Allmänna kostnader" punkt X	
Kontorist i A 9 under tre	
månader (punkt 3: 3 ovan)	kr 4 000:—
Summa	kr 4 000:—

III UTVECKLINGSARBETEN AV DIAGNOSMETODER

III: 1 *Diagnostiska studier*

Möjligheterna att ställa en diagnos på förekomsten av läkemedelsmissbruk har tidigare varit begränsade, när man i regel varit hänvisad till anamnestiska uppgifter, således uppgifter beroende på utfrågning. Om patienten fortlöpande observeras och tillförseln av preparatet elimineras, kan uppträdandet av abstinenssymptom och deras natur ge viss vägledning i fråga om diagnosen. I de fall där det missbrukade preparatet injicerats kan diagnosen i de flesta fall ställas genom observation av stickmärken och ärr. När det gäller missbrukare av morfinpreparat eller andra opiater, har man undersökt om injektion av små doser av en morfinantagonist, t ex nalorfin eller levallorfan, kan framkalla ("precipitera") abstinenssymptom. Uppträder abstinenssymptom, föreligger ett opiatberoende. Uteblir symptomen kan beroende till en del uteslutas. En sådan teknik som studerats i vetenskapliga undersökningar för att konstatera om ett läkemedel framkallar beroende eller ej och även prövats som diagnostikum, bör emellertid i regel ej utföras i ambulanspraxis, när det kan inträda chocktillstånd och andra komplikationer som kräver tillgång till ett sjukhus alla resurser.

På senare tid har man sökt ställa diagnos genom att i urinen på kemisk väg påvisa närvaron av olika läkemedel; i vissa fall kan ett sådant påvisande även göras i blodet.

I de fall där det intagna preparatets natur icke är känd, måste den kemiska analysen omfatta en lång rad substanser, från morfin och morfinderivat, en lång rad syntetiska föreningar med morfinliknande verkan av varierande kemisk sammansättning, sömnmedel av barbitursyranatur eller av annan kemisk sammansättning, t ex glutetimid, lugnande medel av olika slag, från meprobamat till antihistaminer, samt en lång rad stimulerande medel, från amfetaminer och fenmetralin (preludin) till metylfenidat (ritalina).

Kvalitativa metoder för påvisande av närvaro eller frånvaro av dessa olika substanser, oberoende av deras halt, finns utvecklade. De är ej alltför tidsödande, men måste ytterligare utvecklas för att tillåta samtidig bestämning av ett större antal prov.

Kvantitativa metoder att påvisa olika ämnen i urin och till en del även i blod är avsevärt mera komplicerade och tidsödande; de finns tillgängliga för flertalet substanser, men torde böra utvecklas vidare ur olika synpunkter. Dels måste de anpassas för att ett större antal prov samtidigt skall kunna analyseras.

Dels är kännedomen om nedbrytningsprodukterna av de olika preparaten ännu rätt begränsad; dessa kunskaper är nödvändiga om säkra slutsatser skall kunna dragas om mängden och tidpunkten för förtäring av olika slag av preparat.

Ett viktigt användningsområde för kvalitativa och kvantitativa prov förutom för diagnostiska ändamål är för kontroll av pågående behandling. Undersökning av ett urinprov från en patient som är under avvänjning eller i rehabiliteringsfasen visar om patienten är drogfri eller har tagit preparatet utan läkares vetskap.

Det har omvittnats att en sådan kontroll kan stärka en väl motiverad patients beslut att hålla sig drogfri,

En rad överläggningar har hållits med ett flertal läkare vid laboratorier i Stockholm och i landsorten, vilka diagnostiska möjligheter som föreligger, vilka undersökningar som är nödvändiga för att utveckla metodiken, och hur en sådan provtagningsverksamhet lämpligen bör organiseras. Diskussioner har förts om en sådan provverksamhet skulle fördelas på ett större antal laboratorier, t. ex. sjukhusens kliniska laboratorier, eller koncentreras till några få platser.

Undersökningarna leds av en arbetsgrupp bestående av lab. L.-G. Allgén, prof. R. Bonnichsen och prof. L. Goldberg.

Den dyrbara apparatutrustning som är nödvändig för utförandet av dessa analyser, bland annat spektrofotometer, alternativt gaskromatograf, utrustning för automatisk analys, o. d., finnes tillgänglig på ett flertal laboratorier.

Omkostnaderna för utveckling av en adekvat metodik och för inkörning av ett eller flera laboratorier under en sexmånadersperiod kan därför inskränkas till att omfatta den tekniska personal som måste beredas tjänstledighet för detta ändamål, alternativt nyanställas — en laboratorieingenjör och en laboratorieassistent — och de direkta omkostnaderna för viss materiel såsom glasvaror, kemikalier, kolonner o. d., ev. utökning av apparatur för tunnskikt-kromatografi m. m.

Kalkyl:

Kostnaderna fördelar sig sålunda:

1 lab.ingenjör i A 17 (sex månader) kr 12 468: —

1 lab.ass. i A 9 kr 8 244: —

Viss materiel: kemikalier, glasvaror,

ev. utökning av apparatur för

tunnskikt-kromatografi kr 10 000: —

Summa kr 30 712: —

III: 2 Kliniska studier

Studier av ett sjukhusmaterial av läkemedelsmissbrukare utföres sedan ett år tillbaka vid psykiatriska kliniken, Karolinska sjukhuset, av docenten A. Bergsman och dr Gundla Järpe-Magnusson.

De omfattar fem avsnitt:

1. En intensivstudie av alla under ett år, 1963, på kliniken inlagda fall av läkemedelsmissbruk. Dessa fall har dels omfattat sådana som vårdats under diagnosen läkemedelsmissbruk och som återfinns i medicinalstyrelsens statistik, dels de som vårdats på kliniken men under andra diagnoser; denna grupp framkom först efter genomgång av samtliga journaler. Denna studie bör utsträckas att omfatta flera år för att ge underlag för en bedömning för läkemedelsmissbrukets utbredning och karaktär.

2. En intensivstudie av samma slag som under 1. har påbörjats på vissa andra kliniker; studier pågår av materialet från de psykiatriska klinikerna vid S:t Görans sjukhus och Södersjukhuset. Även där har man funnit att antalet vårdade fall vida överskrider vad som återfinns i officiell statistik. Motsvarande studier skall utvidgas till material från Beckomberga och Långbro sjukhus; helst bör även några sjukhus utanför Stockholmsregionen ingå.

3. En fortlöpande undersökning på en psykiatrisk klinik av nyintagna och ineliggande fall av läkemedelsmissbruk har påbörjats. Denna skall möjliggöra penetration av uppkomstmekanism, utveckling, bakgrund, status och förlopp på ett helt annat sätt än genom enbart studium av journaler på tidigare vårdade patienter. En lång rad prov skall utföras på detta material med psykologiska och andra testmetoder, tillgången till kliniskt laboratorium utnyttjas för en omfattande analysserie av olika prov och sociologisk expertis anlitas vid planläggningen, analysen och bearbetningen.

4. En studie planeras av polikliniskt vårdade patienter och jourfall på Karolinska sjukhuset för att ge en uppfattning av växlingarna i bilden, fördelningen över veckans dagar och en analys av resultaten av poliklinisk, ambulans behandling. Ett viktigt moment att klarlägga är vilka slags fall som lämpar sig för poliklinisk behandling, deras personlighetstyp och preparatval. Även denna studie bör omfatta flera år och utsträckas till flera sjukhus.

5. En studie planeras av de fall av läkemedelsmissbruk som återfinnes i medicinalstyrelsens statistik för 1962 och 1963.

Docent A. Bergsman och dr G. Järpe-Magnusson har erhållit anslag från medicinska forskningsrådet för genomförande av delstudie 1 och 2. Omkostnaderna för studierna enligt punkterna 3, 4 och 5 för en sexmånadersperiod torde därför kunna begränsas till att omfatta:

Sekreterare i A 9 (sex månader)	kr	8 244: —
Div. omkostnader för kodning, stansning och statistisk bearbetning		
div. materiel och expenser	kr	2 000: —
Summa	kr	10 244: —
Tjänstledighet för		
bitr. överläkare i A 27 (tre månader)	kr	10 443: —
underläkare i A 23 (tre månader)	kr	8 493: —
Summa	kr	18 936: —
Totalt	kr	29 180: —

IV INTERVJUSTUDIER PÅ OLIKA KLIENTEL

De kartläggningar av frekvensräkningstyp som beskrivits under punkt I denna PM behöver kompletteras med intensivstudier av vissa grupper så att man kan få svar på en mängd frågor kring narkotikamissbruket. I det syftet har ett standardiserat intervjuformulär omfattande 80 sidor utarbetats. Detta formulär skall användas i de under punkt III: 1—III: 5 upptagna undersökningarna. I formuläret efterfrågas t. ex. ålder vid första intagandet av narkotika, upplevelser vid det första försöket, de medvetna motiven till fortsatt bruk av narkotika, den fortsatta karriären som narkotikabrukare, dosernas storlek, försök att sluta använda narkotika. Formuläret syftar till att ge en deskriptiv bild av brukssituationen, men med hjälp av teoretisk överbyggnad kan det också ge vissa tentativa svar på varför-frågor formulerade inom en socialpsykologisk referensram. För andra typer av förklaringar, t. ex. sådana inom ramen för psykiatrisk eller djuppsykologisk teori, ger intervjuformuläret mindre material. Den senare typen av teorier begagnar sig ofta av en metod som är mycket tidskrävande och kommittén har i nuvarande läge funnit det rimligt att låta den psykiatriska sidan anstå till en senare etapp i arbetet. Dock må observeras att den under punkt III: 3 upptagna undersökningen kommer att innehålla visst case-material av psykiatrisk-djuppsykologisk typ.

Intervjuformulär av den typ som ovan beskrivits har vid många undersökningar visat sig ge goda resultat även när de används på avvikande populationer som utfrågas om illegala eller av samhället fördömda aktiviteter.

Det föreliggande instrumentet har utprovats på ett antal fall och kan anses fungera tillfredsställande. Det kommer att i föreliggande version tillrättaläggas för direktkodning på blanketter avsedda för bearbetning i IBM Optical Mark Page Reader; större delen av detta arbete är klart. Vid utvecklingen av detta intervjuinstrument, vilken varit utomordentligt tidskrävande, har förutom socialmedicinska subkommittén och dess sekretariat medverkat forskningsassistent N. Gustavsson, med. kand. Irène Matthis samt på ett tidigare stadium sociologen S. Johansson. Den utomstående expertisen har hittills ersatts av socialmedicinska institutionen.

Kalkyl:

Tryckning av blanketter för intensivintervjuer kr 4 000:—

Summa kr 4 000:—

IV: 1 *Polisklientel*

Socialläkare Bejerot planerar en intensivstudie av polisklientelet. 250 konsekutiva fall av missbruk skall studeras. Jämförelsematerial skall vara ett lika stort antal icke-missbrukare bland kriminalpolisens fall. Undersökningen som företas med ovan beskrivna intervjuformulär syftar till att belysa huruvida den sociala deklinationen är större hos en kriminell grupp missbrukare än hos en kriminell grupp icke-missbrukare. Det erhållna materialet skall givetvis dessutom sammanställas med det material som erhålles från andra undersökningar

upptagna under punkt III. Vid undersökningen av polisklientelet skall kuratorsutredningar om sociala bakgrunds- och familjeförhållanden samt olika registerdata komplettera intervjumaterialet.

Bejerot har tidigare erhållit 32 000 kr från Statens medicinska forskningsråd till denna undersökning. Denna summa är avsedd för kurator eller skrivbiträde under tolv månader inklusive expenser. Det är emellertid nödvändigt att dr Bejerot beredes ytterligare tjänstledighet för genomförande av denna undersökning. Själva intervjuerna torde komma att ta omkring fyra månader i anspråk. Dessutom behövs tid för ytterligare planläggning samt för sammanställning och bearbetning av materialet. Tills vidare torde det vara nödvändigt med sex månaders tjänstledighet. Bejerot torde ej heller hinna med de omfattande intervjuerna av konsekutiva fall helt på egen hand. En biträdande läkare måste därför knytas till projektet för fyra månader.

Kalkyl:

Tjänstledighet för socialläkare i B 6 sex månader	kr 34 000: —
Summa	kr 34 000: —
Biträdande läkare i A 23 fyra månader	kr 11 500: —
Summa	kr 11 500: —

IV: 2 Den öppna kriminalvårdens klientel

Den öppna kriminalvården synes svårt drabbad av narkotikaepidemin. En stor del av tillsynsklientelet både hos skyddskonsulenterna och Skyddsvärnet är svårt "nerknarkat". Snara hjälpåtgärder är påkallade. Assistenterna har ej möjlighet att klara denna situation. Den kommunala polikliniken i Stadshagen tar ej emot kriminalfall. Skyddsvärnets läkarmottagning tvingas därför ta hela bördan. Mottagningen är ej dimensionerad för denna uppgift. Läkarpersonalen som omfattar professor Gunnar Inghe och räjongpsykiatrikern P. E. Fries med ett fåtal timmar vardera har provisoriskt utökats med med. kand. Irène Matthis: som är väl förtrogen med detta klientel. Verksamheten måste emellertid utökas med en heltidsanställd, väl kvalificerad läkare för att narkomanerna skall kunna bli omhändertagna på ett medicinskt försvarligt sätt och för att nedan redovisade intervjuer skall kunna följas upp. En intensifiering av läkarservicen medför ett ökat skrivarbete och sålunda måste läkarkliniken också tillföras ett extra skrivbiträde.

I denna framställning har tills vidare bortsetts från att motsvarande förstärkning av kriminalvårdens läkarservice kan behövas på andra orter t. ex. i Göteborg. De planerade enkäterna till olika skyddskonsulentdistrikt (II: 1) kan ge vissa informationer om behovet.

Samtidigt med att behandlingsresurserna sålunda förstärks i den öppna kriminalvården i Stockholm bör intensivstudier av alla nytillkomna villkorligt dömda resp. frigivna under ett observationsår göras med hjälp av det standardiserade intervjuinstrumentet. Uppföljning av fallen kan ske genom rapporter

från övervakarna så länge övervakning pågår. Denna uppföljning syftar till att ge en uppfattning om effekterna av de åtgärder som vidtagits och skillnader i effekter för olika kategorier av individer. Förmodligen är det nödvändigt med uppföljning för längre tid än som här projekterats, men dessa kostnader på längre sikt skjuts till en senare etapp i arbetet.

På basis av tillgängliga data beräknas omkring 500 narkomaner uppträda inom den öppna kriminalvården under observationsåret. F. n. utbildas vid socialmedicinska institutionen, Stockholm, intervjuare som bör användas för genomförandet av denna studie. Då det är fråga om synnerligen omfattande intervjuer bör varje intervju betalas med 75 kr. Kostnaderna för uppföljning av fallen kan ännu ej preciseras. Den delen av arbetet skall som ovan påpekats ledas av den till skyddsvärnet knutne läkaren.

Kalkyl:

Läkartjänst i A 27 under tolv månader	kr 42 000: —
Sekreterare i A7—A 9 under tolv månader	kr 16 000: —
500 intervjuer à kr 75: —	kr 37 500: —
Summa	kr 95 000: —

IV: 3 Barnavårdsnämndens klientel

Inom barnavårdsnämnden i Stockholm har konstituerats en särskild studiegrupp för narkomanvårdsproblem. I denna ingår bl. a. dr Gustav Jonsson på Barnbyn Skå, överläkare Hans Curman vid psykiska barna- och ungdomsvården i Stockholm samt ledamoten av socialmedicinska subkommittén Bengt Herulf. Denne har beviljats tjänstledighet av barnavårdsnämnden för att ägna sig åt narkotikautredningar inom nämnden. F. n. planlägges ett flertal studier, nämligen dels intensivundersökningar med det ovan beskrivna intervjuinstrumentet, dels ungdomspsykiatriska och behandlingsstudier. Då barnavårdsnämnden står för samtliga kostnader torde det icke vara nödvändigt att gå in mer utförligt härpå i denna promemoria.

IV: 4 Venereaklientel och normalfall

Vid socialmedicinska institutionen pågår en omfattande undersökning av venereaklientelet i Stockholm. Man har i denna undersökning även sökt lokalisera narkotikamissbrukarna bland klientelet och vidgat intervjuerna med frågor rörande narkotikamissbruk. Samtidigt förbereds ett kontrollmaterial till denna venereastudie omfattande 1 500 ungdomar i 16—25 års ålder i Stockholm. Detta material kommer att tjäna som kontrollmaterial även till narkotikastudierna. I kontrollmaterialet kommer ett begränsat antal narkotikamissbrukare att påträffas och i dessa fall skall intervjun likaledes kompletteras med batteriet av narkotikafrågor. Intervjukostnaderna beräknas härigenom öka med cirka 25 kr per påträffad missbrukare. Sammanlagt kan antas att omkring 200 missbrukare kommer att påträffas i dessa båda grupper.

Kalkyl:

Extrakostnader för 200 missbrukarintervjuer

från venerea- resp. normalstudien

kr 5 000:—

Summa kr 5 000:—

IV: 5 RFHL:s klientel

RFHL (Riksförbundet för hjälp åt läkemedelsmissbrukare) har kontakt med ett antal narkomaner, varav somliga sannolikt ej är kända av någon myndighet. Det är av intresse att undersöka denna population för att utröna huruvida eventuella skillnader mellan dessa narkomaner och de officiellt kända föreligger. I utländsk litteratur hävdas att många lever ett ur samhällets synvinkel i övrigt acceptabelt liv så länge de ej kommer i kontakt med myndigheter för sitt bruk av narkotika. Om sådana narkomaner kan spåras genom RFHL finns möjligheten att undersöka t. ex. under vilka betingelser ett sådant bruk kan förekomma. Intervjuerna utföres lämpligen av de vid socialmedicinska institutionen specialutbildade intervjuarna.

Kalkyl:

Arvode till intervjuare 200 intervjuer à 75:— kr 15 000:—

Arvode till intervjuade 200 à 20:— kr 4 000:—

Summa kr 19 000:—

V GÄNGSTUDIER

Missbruksmiljöerna och gängbildningen kring narkotikamissbruket tycks vara av stor betydelse både för missbrukets uppkomst och dess karaktär och utveckling. Bruket sker ofta i grupp under starka känslor av kollektiv samhörighet. Gängbildningen och de socialpsykologiska mekanismerna i samband med den bör ingående studeras. Inom kommittén förberedes sådana studier. Dels kan nämnas ett studium av de s. k. knarkarkvartarna, dels ett socialpsykologiskt studium av marihuanabruket, det senare planerat av sociologen Kaj Håkanson, som ingår i kommitténs sekretariat. Enkla observationer i fältet har tidigare organiserats. Undersökningar av denna karaktär är emellertid metodiskt ytterst komplicerade, varför kommittén ännu ej kan ange någon detaljerad plan för sådana studier. De redan påbörjade klientelsstudierna kommer att ge utgångspunkter för fortsatt planering. Gängstudierna måste emellertid hänskjutas till en senare etapp i forskningsprogrammet.

VI EFTERUNDERSÖKNINGAR

Tills vidare är såsom nämnts förloppet vid missbruk av centralstimulerande medel ofullständigt känt. Man vet inte hur många som slutar spontant, hur ofta missbruket leder till allvarligt beroende och hur ofta komplikationer av olika slag inträffar. Det är angeläget att erfarenheter härom erhålles snarast möjligt.

De olika intensivstudierna nämnda under punkt III ovan kommer att i viss mån tjäna ett sådant syfte, men sannolikt kommer klientelet inte att kunna följas under tillräckligt många år för att goda svar skall erhållas. Missbrukets naturliga utveckling tar rimligtvis en viss tid. Det borde vara lättare att få besked om utvecklingen genom efterundersökningar av tidigare undersökta missbruksfall.

Vid den medicinska riksstämman 1964 rapporterade Agell, Lundberg och Svanbom att cirka 130 fall av hepatit av misstänkt inokulationstyp vårdats på epidemisjukhuset i Stockholm under tiden november 1962 till november 1964. En studie av 100 av dessa fall presenterades senare i *Nordisk Medicin* 1964: 74: 672. Socialmedicinska institutionen har fått en förteckning över dessa fall. Förnyade undersökningar och intervjuer med dessa fall bör kunna ge upplysningar om missbruksförloppet.

Det är här fråga om ett selekterat material. Redan hepatiten kanske drabbar ett urval, t. ex. de mindre försiktiga och ordentliga. Sjukdomen kan senare ha ingripit i missbrukets naturliga förlopp, kanske skrämt en del från fortsatt missbruk eller tvärtom medverkat till fortsatt social deklinering genom trötthet och nedsättning av arbetsförmågan. Å andra sidan borde det vara ett jämförelsevis lätt material att efterundersöka eftersom man nu kan använda en somatisk sjukdom som motivering för reintervjun. Det är alltså skäl att utnyttja detta material för att vidga våra alltför bristfälliga kunskaper om missbruksförloppet.

Vid denna efterundersökning behövs medverkan av läkare och en socialarbetare i vardera omkring tre månader för materialinsamlingen. Vidare behövs en månad för sammanställning av materialet. Socialmedicinska subkommitténs sekretariat torde kunna biträda vid utarbetandet av blanketter, skrivarbete m. m.

Kalkyl:

Läkare i A 23 fyra månader	kr 11 500:—
Socialarbetare i A 17 tre månader	kr 6 500:—
Summa	kr 18 000:—

VII STUDIER AV BEHANDLING OCH KONTROLL

VII: 1 *Effekter av medicinsk-psykiatrisk behandling*

Sedan ungefär ett år har pågått experiment med ambulans förskrivning av narkotikan åt missbrukare. Dessa experiment har blivit mycket omskrivna och delvis också kritiserade. Det är nödvändigt att noga studera resultaten av de nu pågående försöken i Sverige. Som utgångsmaterial skulle kunna användas dr Sven-Erik Åhströms omkring 90 fall av ambulans narkotikaförskrivning. Fall, sjukdomsförlopp och behandlingsresultat bör granskas ingående av läkare i samarbete med docent Lennart Ljungberg, ordförande i narkomanvårdskommitténs vårdgrupp. Studien skulle syfta till att fastställa hur det aktuella experimentet utfallit och söka ange vilka betingelser som givit goda eller dåliga resultat.

Att följa fallen torde vara mödosamt; dr Åhström torde dock alltjämt ha kontakt med flertalet patienter, vilket underlättar materialinsamlingen. Denna kan beräknas ta omkring tre månader. En socialarbetare bör biträda. För materialets sammanställning behövs ytterligare en månad. Socialmedicinska subkommitténs sekretariat torde även här kunna biträda vid utarbetande av blanketter, skrivarbete m. m.

Kalkyl:

Tjänstledighet för läkare i A 23 fyra månader	kr 11 500: —
Summa	kr 11 500: —
Socialarbetare i A 17 tre månader	kr 6 500: —
Summa	kr 6 500: —

VII: 2 *Det juridiska kontrollsystemet*

Kommitténs sekreterare hovrättsfiskal Ingemar Rexed studerar f. n. rättspraxis inom narkotikaområdet genom sammanställning och bearbetning av landets narkotikamål 1964—65. Det är en omfattande, tidsödande och ur kommitténs synvinkel synnerligen viktig undersökning. Anslag härför har redan beviljats. Erforderliga ytterligare kostnader för bl. a. statistisk konsultation ryms under det allmänna anslaget, punkt X.

VIII LITTERATURSAMMANSTÄLLNING

Litteraturen om narkotikamissbruk är mycket omfattande. De senare årens utveckling har medfört att den dessutom ökar snabbt. Det är nödvändigt, att det görs en systematisk genomgång av de sista rönen och erfarenheterna på området i den internationella litteraturen. Kommittéledamoten bitr. överläkaren Ruth Ettlinger är beredd att ta två månaders tjänstledighet för en sådan genomgång, så snart kvalificerad vikarie kan erhållas.

Kalkyl:

Tjänstledighet för dr Ettlinger i två månader	kr 7 000: —
Summa	kr 7 000: —

IX ÖVRIGA PROJEKT

En prioritering kan i och för sig göras enligt många olika kriterier — vetenskapligt intresse av t. ex. främst metodiskt slag, samhällelig angelägenhet eller möjlighet att snabbt få användbara resultat. Det som här prioriterats är sådant som kommittén funnit viktigt för en första fas i arbetet och tonvikten har därvid som framgår av promemorian lagts på kartläggningsfrågor, epidemiologiska frågor samt i någon mån behandlingsfrågor. En mängd ur kommitténs synvinkel viktiga och intressanta projekt har fått anstå till en senare fas. Fil. kand. Hanna Danefjäll har sålunda till kommittén ingivit en ansökan om bidrag till

en djuppsykologisk undersökning av skillnader mellan tre olika grupper brukare. Denna undersökning skall genomföras bl. a. med användning av Holzmantestet, som möjliggör kvantitativ analys av projektiva responser. De farmakologiska studierna under ledning av professor Goldberg har här koncentrerats till metoder att konstatera förekomsten av narkotika, medan de farmakodynamiska aspekterna tillsvidare lämnats åt sidan. Den terapeutiska sidan är också ofullständigt penetrerad. I och för sig bör enligt kommitténs mening även dessa studier genomföras.

X ALLMÄNNA KOSTNADER

Utöver de för varje specifikt projekt angivna kostnaderna tillkommer vissa för de olika undersökningarna gemensamma kostnader. Ovan har påpekats att det på flera områden behövs ytterligare utvecklingsarbete beträffande metoder och tillvägagångssätt. I detta arbete bör förutom socialmedicinska subkommittén och dess sekretariat även utnyttjas erfarenheterna hos sociologen Sten Johansson och forskningsassistenten Nils Gustavsson som båda nedlagt ett förtjänstfullt arbete vid utvecklingen av undersökningsinstrument i vissa av de hittills projekterade studierna. De är bundna av andra tjänster och måste således ersättas efter prestation, varför det tas upp ett särskilt anslag härför; detta skall i mån av behov också kunna användas vid anlitan av annan expertis.

Det är också nödvändigt att anlita statistisk sakkunskap både vid undersökningarnas uppläggning och på bearbetningsstadiet. För flera av undersökningarna kommer att behövas kompletterande data från olika register. Programmering, stansning och övrigt tillrättaläggande för maskinell bearbetning kommer också att kosta pengar. Behövlig datamaskintid torde kunna beställas i Statskontoret.

Det blir slutligen nödvändigt att anställa ett ytterligare skrivbiträde för gemensamt bruk.

Kalkyl:

Utvecklingsarbete	kr 10 000: —
Registerdata	kr 5 000: —
Statistiker	kr 5 000: —
Programmerare	kr 5 000: —
Stansning m. m.	kr 5 000: —
Skrivbiträde i A 7—A 9 under tolv månader	kr 16 000: —
Summa	kr 46 000: —

XI AVSLUTANDE KALKYL

De tidigare i denna PM angivna lönebeloppen har beräknats innan årets löneförhandlingar var slutförda. Nedanstående kalkyl har korrigerats med hänsyn till de nya lönebeloppen och, i förekommande fall, de nya lönegradsplaceringarna. Siffrorna inom parentes anger de ovan angivna, ej korrigerade beloppen.

		Tjänstledig- heter kr	Övriga kostna- der kr
II	Undersökning rörande	1 b	2 000:—
	utbredning av missbruket	2	12 000:—
		3	4 899:—
			(4 000: —)
III	Diagnosmetoder m. m.		
	1. Diagnostiska studier		13 338:—
			(12 468:—)
			8 820:—
			(8 244:—)
			10 000:—
	2. kliniska studier	11 175:—	9 728:—
		(10 443:—)	(8 244:—)
		9 573:—	
		(8 493:—)	2 000:—
IV	Intervjustudier		4 000:—
	1. polisklientelet	40 134:—	12 764:—
		(34 000:—)	(11 500:—)
	2. den öppna kriminalvården		101 796:—
			(95 000:—)
	3. venereafall		5 000:—
	4. RFHL		19 000:—
VI	Efterundersökningar		19 433:—
			(18 000:—)
VII	Behandlingsstudier	12 764:—	6 669:—
		(11 500:—)	(6 500:—)
VIII	Litteratursammanställning	7 450:—	
		(7 000:—)	
X	Allmänna kostnader		19 596:—
	skrivbiträde		(16 000:—)
	övrigt		30 000:—
	Summa	81 096:—	281 113:—

Kommentar:

II: 3 Tjänsten är beräknad för en kansliskrivare i lönegrad 11. Jämväl övriga kontorstjänster, som tidigare beräknats högst i lönegrad 9, har nu beräknats i lönegrad 11.

III: 2 Läkartjänsten i A 23 har här beräknats enligt A 24; detsamma gäller andra läkartjänster i A 23.

IV: 1 Ifrågavarande socialläkartjänst skall nu beräknas enligt lönegrad C 4.

VIII Beloppet är beräknat enligt lönegrad 27.

XII SAMMANFATTNING

Hela ovan angivna undersökningsprogram kommer att belöpa sig till 326 209 kr, inklusive tjänstledigheter. Kostnaderna synes motiverade mot bakgrunden av den allvarliga situationen. I den mån från annat håll anslag kommer att utgå för angivna undersökningar, kommer socialdepartementet att underrättas här- om. Det synes emellertid inte möjligt att avvakta resultatet av andra anslagsan- sökningar, utan de ovan beskrivna undersökningarna bör nu erhålla trygga eko- nomiska villkor.

Bilaga 2

Blankett för enkät till landets samtliga polisstationer.

Uppgiftslämnande myndighet (polisdistrikt)

UPPGIFT TILL MEDICINALSTYRELSENS NÄRKOMMAN-
VÄRDSKOMMITTÉ ang. känt eller misstänkt fall av
medicinmissbruk resp. olagligt förfarande med
läkemedel för tiden 1-30 juni 1966.

PERSONUPPGIFTER

Yrke (anges så noggrant som möjligt)	Initialer i efternamn ☐	Initialer i förnamn ☐	F-år ☐	-mån ☐	-dag ☐
Hemort	Kön ☐ man ☐ kvinna	Civilstånd ☐ gift ☐ gift ☐ från- skild ☐ änka/ -kling ☐ ökat			
Nationalitet ☐ svensk ☐ annan, nämligen					

UPPGIFTER RÖRANDE MISSBRUK

OBS! Kryssa för alla aktuella missbruksmedel och missbrukstyper. En person kan bruka flera medel och ett medel kan brukas på flera sätt. Då olagligt förfarande (t. ex. smuggling) och missbruk samtidigt är aktuella skall detta markeras! Markera så fullständigt som möjligt!

Missbruksmedel	Missbrukstyp					Missbruksform		Olagligt förfarande
	Inandning	Intagning genom munnen	Injektion	Annat	Ökänt	Tillfälligt	Väse-mässigt	
A MARIHUANA	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B OPIUMPREPARAT (t. ex. morfin, metadon, palfium)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C CENTRALSTIMULANTIA (t. ex. amfetamin, preludin, ritalin)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
D SÖMNMEDEL (t. ex. pentymal, diminal, nembutal)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
E ANDRA ROGIVANDE MEDEL (t. ex. meprobramat, librium, valium)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
F LÖSNINGSMEDEL (t. ex. tinner, triklortylen)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G ANDRA MEDEL (t. ex. kokain, LSD, Ange medell)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H MEDELET EJ KÄNT	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Huvudsakligt missbruksmedel

Huvudsakligt missbrukstyp

Tidpunkt för senast kända missbruk

Sannolikt år då missbruk började (debutår)

Missbruket pågått

☐ mindre än 1 år ☐ mer än 1 årSamtidigt alkoholmissbruk ☐ ja ☐ nej

Olagligt förfarande specificeras ytterligare här

ÖVRIGA UPPGIFTER

Vid tidpunkten för senast kända missbruk eller olagliga förfarande var vederbörande

☐ i arbete på öppna marknaden ☐ i arbete i skyddad form ☐ sjukskrivet ☐ pensionerad ☐ under utbildning ☐ arbetslös ☐ ökat

Vederbörande var föremål för åtgärd inom ramen för verksamhet vid

☐ barnavårdsnämnden ☐ nykterhetsvården ☐ socialvården ☐ kriminalvården ☐ mentalvården ☐ kroppssjukhusvården

ÖVRIGA UPPLYSNINGAR

Ovan lämnade uppgifter har erhållits

Uppgifterna bedöms vara

☐ ur akt eller journal ☐ från behandlingspersonal☐ tillförlitliga ☐ osäkra☐ vid direktintervju ☐ källa:

Datum

Underskrift

Namnförtydligande och titel

Bilaga 3

Blankett för enkät till landets samtliga lasarett, mentalsjukhus, psykiatriska kliniker och alkoholpolikliniker.

Sjukhus:

Uppgift till medicinalstyrelsens narkomanvårdskommitté angående den, som den 5 oktober 1966, kl. 08.00 vårdas å mentalsjukhus, psykiatrisk klinik m.m. och som före intagningen missbrukat beroendeframkallande medel.

Avdelning:

IDENTITETSUPPGIFTER

P-år	-mån	-dag	Civilstånd	Yrke (anges så noggrant som möjligt)	
			☐ ogift ☐ gift ☐ från-skild ☐ änka ☐ ökad		
Kön	Hemort		Nationalitet		
☐ man ☐ kvinna			☐ svensk ☐ annan, nämligen		

UPPGIFTER RÖRANDE MISSBRUK

OBS! Kryssa för alla aktuella missbruksmedel och intagningsätt. Markera så fullständigt som möjligt! Vid oklarhet konsultera synonymregistret.

Missbruksmedel	Intagningsätt					Kombinerat med alkohol	Intensitet	
	Inhalation	Per os	Injektion	Annat	Ölakt		Tillfälligt	Vanemässigt
A. MARIHUANA	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B. OPIUMPREPARAT (f. ex. morfin, metadon, palfium)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C. CENTRALSTIMULANTIA (f. ex. amfetamin, preladin, ritalinol)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
D. SÖMNMEDEL	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
E. ANDRA ROGIVANDE MEDEL (f. ex. meprobamat, librium, valium)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
F. LÖSNINGSMEDEL (f. ex. finner, triklor- etylen)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G. ANDRA MEDEL (f. ex. kokain, LSD) Ange medel!	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H. MEDEL EJ KÄNT	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Huvudsakligt missbruksmedel

Huvudsakligt intagningsätt

Missbruket pågått

☐ Mindre än 1 år☐ Mer än 1 år

Sannolikt år då missbruk började (idebutår)

Samtidigt konsumerat alkohol

☐ Ja ☐ Nej

Uppgifter rörande missbruk bedöms vara

☐ tillfälliga ☐ osäkra

UPPGIFTER RÖRANDE VÅRD

Patienten har vid intagningen bedömts i behov av vård

☐ Primärt för läkemedelsmissbruk☐ Sekundärt för läkemedelsmissbruk☐ Av annan anledning än läkemedelsmissbruk

Diagnos (avser sjukdom som föranlett intagning; använd WHO:s officiella nomenklatur)

Tidigare vård för läkemedelsmissbruk

☐ Ingen tidigare medicinsk/psykiatrisk☐ Behandling för läkemedelsmissbruk☐ Poliklinisk vård☐ Intagen å psykiatrisk lasarett/klinik☐ Intagen å annan lasarett/klinik el.☐ avdelning (även privatklinik el. sjukhem)☐ Intagen å mentalsjukhus☐ Intagen å alkoholstomat☐ Uppgift omöjlig att erhålla

Intagningsdatum

år - mån - dag

Aktuellt vårdtid (från intagning t.o.m. 31/12 1966. Ex.: 26 dagar markeras endast under rubrik "4 veckor")

☐ Endast denna dag☐ -1 vecka☐ -4 veckor☐ -3 mån.☐ -6 mån.☐ -1 år☐ mer än 1 år

Övriga uppgifter

Datum

Underskrift

Namnförtydligande och titel

Om narkomanidefinitioner

Diskussionspromemoria av biträdande sekreteraren i medicinalstyrelsens narkomanvårdskommitté sociolog K Håkanson den 24 oktober 1966.

Nedan diskuteras fyra narkomanidefinitioner eller -begrepp. Två av dem, WHO:s definitioner av år 1957⁰ och 1964,¹ samt eufomanidefinitionen, citeras ofta med gillande i narkomanilitteraturen. Den fjärde definitionen, lanserad av A. R. Lindesmith, utvidgas och rekommenderas nedan.

WHO² tar i 1964 års rapport avstånd från sin definition av år 1957. Varför då ta upp 1957 års definition? De viktigaste skälen är följande:

1. Definitionen av år 1957 har haft mycket stor genomslagskraft.
2. Att WHO avvisar sin gamla definition behöver inte innebära att också vi finner skäl att avvisa den.
3. WHO ger inte så många och utförliga skäl till sin förändrade definition och somliga av de redovisade skälen är tvivelaktiga.
4. WHO:s definition av 1957 kan innehålla element som bör vara med i en definition men inte är med i definitionen av 1964.
5. Vid formulerandet av en definition är det fördelaktigt att få en karta över viktiga förslag och de konsekvenser ett accepterande av olika definitioner skulle få.

De nedan berörda definitionerna har *lanserats* som definitioner. Konstruktion av definitioner gjord från texter som inte innehåller *explicita*³ definitioner förekommer ej nedan.

Den definition som nedan rekommenderas är av normativ karaktär. Den innebär en rekommendation att bruka ett uttryck på ett visst sätt och skälen som anges för valet av definition är bl. a. att den kan vara vetenskapligt fruktbar. Ur sådan synvinkel granskas samtliga definitioner.

Definitionstyper⁴

Arne Naess anger i arbetet *Interpretation and Preciseness* tre huvudtyper av satser som kan kallas definitioner. De tre definitionstyperna är normativa definitioner, deskriptiva definitioner och definitioner som koncisa karakteristi-

⁰ WHO, Techn. Rep. Ser. 116, 1957.

¹ WHO, Techn. Rep. 273, 1964.

² Med »WHO» avses i det följande regelmässigt WHO:s expertgrupp beträffande beroendeframkallande medel.

³ Här avses ej det tekniska begreppet »explicit definition».

⁴ Andra typer av indelningar, mer eller mindre subtila, är givetvis möjliga; se t. ex. Marc-Wogau, *Modern logik* s. 87—92 el. Robinson, *Definition*.

ker (definitions as condensed characterizations). *Normativ definition* bestäms på följande sätt:

“In the present work ‘sentence expressing a normative definition’, or in short, ‘normative definition’, shall be used synonymously with ‘sentence which announces that a certain expression within a certain field shall be interpreted or used synonymous with a certain other expression’.” (S. 147.)

Det är alltså fråga om den typ av definition som också kallas konventionell, stipulativ, nominell, regulativ eller teoretisk.

Deskriptiv definition definieras på följande sätt:

“A sentence shall in this work be called a ‘sentence expressing a descriptive definition of usage’, if, and only if, it states that a certain expression, the so-called defininiendum expression, is used synonymously with a certain other expression, the so-called definiens expression, within a certain class of situations, the so-called intended field of validity of the descriptive definition of usage.” (S. 169.)

Definitionen är här en förklädd hypotes. Den uttalar sig om vad en person menar eller menat med en term i vissa situationer:

“In the titles of Wilson, 1944 and 1945, ‘homomorphs’ obviously means ‘homeomorphs’, as understood in the present paper.” (S. 170.)

Definition som koncis karakteristik (realdefinition) definieras sålunda:

“A formulation or system of formulations shall in this work be called a ‘definition as condensed characterization’ if, and only if, it is intended to express a certain kind of description covering all denotata of a concept explicitly or implicitly assumed, already introduced. If it does not cover all denotata, but only some, it will be called ‘too narrow’.” (S. 173.)

Naess nämner ytterligare krav på en sats för att den skall betraktas som en »condensed characterization» bl. a. att det inte bör finnas någon annan klass av ting som kan beskrivas på samma sätt.

Det är uppenbart att denna sista typ av definition, liksom den deskriptiva, är en förklädd hypotes, denna gång inte om språkbruk, utan om hur vissa fenomen är beskaffade. Definitionstypen, som är vanlig i litteraturen, vållar problem:

“The rules how to describe an invention are (at least in U.S.A.) such that they assume invention to have something called an ‘essence’ or ‘real nature’. It is the real nature or the essence of the inventions which shall be described in a patent claim. This terminology may possibly be a remnant of old textbook accounts of ‘definition’. It has had profound effect on the practice of patent claim drafting. According to patent law, the ‘definition must be equivalent or commensurate with that which is defined, it must be applicable to all the individuals included in the concept and to nothing else’. That is, *given* the denotata, one shall have to look for common and specific characteristics. But are the denotata ‘given’ in the sense of being surveyable or observable? The quoted rule brings us at once a difficulty. It assumes that we already know all the members of the group to be defined. One has to take into account all possible

denotata fabricated in the future (as long as the patent will be valid). The group of objects which is to be given a definition as condensed characterization is in the case of inventions largely unknown. The characterizations will be hypothetical.” (S. 174.)

I föreliggande texter är det ofta svårt att avgöra vad som är själva definitionens element. Det talas om att någonting är *si och så*, detta »är» framstår med sin notoriska mångtydighet. Ibland tycks det vara fråga om definitionsmässiga samband, ibland rena empiriska hypoteser av innebörden: *x* är ofta eller i allmänhet *si och så* beskaffat.

Olika typer av definitioner är heller inte klart åtskilda. En given definition kan tolkas som någon av de nämnda typerna av definitioner eller som flera typer blandade. Man kan följaktligen hävda att *intensionsdjupet*⁵ inte är stort i flertalet av de behandlade definitionerna.

I det följande kommer definitionerna att behandlas som förslag till normativa definitioner. Deras adekvans kommer följaktligen att bedömas utifrån kriterier som är rimliga för den typen av definitioner.

Då normativa definitioner inte utgör utsagor om hur någonting faktiskt förhåller sig, är det meningslöst att tala om dem som sanna eller falska. Man kan hävda att de är kloka, berättigade, välgrundade, lämpliga, fruktbara eller motsatsen. Lämpligheten bedöms främst med hänsyn till de *konsekvenser* den ena eller andra definitionen får. Graden av vetenskaplig fruktbarhet (en *vag term*)⁶ hos en definition blir väsentlig för bedömningen av dess lämplighet.

Olika skäl kan följaktligen samtidigt tala för att ett samband betraktas som empiriskt eller definitionsmässigt och nya skäl kan komma till. I ett givet ögonblick eller en given text bör dock ett samband bestämmas som antingen definitionsmässigt, dvs. utan sanningsvärde, eller empiriskt, dvs. sant eller falskt. Definitionsdiskussionen gäller ej heller den mentala processen eller det förmodligen vanliga fenomenet att en individ i sina funderingar oscillerar mellan att betrakta ett samband som empiriskt eller definitoriskt.

WHO:s definition av år 1957

WHO:s expertgrupp behåller i 1957 års rapport sin definition av ”drug addiction” från 1950. I 1950⁷ års rapport heter det:

“Drug addiction is a state of periodic or chronic intoxication detrimental to the individual and to society, produced by the repeated consumption of a drug (natural or synthetic).

Its characteristics include:

1. an overpowering desire or need (compulsion) to continue taking the drug and to obtain it by any means;

⁵ För begreppet »intensionsdjup» se Naess, *Empirisk Semantik* s. 20—22. En mer teknisk behandling av begreppet ges i *Interpretation and Preciseness* s. 77—80.

⁶ Fruktbarheten är inte något en gång för alla givet. Den är beroende av forskningsläget på ett visst fält vid en given tidpunkt. Se även s. 202 denna PM.

⁷ WHO, *Techn. Rep. Ser.* 21, 1950.

2. a tendency to increase the dose;
3. a psychic (psychological) and sometimes a physical dependence on the effects of the drug." (S. 6—7.)

Utifrån denna definition definieras sedan "addiction-producing drug":
 "An addiction-producing drug is one which produces addiction as defined".
 (S. 7.)

WHO önskar skilja på ett starkare narkomanitillstånd och ett svagare, addiction resp. habituation. Man ger här ingen explicit definition av »habituation» utan definierar »habitforming drug» direkt:

"A habit-forming drug is one which is or may be taken repeatedly without the production of all of the characteristics outlined in the definition of addiction and which is not generally considered to be detrimental to the individual and to society." (S. 7.)

Definitionen är mindre klar och informativ än definitionen av »addiction». Så menar också expertgruppen i 1957 års rapport där följande definition av »drug habituation» ges:

"Drug habituation resulting from the repeated administration of a drug must have certain characteristics: a degree of psychic dependence; a desire but not a compulsive craving to continue taking the drug for the sense of improved well-being which it engenders. A tendency to increase the dose to maintain or increase the effect may or may not be present and physical dependence with its concomitant of a withdrawal syndrome is always absent. Any detrimental effect of habituation is primarily directed to the individual. Abuse, with habit formation, may, however be so widespread as to be detrimental to society, usually a geographically localized society. The abuse of amphetamines in some areas, the excessive use of barbiturates and the extensive and spreading use of tranquilizing agents are examples of such widespread abuse."

En punkt i WHO:s resonemang kring den nya definitionen är värd uppmärksamhet (s. 12—13):

"The original definition of a habitforming drug is ambiguous since it implies that any one or more of the characteristics of an addiction-producing drug may not be apparent. It is also doubtful whether it was correct to say that a habit-forming drug is not generally considered to be detrimental to the individual. It is this very point of possible harm to the individual which makes further consideration of the question important."

Vad avses med »not generally considered to be»? Det som skall utsägas är väl inte en hypotes om folks uppfattningar? *Skälet* däremot till att ändra definitionen kan vara att den uttryckte ett enligt många felaktigt sakläge och att WHO instämmer i detta.

Men detta är en petitess. Talet om att det var tveksamt om det var »korrekt» att ej ha med skadligheten i definitionen är intressantare. Det antyder att WHO är på jakt efter en realdefinition. Om man har *stipulerat* att »habit-forming drugs» refererar till drugs utan skadliga effekter, hur skulle det då kunna vara inkorrekt att hävda att habit-forming drugs inte är skadliga? WHO tycks vilja

uttrycka någon »essens» i vissa *medels* verkningsätt. Den typen av definition är som framgår av Naess-citatet (s. 186—187 denna PM) om patentdefinitioner, av osäkert värde. Det är oklart till vilken klass dessa konkreta föremål antas höra. Definitionsfrågan blir möjligen under sådana betingelser en uppgift inom kemins ram.

Definitionerna sammanfattas (s. 9):

Drug addiction

Drug addiction is a state of periodic or chronic intoxication produced by the repeated consumption of a drug (natural or synthetic). Its characteristics include:

1. An overpowering desire or need (compulsion) to continue taking the drug and to obtain it by any means;
2. A tendency to increase the dose;
3. A psychic (psychological) and generally a physical dependence of the effects of the drug;
4. Detrimental effects on the individual and on society.

Drug habituation

Drug habituation (habit) is a condition resulting from the repeated consumption of a drug. Its characteristics include:

1. A desire (but not a compulsion) to continue taking the drug for the sense of improved well-being which it engenders;
2. Little or no tendency to increase the dose;
3. Some degree of psychic dependence on the effect of the drug but absence of physical dependence and hence of an abstinence syndrome;
4. Detrimental effects, if any, primarily on the individual.

Det är inte helt klart vad »periodic or chronic intoxication» refererar till i definitionen av »addiction». Täcks »intoxication» möjligen av »physical dependence»? A. R. Lindesmith⁸ skriver: »Apart from the question of whether it is correct to say that a heroin addict is in a state of intoxication.» WHO utesluter i 1964 års definition »intoxication» och talar endast om »state». Nedan kommer »intoxication»-dimensionen att utelämnas.

Klausulen »resulting from the repeated consumption of the drug» kommer också att lämnas därhän. Det förefaller osannolikt att WHO skulle låta ett tillstånd som kännetecknas av alla övriga karakteristika i definitionen, men uppstått efter engångskonsumtion falla utanför ramen. Satsen är förmodligen avsedd att uttrycka ett starkt men ändå tillfälligt, empiriskt samband. Vid operationalisering av narkomanibegreppet torde dock frekvensen vara av intresse (denna PM s. 204).

Frasen »to obtain it by any means» uppfattar jag som ett steg mot operationalisering av »overpowering desire».⁹ Omnämmandet av ett subjektivt motiv i

⁸ A.R. Lindesmith i antologin *Narcotics* (Wilner/Kassebaum ed.) s. 121.

⁹ Ord som »overpowering» och »compulsion» kan ges en mängd speciella tolkningar. De kan bl. a. referera till aktörens *upplevelse* av sin situation: »P's decision in S was not determined by any drives, needs, motives etc. which he rejected as ego-alien, or with which he did not identify himself.» (H. Ofstad s. 36–41.) Ibland får »compulsion» en tydlig bundenhet till bestämda etiska system. Att undvika sådana bindningar är ett av syftena med diskussionen s. 204—207 denna PM.

Tabell 1

				OVER-POWERING DESIRE				DESIRE			
				DOSÖKNING		EJ DOSÖKNING		DOSÖKNING		EJ DOSÖKNING	
				Psykiskt beroende starkt	Psykiskt beroende svagt	Psykiskt beroende starkt	Psykiskt beroende svagt	Psykiskt beroende starkt	Psykiskt beroende svagt	Psykiskt beroende starkt	Psykiskt beroende svagt
FYSSIKT BEROENDE	SKADLIGT FÖR SAMHÄLLET	Skadligt för individen	Addiction enligt WHO 1		9	17	25	33	41	49	57
		Ej skadligt för individen	2		10	18	26	34	42	50	58
	EJ SKADLIGT FÖR SAMHÄLLET	Skadligt för individen	Winick's 3		11	19	27	35	43	51	59
		Ej skadligt för individen	läkare 4		12	20	28	36	44	52	60
EJ FYSSIKT BEROENDE	SKADLIGT FÖR SAMHÄLLET	Skadligt för individen	5		13	21	29	37	45 H A	53	61 H A
		Ej skadligt för individen	6		14	22	30	38	46 B I T	54	62 B I T
	EJ SKADLIGT FÖR SAMHÄLLET	Skadligt för individen	7		15	23	31	39	47 U A T	55	63 U A T
		Ej skadligt för individen	8		16	24	32	40	48 I O N	56	64 I O N

punkt 1 i habituationdefinitionen betraktas också här som onödigt vid definitionen.

Definitionerna kan sägas jämföra två tillstånd med avseende på sex dimensioner eller variabler. Varje dimension har givits två värden. Alla logiskt möjliga kombinationer av dessa dimensioner och värden åskådliggörs i tabell 1. »Addiction» enligt WHO faller i cell 1, medan »habituation» faller i cellerna 47, 48, 63, 64. Om skadliga effekter för samhället också tas med i definitionen av »habituation» så fylls även cellerna 45, 46, 61, 62.

Naturligtvis står det WHO fritt att formulera definitioner som endast täcker vissa av cellerna i denna tabell, men det förefaller rimligt att anta, dels att flera av de övriga cellerna inte är empiriskt tomma, dels att WHO har intresse av dessa övriga empiriskt fyllda klasser.

Charles Winick beskriver i uppsatsen »Physician Narcotic addicts»¹⁰ läkare som »missbrukar» läkemedel på ett sätt som antyder att de kan placeras in i cell 3 och 4 i tabellen. Det föreligger stark önskan, doshöjning, starkt psykiskt beroende, skadliga eller icke skadliga effekter för individen och icke skadliga effekter för samhället. Medlet hjälper läkaren att klara en orimlig arbetsbörda och det är tveksamt om detta skall betraktas som skadligt ur samhällets eller individens synvinkel. Man kan tänka sig att hävda att det »på lång sikt» är skadligt. Jag tror ändå inte att alla celler som utesluts genom WHO:s definitioner kan avfärdas som empiriskt tomma.

En möjlighet vore nu att inspektera tabellernas celler och se vilka som kan betraktas som empiriskt tomma för att sedan försöka slå samman empiriskt fyllda celler som bas för nya definitioner. Först vill jag emellertid undersöka möjligheten av att reducera antalet dimensioner.

Önskan (desire) och psykiskt beroende

Det är möjligt och kanske i vissa sammanhang teoretiskt meningsfullt att skilja på »desire» och »psychic dependence» men i praktiken blir det svårt och kanske onödigt(?) komplicerat att skilja på dessa fenomen.

Om jag vill ha reda på om en person hyser en mycket stark önskan, ett begär efter cigaretter, så kan jag bl. a. se efter hur mycket besvär han gör sig för att skaffa cigaretter, hur besviken eller deprimerad han verkar, när han inte får cigaretter osv. Flertalet av dessa indikationer använder jag också, när jag vill avgöra, om han är psykiskt oberoende av cigaretter. Möjligen kan det sägas att det ur vardagsspråkets synvinkel ter sig egendomligt att tala om »psykiskt beroende» om t. ex. besvikelsereaktionerna är mycket svaga och snabbt övergående.

När jag skriver detta, önskar jag skriva maskin. Är jag också psykiskt beroende av att skriva maskin? Det tycks som om det vore rimligt att säga att jag är psykiskt beroende, om hinder för mitt skrivande leder till mycket kraftiga negativa reaktioner från min sida och om dessa reaktioner i allmänhet förekommer, när jag hindras skriva maskin. Är det inte rimligt att påstå att dessa kraftiga reaktioner också är tecken på en *stark önskan* att skriva maskin?

Antag följande: på något sätt har det verifierats att jag har en stark önskan att åka bil och en stark önskan att skriva maskin. Jag har dock för ögonblicket valt att skriva maskin. Maskinen går sönder och jag sätter mig oberörd i bilen och kör iväg. Det tycks här rimligt att säga att jag inte är beroende av mitt maskinskrivande, trots att jag starkt önskar skriva maskin. Detta pekar på möjligheten att »beroende» är knutet till mängden av perciperade alternativ.¹¹

Detta resonemang möjliggörs kanske endast genom att uttrycket »stark önskan» inte ges den intensitet som det i narkomanisammanhang bör ha. Man kan

¹⁰ Ingår i *The Other Side* (ed. Becker).

¹¹ Vilket får den *empiriska* konsekvensen att man kan anta att en »omgivning fattig på möjligheter» ökar sannolikheten för beroende av drugs.

tänka sig »overpowering desire» eller »craving» som ett slags maximala värden på ett önskekontinuum. Sammanfaller då inte denna ändpunkt med »psykiskt beroende»? Är inte »desire to obtain it by any means» synonymt med att vara »psykiskt beroende»?

Det ovan förda resonemanget torde visa att frågan är komplex. Den önske-dimension som används i typologin får ej betraktas som »ren» utan som sammansatt av en mängd komponenter.¹² En av svårigheterna med hela frågeställningen är att avgöra vad för slags problem det egentligen är fråga om: är det t. ex. begreppsanalytiskt eller helt eller delvis empiriskt?

Resonemanget skall inte föras vidare här. Noteras skall endast att en ytlig läsning av I. Cheins, *The Road to H*, samt Mayors Committee on Marihuana gett vid handen att de båda begreppen tenderar att operationaliseras på samma sätt. Mitt *inttryck* är att detta sker i flertalet texter om narkomani.

Under antagande att dessa dimensioner kan slås ihop reduceras 64-fälts-tabellen till 32 celler.

Skadlighet

Två dimensioner utöver dessa ter sig direkt onödiga eller olämpliga i definitionen: skadlighetsdimensionerna. Om skadlighet för individen kan förekomma under »habituation» så hjälper i varje fall inte skadlighetsdimensionen till att skilja mellan »addiction» och »habituation». Då värdet »ej skadligt» också kan förekomma under »habituation», så är skadligheten i och för sig onödig för definitionen av »habituation».

Bör då skadlighetsdimensionen alls vara med? Det svar som ligger närmast till hands är väl att skadligheten bör betraktas som en tillfällig egenskap och utelämnas ur *definitionen*. Detta tycks också vara WHO:s aktuella ståndpunkt, då skadlighetsdimensionen saknas i 1964 års definitioner.

Frågan besvaras väl lättast mot bakgrund av de *syften* som ligger bakom definitionsformuleringen. Ur åtgärdssynvinkel eller socialpolitisk synvinkel kan det te sig rimligt att skadlighet tas med i definitionen. Varför skulle man socialpolitiskt vara så bekymrad över sådant som inte är skadligt? De habituation-fall som inte är skadliga men faller under definitionens domän kan man tänkas vilja ha med därför att man har hypotesen att de tenderar att förvandlas till skadliga fall med tiden.

Ett specialproblem i detta sammanhang är givetvis att formulera kriterier för skadlighet och att enas om vad som skall betraktas som skadligt. WHO tycks ibland förutsätta fullständig enighet i dessa frågor och diskuterar såvitt jag kunnat finna mycket sällan skadeverkningar i sina texter.

WHO har förmodligen stått i en mycket svår situation, när definitionerna formulerats:

¹² Exempelen antyder en skillnad mellan ordnandet av en individs önskningar på sådant sätt att ingen önskan ges samma intensitet som någon annan och ordnandet på sådant sätt att flera önskningar kan sägas ha samma intensitet.

Tabell 2

	OVER-POWERING DESIRE		DESIRE	
	DOSÖKNING	EJ DOSÖKNING	DOSÖKNING	EJ DOSÖKNING
FYSISKT BEROENDE				
	ADDICTION WHO			
	WINICK's LÄKARE			
EJ FYSISKT BEROENDE			HABITUATION WHO	

a) WHO har en klart policyskapande funktion inom den internationella kontrollen över drugs. Sålunda är det rimligt att vilja ha med skadlighetsdimensionen.

b) WHO har en vetenskaplig uppgift och definitionen bör vara vetenskapligt fruktbar.

Det kan antas att det finns ytterligare bevekelsegrunder till utformningen av definitionen. Redan när expertgruppen började arbeta fanns det föreställningar om vilka typer av medel som borde falla under gruppens intresseområde. Vissa av dessa medel tycks dock i allmänhet förbundna med tillstånd som ur policysynvinkel ter sig oskyldiga (cannabis). Habituationtillståndet ter sig ju i WHO:s formulering i många fall ointressant ur den här aspekten. Om vi bortser från att det inte är fråga om drugs, så kan vi tänka oss mängder med oskyldiga fall av habituation: flickan som vill gå på dans regelbundet ett par gånger i veckan gråter i förtvivlan hela kvällen om hon inte kommer iväg, boknjutaren som blir störd, cinéasten som *måste* på bio tre gånger i veckan osv. Men definitionen har, som nämnts, förmodligen formulerats bl. a. för att passa en lista av *medel*. Därav den karaktär av realdefinition som utmärker många av WHO:s formuleringar.

Ur allmänt vetenskaplig synvinkel menar jag det vara rimligt att, såsom WHO gjort i 1964 års definition, avlägsna skadlighetsdimensionen. Policymakers bör tvingas argumentera utifrån *explicit angivna data* om samband mellan bruk av vissa medel, vissa tillstånd och vissa effekter för individen eller samhället.

Tabell 3

	OVER-POWERING DESIRE	DESIRE
FYSISKT BEROENDE	Addict WHO 1957 Winick's läkare	
EJ FYSISKT BEROENDE		Habituation WHO 1957

Dosökning

Utan att några skäl anges, skall här pekas på möjligheten av att utesluta även dosökningsdimensionen ur definitionen. I *en* tolkning av WHO:s definitioner av 1964 utgår också denna. Om en sådan reduktion kan accepteras blir resultatet någonting som påminner om (eller är identiskt med) WHO:s definition av 1964.

Att dosökningsdimensionen utesluts ur definitionen får ej tolkas som att frågan om dosökning är ointressant i teorier om narkomani. En vanlig typ av teori utgår t. ex. från att narkotika vid de första intagningstillfällena ger en viss effekt på individen, att denne utbildar tolerans mot medlet och behöver större doser för att uppnå den tidigare effekten. Dosens storlek liksom antal intagningstillfällen under viss period kan sålunda användas som viktiga förklarande variabler eller som indikatorer på specifika kroppsliga eller psykiska tillstånd hos individen.

WHO:s definition av år 1964

WHO:s tekniska rapport från 1964 innehåller nya definitioner samt vissa resonemang kring dessa. På sidan 9 ges något som kan uppfattas som en definition:

“The component in common appears to be dependence, whether psychic or physical or both. Hence, use of the term ‘drug dependence’, with a modifying phrase linking it to a particular type in order to differentiate one class of drugs from another has been given most careful consideration. ‘Drug dependence’ is defined as a state arising from repeated administration of a drug on a periodic or continuous basis. Its characteristics will vary with the agent involved and this must be made clear by designating the particular type of drug dependence in each specific case — for example drug dependence of morphine type, of cocaine type, of cannabis type, of barbiturate type, of amphetamine type etc. (See Annex I for descriptions of specific types of drug dependence.)” (S. 9.)

Det är inte helt klart hur denna definition skall fattas. Skall »fysiskt beroende» och »psykiskt beroende» användas för att *definiera* »drug dependence»

och sedan olika typer av »drug dependence» som faller under definitionen specificeras eller skall karakteristika knutna till olika medel *ingå i definitionen?* Intentionsdjupet förefaller ej stort, möjligheterna till missförstånd är stora. Om endast fysiskt beroende och psykiskt beroende skall ligga till grund för definitionen, så sammanfaller den i stort sett med tabell 3 s. 194 denna PM.

En upplysning om att man ansluter sig till ett definitionsförslag som tillåter så många tolkningar bör om möjligt åtföljas av ett klargörande av *vilken tolkning av definitionen* som accepteras.

Bristen på intentionsdjup kan vara en effekt av oklart formulerat syfte med definitionerna. En speciell svårighet illustreras av nedanstående fyra citat:

»Stor möda har nedlagts på att söka klargöra vad man bör avse med begreppet eufomani och härvid har man velat skilja på endast 'vanebildande' medel och sådana som även framkallar fysiskt beroende.»

»Analysen visade att det *gemensamma* för samtliga grupper av preparat som kunna leda till missbruk, var *beroendet*, således *tvånget* att till varje pris fortsätta intaga medlet i fråga och *abstinenssymtom* om tillförseln avbröts. De olika preparaten sammanfattades därför i begreppet beroendeframkallande medel (dependence-producing drugs.)»¹³

»Vid en analys av läget inom hela det stora området av missbruk av narkotika och vanebildande medel kunde WHO:s expertkommitté konstatera (1963) att skillnaderna mellan narkomaniframkallande och vanebildande medel av många skäl icke längre kunde upprätthållas.»¹⁴

Hos WHO finner vi följande fras:

«... linking it to a particular type in order to differentiate one class of drugs from another . . .» (Kursiverat här.)

WHO överger distinktionen mellan *två typer av tillstånd hos individer*, därför att det är svårt att ange *två grupper av medel* som ger upphov till endast det ena eller endast det andra tillståndet. Samtidigt inför man en ny typindelning efter olika ämnesgrupper. Syftet att definiera ett *tillstånd hos individer* och att definiera *grupper av medel* blandas på ett olyckligt sätt. Det är svårt att se att det skulle ligga något orimligt i att skilja på tillstånden »addiction» och »habitation».

Det är, som redan påpekats, ej helt klart om WHO avsett att endast »fysiskt beroende» och »psykiskt beroende» skall utgöra definierande egenskaper eller om de ytterligare karakteristika som nämns under »dependence of . . . type» skall ingå i definitionen.

Om det senare är fallet så kan ytterligare tolkningar göras. WHO kan tänkas ha nämnt kända, viktiga farmakologiska (i snäv mening) grupper av medel och vanliga verkningsätt hos dem. Detta skulle inte innebära något annat än en uppräknings av grupper av medel.¹⁵

¹³ T. Fry, Om narkomani-eufomani s. 213.

¹⁴ L. Goldberg, Diskussions-PM, Definitioner s. 5—6.

¹⁵ Stöd för sådan tolkning ger orden »for example» som i WHO:s definition föregår uppräknings av fem dependencytyper. Se citat s. 194 denna PM.

Mot en sådan typ av definition kan göras invändningar från speciella betendevetenskapliga områden: det hävdas t. ex. att vissa medel har olika effekter i olika socio-kulturella miljöer (cannabis i Nordafrika och Danmark t. ex.) samt att personlighetskaraktistika spelar in. Man kunde mena att typgalleriet borde utökas enligt följande mall: dependence of cannabis type, under socio-cultural conditions so-and-so, in connection with personality types so-and-so. Typgalleriet skulle bli mycket stort.¹⁶

I Annex I i WHO:s rapport finns dock många formuleringar som tyder på att de olika typerna är avsedda som *beskrivningar* av grupper av karaktistika som *ofta* är förbundna med bruk av vissa medel. På s. 15 sägs det:

“These are concise descriptions which could be expanded particularly with reference to difference in degree according to dose and duration of administration and to potency among agents within a particular type.”

Följande är ett exempel på beskrivningen av en typ:

“Drug dependence of cocaine type is described as a state arising from repeated administration of cocaine of an agent with cocaine-like properties, on a periodic or continuous basis.

Its characteristics include:

1. An overpowering desire or need to continue taking the drug and to obtain it by any means;

2. absence of tolerance to the effects of the drug during continued administration; in the more frequent episodic use the drug may be taken at short intervals, resulting in the build-up of an intense toxic reaction;

3. a psychic dependence on the effects of the drug related to a subjective and individual appreciation of those effects; and

4. absence of a physical dependence and hence absence of an abstinence syndrome on abrupt withdrawal; withdrawal is attended by a psychic disturbance manifested by craving for the drug.”¹⁷ (Lägg märke till ordet »described» i citatets första sats.)

WHO ger fem sådana karaktistiker. Man kan tänka sig att placera in dessa i en tabell av den typ som tidigare använts. Typerna kunde då uppfattas som definitioner eller som rena hypoteser:

a) Beroende av typ x karaktiseras definitionsmässigt av de och de egenskaperna.

b) Bruk av medel x ger ofta till följd ett tillstånd som kan beskrivas med de och de egenskaperna.

Skälet till benämningarna på typer enligt a) skulle vara att en hypotes enligt b) anses vara välbestyrkt. De fem typerna karaktiseras här med en tregradig skala (nedan tas också värdet 0 med, varför skalan blir fyrgradig). Om

¹⁶ Ur socialpolitisk synvinkel ter det sig givetvis enklast att koncentrera sig på medlen.

¹⁷ Observera formuleringen under punkt 4: »withdrawal is attended by a psychic disturbance manifested by craving for the drug». Detta är en illustration till resonemanget om dimensionerna »psykiskt beroende» och »desire» denna PM. För cannabistypen använder också WHO nästan identiska formuleringar för »desire» och »psychic dependence» (s. 15 i WHO:s rapport 1964).

»desire» och »beroende» slås ihop som tidigare gjorts i denna PM erhålles följande tabell.¹⁸

Tabell 4

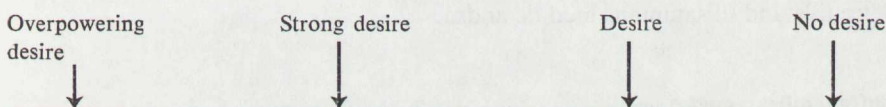
	Overpowering des.		Strong desire		Desire		No desire	
	Dosökn.	Ej dosökn.	+	—	+	—	+	—
Physical dependence	Morphine type		Barbiturate type					
No physical dependence		Cocaine type			Amphetamine type	Cannabis type		Non-dependent

(»Morphine-type» svarar mot 1957 års »addiction» och »Amphetamine-type» + »Cannabis-type» svarar mot »habituation».)

Om cellerna definierar typer och döps med hänsyn till konstaterade höga samband mellan vissa medel och vissa tillstånd får det inte betraktas som en motsägelse att hävda att en given morfinbrukare karakteriseras av beroende av barbiturattypen. Om detta av WHO skulle betraktas som en motsägelse, så får deras typer tolkas på annat sätt.

Den bästa WHO-definitionen erhålles enligt min mening, om »fysiskt eller psykiskt beroende» betraktas som definierande karakteristiska medan typerna betraktas som intressanta *deskriptiva typer*.

WHO utgår från ett desire-kontinuum i sin indelning. Grovt kan det åskådliggöras så här:



Är en önskan som inte är mycket stark alls av intresse här? Typer av önskan som inte är starkare än alla våra vanliga vardagsönskningar torde i och för sig vara ointressanta. Skälet till att ha med tillstånd som definieras av en inte så stark önskan skulle kunna vara dels att det var fråga om önskan att konsumera just »drugs», dels att man har en rimlig hypotes om att dessa svaga desiretillstånd i samband med »drugs» tenderar att övergå till starkare tillstånd.

I denna sista definitionsversion görs, som påpekats, ingen skarp skillnad mellan medel och tillstånd. När skadeverkningar diskuteras, diskuteras dessa

¹⁸ Tabellen är endast möjlig om man bortser från variationer i formuleringar av punkterna under de olika beroendetyperna. Punkt 2 kan exemplifiera detta:

“(2) consumption of increasing amounts to obtain greater excitatory and euphoric effects or to combat more effectively depression and fatigue, accompanied in some measure by the development of tolerance” (amfetamin-typen).

“(2) little or no tendency to increase the dose, since there is little or no development of tolerance” (cannabis-typen).

med direkt referens till ett medel. Men detta måste sägas vara rimligt, om korrelationerna mellan medel, tillstånd och skadeverkningar är höga.

WHO säger i 1964 års rapport följande om skadeverkningar:

“... drug dependence is a general term selected for its applicability to all types of drug abuse and carries no connotation of the degree of risk to public health or need for a particular type of drug control.” (S. 9.)

I rapporten nämns sedan explicit vissa skadeverkningar i samband med bruk av de olika typerna av medel. I praktiken tycks dock ofta WHO sätta varningslapp på vissa medel efter att i djurexperiment ha visat att de är fysiskt beroendeskapande. Det kanske återigen kan försvaras med hänvisning till väl-etablerade empiriska samband. Ibland skulle man dock önska att WHO mer explicit diskuterade skadeverkningar.

Varför finns cannabistypen med i WHO:s typologi? Den får ett lågt värde på desiredimensionen. Är det den socialpolitiska frågan, skadeverkningarnas omfattning som främst motiverat inklusionen av denna typ? Knappast, ty:

“With cannabis, lasting disturbance of mental function has been alleged but not proven. Distortion of perception, one of the effects of the drug, may lead to disruption of interpersonal relationships, and abuse of the drug to criminal behavior.” (S. 16.)

Detta är en synnerligen svag skrivning jämfört med den i samband med de andra typerna. Min gissning är att cannabis och därmed cannabistillståndet kommit med främst därför att det fanns bland de *medel* som ansågs höra till samma grupp, när WHO:s expertgrupp började sitt arbete.

En hypotes om att svaga desiretillstånd tenderar att övergå i andra tillstånd (i samband med byte av medel) samt just det faktum att bl. a. WHO skapat en speciell image av cannabis gör dock att det kan vara rimligt att behandla detta tillstånd tillsammans med de andra.

Eufomanibegreppet

Eufomanibegreppet kommenteras på följande sätt i tre texter från senare år:

»Enär det som eftersträvas vid missbruk av olika sedativa, stimulerande medel och narkotika otvivelaktigt väsentligen är den euforiserande effekten, kommer jag i fortsättningen i anslutning till Knud O. Møllers förslag att använda mig av eufomani i stället för den äldre beteckningen narkomani.» (T. Frey.)¹⁹

»Møller (1955) har påpekat att det numera sällan är dvala utan i stället upprymdhet, eufori, som eftersträvas, och har därför lanserat begreppet *eufomani*, som också Frey (1960) har anslutit sig till.» (N. Bejerot.)²⁰

»Eufomanibegreppet infördes av K. Møller, dels som en ersättning för narkomanibegreppet, dels som ett samlingsnamn för tillstånden efter långvarigt bruk av narkomaniframkallande eller vanebildande medel enligt 1957 års

¹⁹ T. Frey, Om narkomani-eufomani.

²⁰ N. Bejerot, Aktuell toxikomaniproblematik.

WHO-definitioner. Tyngdpunkten i begreppet ligger i att dessa preparat alltid skulle framkalla en förhöjd sinnesstämning (eufori).» (L. Goldberg.)²¹

Vad säger så Møller själv?

»Definitionen av eufomani har voldt store vanskeligheder fordi en virkelig een-tydig definition naeppe är mulig. Jeg är gennem årene nået frem til følgende, der helt inkluderer ISBELL & FRASERS definition, og som kun afvi-ger lidt fra WHO:s definition:

'Eufomani er en ved hyppig eller stadig indtagelse af et farmakon fremkaldt periodisk eller kronisk forgiftning, karakteriseret ved en uimodståelig trang til at forskaffe sig stoffet for enhver pris (to obtain it by any means) og til at misbruge det i sådan grad, at individet, i regeln også samfundet beskadiges. — I de fleste tilfælde er trangen til at misbruge stoffet kaedet sammen med en stærk trang til at opnå eufori, at befri sig for legemlig eller åndelig ubehag eller at unddrage sig livets realiteter og krav.'» (K. Møller.)²²

Møllers definition innerhåller många svåra primitiva termer (»at unddrage sig livets realiteter og krav» t. ex.), men den oklarhet som här skall beröras är bara frågan, vilket syfte satsen efter tankstrecket har. Møller ger svar i samma artikel:

»trangen til at opnå *eufori* er et så vaesentligt traek i eufomaniens billede, at jeg mener det ubetinget bør medtages i eufomaniens definition» (s. 1 534).

Syftet med att införa eufomanibegreppet är att införa en ny *beteckning* eller en ny *definition*. I båda fallen görs förändringarna med hänvisning till empiriska data. En ny beteckning tjänar till att hålla ett viktigt empiriskt samband i minnet. En ny definition får till konsekvens att fenomen som faller utanför den nya definitionen utesluts ur det aktuella intresseområdet. (Ge akt på hur Bejerot talar om hur situationen är »numera». Skall det nya begreppet då bli bundet till en bestämd tidsepok?)

De empiriska samband som åberopas tycks vara dessa:

a) En klass av fenomen benämnda »narkomanitillstånd» är alltid (ofta) förbundna med en klass av fenomen benämnda »önskan att uppnå eufori».

b) En klass av fenomen benämnda »narkomanitillstånd» är alltid (ofta) förbundna med en klass av fenomen kallad »euforitillstånd».

Om nu endast en förändring i beteckningen åsyftas (så tycks Bejerot och Frey fatta Møller) så är det ingen motsägelse att hävda att det finns eufomanier, där eufori inte eftersträvas eller uppnås.

Om en definitionsförändring avses så är det givetvis motsägelsefullt att tala om att det finns eufomanier, där eufori inte eftersträvas resp. uppnås.

Goldberg talar om att eufori »alltid» förekommer (Goldberg har dock råkat glida mellan medel och tillstånd) medan Bejerot och Frey uppfattar det hela som en fråga om vad som ofta eller oftast föreligger.

Det är en helt rimlig procedur att låta starka empiriska samband förvandlas till definitionsmässiga.²³ Men om sambandet inte närmar sig ett

²¹ L. Goldberg, Diskussions-PM, Definitioner.

²² K. Møller, Diskussionsinlägg.

²³ Se hänvisn. till Hempel, Kaplan och Pap, not 35 s. 202.

fullständigt sådant bör för en definitionsförändring ytterligare skäl anges lämplighets- eller fruktbarhetsskäl.

Plädernadet för eufomanibegreppets införande utgår från det empiriska sambandet. När nedan införandet av eufomanibegreppen avstyrkes sker det med två typer av motiveringar: dels hävdas att det empiriska sambandet inte är tillräckligt säkerställt, dels hävdas att införandet av eufomanibegreppet i en av dess tolkningar onödigt komplicerar definitionen.

1. Sambandet mellan narkomani och eufori²⁴

Att granska detta samband försvåras av att euforibegreppet är vagt. Goldberg talar endast om »förhöjd sinnesstämning», medan Bejerot talar om »upprymdhet, eufori». Beecher²⁵ använder »eufori» på följande sätt i en experimentell studie:

“There is considerable variability in the meaning assigned to the word euphoria by different investigators. Here it has been considered as synonymous with a pleasant state as defined by our subjects. Since the issue was the production of euphoria by a given medicament, the subject's decision involved a comparison with the predrug state. Euphoria was, therefore, considered to have been produced when a feeling-state resulted that was more pleasant than that obtaining before the injection of the drug.” (S. 322.)

Lindesmith²⁶ ger ingen explicit definition av eufori, men diskuterar tesen om positiva effekter av opiat. Lindesmith menar att opiat efter en längre tids bruk försätter individen i ett tillstånd som ligger under det normala och att han när han får medlet uppnår, inte ett extremt positivt tillstånd, men ett normaltillstånd.

Euforitillstånd kan uppenbarligen ges en vidare eller snävare definition. En vid definition säger ungefär att varje tillstånd som upplevs mer positivt än tidigare tillstånd är euforiska tillstånd.²⁷ En snävare definition kräver en större intensitet hos tillståndet, »upprymdhet», en upplevelse av överjordisk frid.

Eventuellt kan man tänka sig en definition av »eufori» som refererar till ett tillstånd som ligger över vad som är statistiskt normalt för en population eller som ligger över vad som är statistiskt normalt för en person, då han inte utsatts för speciellt nedbrytande påverkningar. Att svårigheterna vid sådana förfaranden är väldiga är klart.

Gissningsvis uppfattas »eufori» i vardagsspråket som ett relativt snävt begrepp.

²⁴ Obs, att här inte diskuteras den viktiga frågan om hur olika forskare definierat »narkomani» när samband fastställts. Både »narkomani» och »eufomani» bör ju användas på samma sätt om empiriska resultat skall vara jämförbara. I Beechers studie är det under vissa experimentella betingelser endast *medel*, som prövas, men det skulle här föra för långt att göra *alla* antagna samband explicita.

²⁵ H. K. Beecher, Measurement of Subjective Responses.

²⁶ Lindesmith, Opiate Addiction samt hans bidrag till antologierna Narcotics (Wilner/Kassebaum ed.) och Narcotic Addiction (O'Donnell/Ball ed.).

²⁷ Något slags indelning av tid i större perioder förutsätts här.

Det kan, som framgår av ovanstående, konstateras att euforibegreppet är mångtydigt och att det följaktligen av det skälet är svårt att avgöra om olika undersökningsresultat på det här området stöder varandra eller ej.

Det tycks också hos individen ofta föreligga en komplicerad blandning av känslor:

“... even with unlimited supplies of the drug and the privilege of self-injection in amounts and intervals ad libitum, the addict, at least under experimental conditions is a miserable creature, beset by remorse, guilt and anxiety;” (Wikler s. 87).²⁸

Vad så gäller de empiriska samband som tänks ligga till grund för en namn- eller definitionsförändring kan sägas: mot det samband som nämns i punkt b) ovan talar både experimentella data (Beecher, Wikler)²⁹ och icke-experimentella data (Lindesmith, Wikler).³⁰

Långt ifrån ett fullständigt samband tycks föreligga. Det bör då också noteras att Beecher använder vidast tänkbara euforidefinition.

Det ter sig inte välgrundat att låta det empiriska sambandet övergå i ett definitionsmässigt. Det är visserligen möjligt att man kan finna *faser* i en narkomanikarriär där euforitesen får starkt stöd, men detta bör tills vidare lämnas öppet för empiriska undersökningar.

Det samband som nämns i punkt (a) ovan förefaller inte heller helt bestrykt. Chein³¹ menar sig ha funnit många fall av narkomani som karakteriseras av att personer söker få medlet till varje pris, men knappast har strävan att uppnå eufori som den viktigaste drivkraften. De tycks snarare sträva efter accepterande från vissa grupper, positivt sanktionerande av handlingar från viktiga referensgrupper. Det är poänglöst att säga att detta att söka undvika obehaget att gå emot gruppen eller utföra handlingar som är negativt *sanktionerade av gruppen* är en form av euforisökande. Då blir euforibegreppet urvattnat och oanvändbart.

Utan att dröja vid ytterligare empiriskt material vill jag hävda att oklarheterna kring euforitesen är så stora att euforielementet tills vidare bör betraktas som tillfälligt relaterat till narkomanin. Låt det ha en plats i rivaliserande teorier, ty:

“Although it is true that the addict craves drugs because he likes the effects, there is also truth in the statement that he likes the effects because he craves the drug.” (Lindesmith s. 124.)³²

2. Införandet av ett nytt motivationsbegrepp

Denna invändning gäller endast »önskan att uppnå eufori». Narkomanidefinitionerna innehåller i allmänhet som en central och enligt min mening ound-

²⁸ A. Wikler i antologin *Narcotics* (Wilner/Kassebaum ed.).

²⁹ Beecher, *Measurement of Subjective Responses* s. 321—341. Wikler se not. 28.

³⁰ Lindesmith, *Opiate Addiction* samt bidrag i antologierna *Narcotics* (Wilner/Kassebaum ed.) och *Narcotic Addiction* (O'Donnel/Ball).

³¹ I. Chein, *The Road to H*, s. 25—29.

³² Lindesmith i antologin *Narcotics*.

gänglig komponent »craving», »desire» eller liknande begrepp. Det är fråga om ett dispositionsbegrepp, det refererar till ett icke direkt iakttagbart fenomen.

»Önskan att uppnå eufori» inför ytterligare element av denna typ. Svårigheterna vid operationalisering av begreppet ökar. Sålunda ter det sig fördelaktigt att utelämna detta begrepp i definitionen.

Detta innebär inte en generell invändning mot mentalistiska termer. Wikler³³ gör sig skyldig till en förenklad operationism, när han säger:

“Unfortunately, however, the psychoanalyst’s explanations of human behavior, including drug addiction and relapse, are also couched in mentalistic terms and hence cannot be tested for validity in the accepted manner of the natural sciences, i.e. by use of ‘public’ operations, at least directly.” (S. 86.)

Lindesmiths cravingdefinition

A. R. Lindesmith diskuterar »addiction to opiates and opiate-type drugs such as morphine, heroin and equivalent drugs».³⁴ Lindesmith för en explicit diskussion kring definitionsproblemet och citeras nedan flitigt.

Lindesmith säger (s. 119):

“A definition of addiction as a behavioral phenomenon is not an arbitrary matter which each investigator can make suit his own tastes, but should rather be the result of an investigative process which specifies what the essential or common aspects of the behavior in fact are.”

I en viss mening har motsatsen hävdats här: en definition är godtycklig i den meningen att den inte är sann eller falsk, den tillkännager ett beslut att använda en term på ett visst sätt. När Lindesmith talar om »common aspects of the behavior» kan man fråga: hur avgränsas klassen av beteenden som här benämns »the behavior»?

Men motsättningen är endast partiell eller kanske skenbar: här har hävdats att definitionen skall vara välmotiverad, att konsekvenserna av val av en viss definition skall övervägas. Vidare har talats om definitionens »vetenskapliga fruktbarhet».

I själva verket bör man räkna med ett samspel av definition och teori (därigenom empiri) en kontinuerlig modifikationsprocess vilken i praktiken innebär att definitioner inte blir godtyckliga.

Definitionerna är öppna för empiriska fynd.³⁵ Lindesmiths krav kan omformuleras på följande sätt: Definitionen bör avgränsa en klass av beteenden som tycks empiriskt relaterade och som ger teoretiskt meningsfulla resultat.

³³ Wikler i antologin *Narcotics*. Wikler »förfaller» själv till bruk av mentalistiska termer på s. 88, där han skriver om »unconscious motivation».

³⁴ Lindesmith framför ungefär identiska synpunkter i antologin *Narcotics* (ed. Wilner/Kassebaum) och antologin *Narcotic Addiction* (ed. O'Donnel/Ball). Sidhänvisningarna är till *Narcotics*.

³⁵ Problem av denna typ diskuteras i Hempel, *The Theoretician's Dilemma*, Kaplan, *The Conduct of Inquiry* s. 52—78, och Pap, *The Philosophy of Science* s. 30 och 39—46.

Lindesmith hävdar att det är olämpligt att definiera »addiction» på sådant sätt att enbart förekomsten av fysiskt beroende blir en tillräcklig betingelse för att »addiction», »dependence» eller »narkomani» skall föreligga. En sådan definition skulle komma att bland narkomaner inkludera lägre djur, barn som är födda av narkotikabrukande mödrar och medvetlös patienter som fått narkotika.³⁶

Här vill jag ansluta mig till Lindesmith. Om personer är enbart fysiskt beroende av läkemedel, narkotika eller »drugs» bör de inte betraktas som »narkomaner». Det ter sig rimligt att behandla den fysiska tillvänjningen som en förklarande faktor (en mycket viktig sådan) eller, med en annan fraseologi, en oberoende variabel. Förklaringen och åtgärderna vid enbart fysiskt beroende faller helt inom fysiologins eller medicinens område. Den rent fysiologiska avvänjningen är som framgår av vårdavsnittet mestadels en enkel procedur. Ett av de väsentligaste problemen i samband med det som man kallat narkomani är att »narkomaner» »botade» från sin »sjukdom» lämnar läkaren och ilar på jakt efter nya konsumtionsmöjligheter. Det brukar sägas att narkomani-problemet är intressant, då det kräver interdisciplinära insatser. En rent fysiologiskt definierad narkomani torde vara mindre intressant ur den synvinkeln.

Lindesmith föreslår att den starka önskan att få medlet skall användas som enda definierande egenskap:

”My inclination is to regard that behavior designated as the ‘craving’ for drugs as the central and defining feature of addiction and to think of the tendency to relapse and of other commonly emphasized features as corollary aspects. From this standpoint a person does not need to be using drugs to be an addict and he might be physically dependent upon them without being addicted.” (S. 121.)

Lindesmiths förslag innebär att man använder sig av endast dimensionen »desire» i WHO:s definitionsförslag. Önskan måste dock vara av hög intensitet för att kunna betecknas som »craving». Lindesmiths definition placerar sig sålunda på följande sätt i den åttafältstabell som gjorts på basis av WHO (»dosökning» har här uppfattats som inte hörande till WHO:s *definition*):

Tabell 5

	OVER- POWERING DESIRE	STRONG DESIRE	DESIRE	NO DESIRE
FYSISKT BEROENDE	1 LINDESMITH's	2	3	4
EJ FYSISKT BEROENDE	5	6 ADDICTION	Cannabis- type WHO 7	Non- dependent 8

³⁶ Givetvis kan invändningen om djuren besvaras genom att begränsa definitionens tillämpningsområde till människor.

Cell 3, 4 och 7 utesluts alltså ur Lindesmiths definition. Inom definitionens ram kan givetvis sedan subtyper definieras: craving med fysiskt beroende och craving utan fysiskt beroende. Detta kan sedan göras till en definitionsmässig typologi eller en typologi av typen kondenserad teori.³⁷

Lindesmith menar att en person vid en given tidpunkt inte behöver bruka »drugs» för att vara addict. Han behandlar »craving» som ett dispositionsbegrepp, ett icke direkt iakttagbart fenomen. En person med munkavle kan i många sammanhang sägas ha attityder som han icke kan uttrycka och en person som sitter i fängelse och inte kommer åt »drugs» kan vara addict. Men som attityder kan förändras kan naturligtvis en persons craving upphöra. Detta skapar operationella svårigheter.

Problemet belyses genom ett svar i kriminalvårdsenkäten:

»En man har enligt anteckningar i behandlingsjournalen tidigare varit läkemedelsmissbrukare, men nu slutat med detta.» Är han narkoman eller inte? (I fortsättningen är »narkoman» = »addict».)

Det är inte så svårt att hitta på fall där man ställts inför svårigheter när det gäller att under en given tidsperiod klassa individer som narkomaner:

Mannen som suttit i fängelse ett år och som innan inträdandet i fängelset var narkoman. Han lämnar fängelset och börjar knarka första dagen. Var han narkoman under fängelsetiden eller inte, om han inte brukade narkotika då?

Mannen som brukar narkotika en gång i veckan och däremellan ej är intresserad. Han fungerar som den som tar sig en sup varje lördag.

Mannen som brukar medlet relativt regelbundet, men är förmögen och har goda och smidiga kontakter. Att skaffa sig knark är som att köpa kaffe.

Det första exemplet belyser teoribundenheten i operationaliseringen av en definition.³⁸ Antag att det föreligger en väletablerad teori av epidemiologisk eller social-psykologisk karaktär där man hävdar att smitta eller social påverkan under vissa betingelser är upphov till narkomani. Antag vidare att de första personer som möter den f. d. internen utanför fängelset är hans knarkkompisar. Att han under sådana betingelser startar med sitt knarkande på nytt, kan inte tas till intäkt för att han var narkoman även under fängelsetiden.

Det vanligaste kriteriet på att en person är narkoman torde vara att han med relativt korta tidsintervall konsumerar det aktuella medlet på nytt. Exempel två belyser närmast problemet med att ange hur ofta en person skall bruka narkotika för att sägas vara narkoman. Detta problem torde ha diskuterats i den klassiska narkotikalitteraturen, dock såvitt mig är bekant oftast mot bakgrund av en narkomandefinition som huvudsakligen tar fasta på det fysiska beroendet.

WHO:s insisterande på att i definitionen ha med frasen »a state arising from repeated administration of a drug» kan vara betingat av tanken att en-

³⁷ Olika typer av typologier diskuteras utförligt i R. S. Rudner *Philosophy of Social Science*, s. 38—47.

³⁸ Se not 35.

³⁹ Formuleringen tyder emellertid på att WHO uttryckt ett tillfälligt samband, då de använder termer som »arising from» och »produced by».

gångsbruk svårligen kan verifiera en hypotes om craving.³⁹ Men frågan om administrerandets frekvens får räknas till en mer specifikoperationell nivå.

Det tredje exemplet visar på svårigheter när man använder operationaliseringen »to obtain it by any means». En situation med speciella ansträngningar eller uppoffringar uppstår inte för den förmögne mannen med goda kontakter. Problemet blir uppenbart om vi ställs inför en kultur, där bruk av vissa narkotika tillåts eller förskrivs. Att spendera en mängd pengar på narkotika blir i sådant sammanhang liktydigt med att spendera pengar på kaffe i en annan kultur.⁴⁰

Vi kan dock säga att *om* vi hindrade tillgången till medel för dessa människor så skulle de uppvisa sådana och sådana beteenden. *Förklaringen* till att människor som växer upp i en sådan miljö blir narkomaner formuleras sannolikt bäst inom en sociologisk referensram.

Den faktiska användningen är dock inte den enda indikator som kan användas i detta sammanhang: verbala rapporter om känslotillstånd, rapporter om dröminnehåll, speciellt utvecklade test osv. kan användas. Paradoxen är dock att dessa måste vara teoribundna och att den goda teorin kräver goda definitioner.

Här skall inte operationaliseringsproblem ytterligare beröras.

Vad innebär »drug»?

Definitionen av »narkomani» måste, tror jag, göras intentional: »craving» blir »craving efter någonting». »Craving for drugs» är termen hos Lindesmith. Ett problem blir då att avgränsa »drugs» på ett lämpligt sätt. Bejerot⁴¹ diskuterar frågan:

»Om man med 'drugs' vill begränsa sig till läkemedel, faller marihuanan utanför ramen. Å andra sidan torde etylalkoholen i lika hög grad som marihuanan kallas 'drug'. Men ett flertal av de medel, som kommer till användning i berusningssyfte — 'on a periodic or continuous basis' — ligger långt utanför vad som skulle kunna kallas 'drugs'. Bensin-, lim- och thinnersniffning är välkända fenomen i litteraturen och ett flertal industriella lösningsmedel används stundom i berusningssyfte. 'Drug' bör följaktligen inte ingå i en generell beteckning av i narkomani eller euforiskt syfte använda medel. Men orddelen 'dependence' syns omöjlig, i varje fall i konstellationen 'drugdependence'. Diabetiker och hjärtpatienter är ju ofta i högsta grad 'drugdependent' även om medlen här är så oskyldiga som insulin och digitalis.» (S. 2.)

Bejerot berör även kaffe, te och tobak (se citat nedan!). Han erbjuder emellertid inget egentligt definitionsförslag utan kommer endast med ett förslag till terminologisk förändring. Bejerot rekommenderar termen toxikomani:

»I terminologin *toxikomani*, *toxikoman* och *toxikotika* tycker jag man har funnit den enda generellt tillämpliga och logiskt adekvata beteckningen för

⁴⁰ Detta problem har att göra med att »beroende» och liknande begrepp ofta är bundna till aktuella värderingar.

⁴¹ N. Bejerot, Aktuell Toxikomaniproblematik.

hela problemkomplexet vad *missbruk* beträffar. Då en eller annan snaps vid högtidliga tillfällen och kaffe i doseringen 2 koppar 3—4 ggr dagligen näppeligen kan rubriceras som missbruk, kan flertalet av oss snabbt exkludera sig själva, vilket nog är en förutsättning för att beteckningarna skall kunna fördras.» (S. 2.)

Vilka är då kriterierna på »missbruk» och är det verkligen ett gott skäl för definitionen att den utesluter oss själva?

Bejerot säger vidare:

»Beteckningen 'missbruk' är också problematisk, starkt förknippad som den är med moraliska värderingar. Strängt taget borde den utgå ur vetenskapliga sammanhang och ersättas med något som 'i för individens fysiska och psykiska hälsa och sociala anpassning skadlig omfattning', men hur skall det begreppet förkortas och pressas in i en praktiskt användbar form? Eftersom tobaksrökningens skadliga effekt på den fysiska hälsan numera är starkt dokumenterad bör också nikotinismen räknas till toxikomanierna även om den kanske är den oskyldigaste i sammanhanget. Till och med te och kaffe hör principiellt hit men kan nog utelämnas i praktiska sammanhang för att inte toxikomanibegreppet skall bli alltför urvattnat; annars torde kaffemissbruk vara ett relativt vanligt fenomen, med bl. a. gastriter och ulcus som påtagliga komplikationer.» (S. 2.)

Bejerots omformulering från »missbruk» till »i för individens fysiska och psykiska hälsa och sociala anpassning skadlig omfattning» torde inte lösa problemen mer än partiellt. I och med införandet av hälsobegreppet uppstår nya problem. Vidare menar vissa psykiatriker att »narkotika» hjälper vissa individer att fungera bättre. Det kan också noteras att marihuana använts som läkemedel. Det innebär att variationerna med tid och kultur komplicerar hälsobegreppet. Den viktigaste skillnaden mellan »narkomaniberoende» och beroende av t. ex. insulin är kanske skillnaden mellan socialt gillat och socialt ogillat bruk.⁴² En möjlighet vore att räkna digitalis- och insulinberoende till narkomanierna, men deklarerar att bruk av t. ex. digitalis och insulin på grund av tillfälliga egenskaper, nämligen att bruket av dem under vissa betingelser betraktas som legitimt, inte kommer att behandlas av narkomanvårdskommittén.

Att hänvisa till att somliga medel administrerats av läkare hjälper inte heller då beroende som uppkommit genom läkares administration förekommer. Resonemanget om marihuana på föregående sida gäller dessutom även här.

⁴² Inom en exklusivt *sociologisk* teoribildning kunde det många gånger vara rimligt att ta sin utgångspunkt just i värderingar och sätt att se inom givna kulturer. Så sker t. ex. när *normbegreppet* ges en central plats i en teori (t. ex. Becker, *The Other Side* eller Segerstedt, *Kriminalsociologi*). Här avses inte definitionen bunden till någon speciell typ av teori.

En speciell svårighet med att basera narkomanvårdskommitténs definition på värderingar är att den har en policyfunktion och följaktligen kan rekommendera ändrade värderingar.

⁴³ Jag fruktar att definitionen av toxikotika kan vara knuten till narkomanibegreppet på sådant sätt att definitionen av narkomani blir en cirkeldefinition.

Då Bejerot inte anger någon definition av toxikotika⁴³ är värdet av hans terminologi svårt att bedöma för en medicinskt oskolad. När nedan craving-begreppet definieras med hänvisning till toxikotika sker det med en uppfordran till farmakologiexperterna om synpunkter på begreppet.⁴⁴

Narkotikertillståndet

Craving, som definieras som en ytterst stark önskan, utesluter i stort sett de tillstånd som är förbundna med t. ex. cannabisbruk eller tobaksbruk.⁴⁵ Dessa tillstånd kunde väl utelämnas, om det inte vore så att man kunde anta att vissa av dessa svagare tillstånd under speciella betingelser övergår till »addiction»-tillstånd. Cannabis har som nämnts tidigare fått en image av narkotikum och det kan vara skäl att behandla tillstånd förbundna med cannabis här. Ett svagare tillstånd, här kallat »narkotikertillstånd», skall därför definieras.

Här föreslås att denna definition skall bygga på endast »önskan» och att skillnaden mellan addiction (i fortsättningen kallad »narkomani») och narkotikertillstånd skall vara en intensitetsskillnad.⁴⁶ Denna önskan bör dock föreligga under en längre tidrymd, så att plötsligt impulsivt engångsbruk inte räknas hit. *Endast engångsbruk* bör aldrig vara tillräckligt för klassificering i denna kategori.

En person som varje vecka tar t. ex. heroin bör inte a priori räknas till narkomanerna även om vi av teoretiska skäl kan hävda att det är sannolikt att han är narkoman, inte narkotiker. Fysiskt beroende bör inte heller vara tillräckligt för att vi skall klassificera en individ som narkoman. Det är givetvis sannolikt att en individ som är fysiskt beroende och använder t. ex. heroin regelbundet är narkoman. Jag är inte så säker på att man alls kan finna fall med fysiskt beroende och bruk på t. ex. veckoslutsbasis.⁴⁷ För sorteringen får farmakologernas kunskaper om effekternas duration också spela en viktig roll.

Rimliga hypoteser om övergångar från narkotikertillståndet till narkomani-

⁴⁴ Den fråga, som här diskuteras, har bl. a. berörts av ledamoten Ettlinger, som menade att det förekom fall med bruk av andra medel än de av WHO nämnda, som dock var av principiellt samma karaktär som de »vanliga» narkomanerna. Ur vissa synvinklar skulle inte medlet betraktas som annat än ett mycket ointressant, tillfälligt fenomen. Här kan nämnas att riktningar inom psykologin, t. ex. den som ibland kallas den funktionella skolan, skulle hävda att det enda som spelar någon roll är ett fenomenens funktion för individen. Om det sedan är arbete, sex, drugs, hundar eller något annat, är ur den synvinkeln likgiltigt.

⁴⁵ Det är intressant att se hur intensivt skillnaden mellan alkohol och tobak å ena sidan och drugs å andra betonas i många sammanhang utan sakliga skäl. Den etnocentriska tendensen, svårigheten att se förbi den egna kulturens värderingar, dominerar här. Intressant är att spekulera över hur situationen med avseende på något narkotikum skulle vara i vår kultur, om det hade funnits en fast kulturell tradition som stödde bruk av detta medel. Vi har ändå få verkligt grava alkoholister i vårt land.

⁴⁶ Då det är frågan om ett kontinuum kan givetvis finare indelningar göras.

⁴⁷ K. Bruun refererar till en undersökning av Chein och Rosenfeld: »... studier över narkotikamissbruk i ungdomsgång i amerikanska storstäder visar att ungdomar kunnat använda heroin i årtal utan att bli 'hooked' ...» (i Sociala avvikelser och Social Kontroll, ed. Israel s. 304). Om dosernas storlek o. dyl. sägs inget här. Ett memento för en enkel tolkning av regelbundet heroinintagande torde detta faktum vara.

tillståndet kan formuleras. Det är väl mycket sannolikt att en heroin-narkotiker som är fysiskt beroende övergår från det svagare till det starkare tillståndet. Det är dock inte säkerställt att detta sker med nödvändighet.

»Läkemedelsmissbruk» uppfattas som en term med främst legalt intresse. Den får definieras i termer av individer eller institutioner som inom en given kultur har rätt att ordinera mediciner. Narkoman och narkotiker blir därigenom *inte* underklasser till läkemedelsmissbruk, då det kan förekomma narkomanier som etablerats av läkare och då det bland toxikotika finns medel som inte betraktas som läkemedel. Relationerna kan åskådliggöras på följande sätt:



Avslutande anmärkningar

Denna diskussionspromemoria belyser främst tre tendenser i formulerandet av definitioner av »narkomani»:

1. Tendensen att inte skilja på definitionsmässiga, dvs. icke-empiriska samband, å ena sidan och empiriska å den andra.

En sådan tendens ger lätt upphov till tautologa resonemang och icke-falsifierbara teorier. Satsen som nämner karakteristika hos ett givet fenomen, utan att det anges om dessa karakteristika är empiriskt eller definitionsmässigt relaterade till fenomenet i fråga, ger gärna upphov till skendiskussioner, baserade på semantiska missförstånd. Anta att två personer, A och B, utgående från en viss definitionsliknande sats, diskuterar vårdåtgärder för narkotikamissbrukare. A hävdar att medicinsk vård i inskränkt mening ofta ej är nödvändig vid narkotikaberoende, medan B hävdar att alla fall av narkotikaberoende är en snävt medicinsk angelägenhet. Efter lång diskussion hänvisar B till att narkotikaberoende i egentlig mening är ett fysiskt beroende av narkotika med en mängd somatiska komplikationer, detta enligt definitionen, och att det följaktligen är ett problem av medicinsk karaktär. A vill självfallet inte förneka att om narkotikaberoende definieras på det sättet, så är det ett medicinskt problem. Men A har fattat det fysiska beroendet och de somatiska komplikationerna som till narkotikaberoende empiriskt relaterade fenomen. A menar vidare att många fall av definitionsmässiga beroendetillstånd inte utmärks av fysiskt beroende och somatiska komplikationer och det är dessa fall A främst varit intresserad av. Många viktiga beslut fattas i samband med sådana muntliga diskussioner där inte möjligheten och ibland inte viljan till upptäckt av sådana semantiska svårigheter finns. I komplexa teorier uppstår också, på grund av svårigheten att överblicka teorin, problem av detta slag.

2. Tendensen att för tidigt binda definitioner till en viss referensram och sedan sprida denna definition som definitionen framför andra. Denna tendens

hänger samman med den föregående. Ett visst fenomen betraktas under en viss tid som ett fenomen vilket hör till en viss disciplin. Fenomenet tenderar efterhand att definieras i termer av den disciplinens referensram och definitionen sprids. En situation kan uppstå där det kan bli själv motsägande att hävda att det finns rimliga förklaringar av fenomenet formulerade inom andra referensramar eller andra discipliner. Ett slags vetenskaplig blindhet kan bli följden: de sidor av det ursprungliga problemet som inte passar i referensramen upptäcker man inte eller talar man inte om. För att göra resonemanget mer konkret: narkomani har vid en viss tidpunkt betraktats som ett farmakologiskt problem. Viktiga sidor av narkomaniproblemet behandlas kanske vid en viss tidpunkt inte bäst inom en farmakologisk referensram. En allmänt spridd definition av narkomani⁴⁸ gör dock problemet knutet till denna referensram, så att den som uppmärksammar andra sidor av problemet tvingas kämpa mot en allmänt spridd definition. Intresseramen, uppfattningen av det sociala problemet eller det vetenskapligt intressanta fenomenet, motiverar kanske ej alls denna bundenhet till en viss referensram. Vad som vid en given tidpunkt är den bästa förklaringen eller en god förklaring bör ej alltför lättvindigt inkorporeras i definitionen på sådant sätt att andra konkurrerande förklaringar ej får fritt spelum. Ofta antas för närvarande utan empirisk demonstration två referensramar vara de riktiga: farmakologins och den psykiatriska patologiins. Definitionerna av narkomani inkorporerar då element från dessa referensramar. De avslutande definitionsförslagen i denna promemoria söker undvika denna bundenhet till speciella discipliner.

3. Tendensen att bygga in socialpolitiska värderingar i definitionerna.

Denna tendens illustreras bl. a. diskussionen av WHO:s definitioner. Den sammanhänger också med mycket intrikata problem som har att göra med att de vetenskapliga problemen upptäcks och formuleras utifrån en viss kulturs ståndpunkt eller utifrån perspektivet hos en viss normgivande grupp inom en kultur. Detta gäller i synnerhet sådana områden som brukar uppfattas som sociala problem. Diskussionen s. 31 är avsedd att visa på dessa vetenskapsteoretiska problem. En mer ingående diskussion torde i detta sammanhang inte fylla ett praktiskt syfte.

De avslutande definitionsförslagen illustrerar den kända tesen att det är lättare att analysera och kritisera än att formulera goda alternativ. Dessa definitioner saknar vissa av bristerna hos de kritiserade definitionerna, men har kanske samtidigt blivit alltför tomma på deskriptivt innehåll. Analysen av önskedimensionen 191—192 borde föras vidare för att visa på de eventuella positiva möjligheterna av att använda en beroendedimension skild från önskedimensionen. I det sammanhanget torde en typologi redovisad av Chein et. al.⁴⁹ ge en god utgångspunkt.

⁴⁸ Det har påpekats för mig att WHO:s uttryck »a condition resulting from the repeated consumption of a drug» (s. 189 denna PM) kan uppfattas som ett påpekande om vilken typ av kausal faktor man bör titta efter, dvs. här blir det fråga om en klart farmakologisk förklaringsmodell.

⁴⁹ The Road to H. s. 25—29.

Definitionsförslag

Nedanstående definitioner skall gälla individer som brukat toxikotika åtminstone en gång.

1. *Narkomani*

= def.¹ en under längre period bibehållen intensiv önskan (begär) hos en individ att tillföra sin kropp toxikotika

2. *Fysisk narkomani*

= def. en under längre period bibehållen intensiv önskan (begär) hos en individ att tillföra sin kropp toxikotika och ett samtidigt fysiskt beroende av toxikotika

Definition 2 anger endast en undergrupp till fenomenen definierade i definition 1.

3. *Narkoman*

= def. individ som karakteriseras av narkomani enligt definition ovan

4. *Fysisk Narkoman*

= def. individ som karakteriseras av fysisk narkomani enligt definition ovan

5. *Narkotikertillstånd*

= def. en under längre period bibehållen ej så intensiv önskan hos en individ att tillföra sin kropp toxikotika

6. *Fysiskt narkotikertillstånd*

= def. en under längre period bibehållen ej så intensiv önskan hos en individ att tillföra sin kropp toxikotika och ett samtidigt fysiskt beroende av toxikotika

7. *Narkotiker*

= def. individ som karakteriseras av narkotikertillstånd enligt definition ovan

8. *Fysisk narkotiker*

= def. individ som karakteriseras av fysiskt narkotikertillstånd enligt definition ovan

9. *Narkotikabrukare*

= def. individ som är narkoman eller narkotiker enligt definition ovan

10. *Läkemedelsmissbruk*²

= def. införande i kroppen av läkemedel utan ordination eller tillåtelse av individ eller institution som i en given kultur givits rätten till ordination eller tillståndsgivande.

¹ » = def.» utläses »är definitionsmässigt lika med».

² Utesluter definitionen t. ex. smuggel i vagina?

»Läkemedel» skall i definition 10 beteckna läkemedel av typ eller mängd som kräver ordination eller tillåtelse av i definitionen bestämd typ.

11. *Läkemedelsmissbrukare*

= def. individ som utfört handling som betecknas som läkemedelsmissbruk enligt definition ovan.

Kommentarer: Intet av de under punkterna 1—9 definierade begreppen skall konnotera sjukdom, skadlighet eller nödvändighet av samhällsingripande.

Att »narkomani» och »narkotikertillstånd» definieras med hjälp av olika intensitet hos samma dimension skall inte konnotera att de ur andra synvinklar, t. ex. socialpolitiska, är likvärdiga. På samma vis som det är en avgörande gradskillnad mellan t. ex. att köra bil i 30 km hastighet och att köra bil i 250 km hastighet eller att döda ett ettårigt barn och att döda ett fyra månader gammalt foster kan det vara en *avgörande* skillnad mellan vissa narkomani-tillstånd och vissa narkotikertillstånd.

Definitionerna konnoterar vidare inget ställningstagande till frågan om den vetenskapliga referensramen för att behandla de definierade fenomenen. Problemområdet bestäms följaktligen inte som a priori medicinskt, psykiatriskt, psykologiskt eller sociologiskt.

Om WHO:s definition av 1964 skall införas föreslås följande tolkning och formulering:

WHO 1. *Läkemedelsberoende*

= def. en under längre period bibehållen önskan hos en individ att tillföra kroppen »drugs» eller fysiskt beroende av »drugs» hos en given individ

(»Eller» avser i definition WHO 1 det inklusiva »eller».)

WHO 2. *Narkomani*

= def. en under längre period bibehållen önskan hos en individ att tillföra kroppen »drugs» och ett hos samma individ samtidigt fysiskt beroende av »drugs»

WHO 3. *Fysisk narkomani*

= def. en given individs fysiska beroende av »drugs», utan samtidigt önskan att tillföra kroppen »drugs»

WHO 4. *Psykisk narkomani*

= def. en under längre period bibehållen önskan att tillföra kroppen »drugs» utan samtidigt fysiskt beroende

Kommentar: »Önskan» så som ordet används i ovanstående fyra definitioner konnoterar ingen speciell styrkegrad eller intensitet.

LITTERATUR

1. Becker, H. S., *Outsiders*, 1963
2. Becker, H. S. ed., *The Other Side*, 1964
3. Beecher, H. K., *Measurement of Subjective Responses*, 1959
4. Bejerot, N., *Aktuell toxikomaniproblematik*, stencil, 1965
5. Bruun, K., *Alkoholism och narkomani*, 1964. Ingår i ref. 10
6. Chein, I. et al., *The Road to H*, 1964
7. Frey, T., *Om narkomani-eufomani*, Svenska Läkartidningen nr 48, 1960
8. Goldberg, L., *Diskussions-PM, Definitioner*, stencil, Medicinalstyrelsens narkomanvårdskommitté, 1966
9. Hempel, C. G., *The Theoretician's Dilemma*, 1958. Ingår i ref. 16
10. Israel, J. ed., *Sociala avvikelser och social kontroll*, 1964
11. Kaplan, A., *The Conduct of Inquiry*, 1964
12. Lindesmith, A. R., *Opiate Addiction*, 1947
13. Lindesmith, A. R., *Problems in the Social Psychology of Addiction*, 1965. Ingår i ref. 26
14. Lindesmith, A. R., *Basic Problems in the Social Psychology of Addiction*, 1966. Ingår i ref. 20
15. Marc-Wogau, K., *Modern logik*, 1961
16. Minnesota Studies in The Philosophy of Science, Vol II, 1958
17. Møller, K., *Diskussionsinlägg*, Nordisk Medicin, 1955
18. Naess, A., *Interpretation and Preciseness*, 1953
19. Naess, A., *Empirisk Semantik*, 1961
20. O'Donnell, J. A./Ball, J. C., *Narcotic Addiction*, 1966
21. Ofstad, H., *An Inquiry into the Freedom of Decision*, 1961
22. Pap, A., *An Introduction to The Philosophy of Science*, 1963
23. Robinson, R., *Definition*, 1950
24. Rudner, R. S., *Philosophy of Social Science*, 1966
25. Rylander, *Läkartidningen* vol. 63, nr 52, 1966
26. Segerstedt, T., *Kriminalsociologi*, 1955
27. Wilner, D. W./Kassebaum, G. K., *Narcotics*, 1955
28. WHO, Techn. Rep. Ser. 21, 1950
29. WHO, Techn. Rep. Ser. 116, 1957.
30. WHO, Techn. Rep. Ser. 273, 1964
31. Winick, C., *Physician Narcotic Addicts*, 1964. Ingår i ref. 2

Fortlöpande kartläggning av intravenöst medicinmissbruk bland polisklientelet i Stockholm

Undersökning av socialläkare N. Bejerot

Undersökningen omfattar personer gripna och införda till de centrala arrest-avdelningarna. Här presenteras en preliminär sekvens symboldiagram, där samtliga omhändertaganden av män för angivna födelseår kan avläsas individuellt för perioden april 1965—juni 1966. Serien avslutas med stapeldiagram över de manliga intravenösa medicinmissbrukarnas åldersfördelning.

Bearbetningen av primärmaterialet försvåras i hög grad p. g. a. att folkbokföringsnummer som regel saknas. Ett särskilt identitetsregister måste därför byggas upp innan ett särskiljande av individer respektive intagningsstillfällen är möjligt för hela materialet. För de intravenösa missbrukarna har ett preliminärt arbetsregister lagts upp för denna underhandsrapport.

SYMBOLDIAGRAM

har byggts upp för varje undersökningsmånad. I diagrammen redovisas genom uppdelningar och symbolbeteckningar varje omhändertagande individuellt enligt följande 16 kriterier:

kön	brottstyp enligt tvåsiffrig kod
födelseår	intravenöst medicinmissbruk
nationalitet	starkt misstänkt intravenöst medicin-
undersökningsmånad	missbruk
undersökt resp. ej undersökt	förstagångsregistrering
vägrat undersökning	undersökt tidigare samma månad
omhändertagen enligt brottsbalken	undersökt tidigare samma kalenderår
omhändertagen enligt annat lagrum	undersökt tidigare föregående kalenderår

FÖLJANDE GRUNDSYMBOLER HAR ANVÄNTS

	Omhändertagen enligt brottsbalken (el BVL-lagen) ej missbrukare		Omhändertagen enligt annat lagrum (NVL, SL, UL) ej missbrukare
	missbrukare		missbrukare
	ej undersökt		ej undersökt

VARIANTER FÖR ATT BETECKNA STARKT MISSTÄNKTA FALL OCH VÄGRARE

		starkt misstänkta fall			vägrar undersökning
--	---	------------------------	---	---	---------------------

Lagrum markeras med sifferkod (se särskild förteckning) till vänster i symbolerna. Nationaliteten markeras med bokstäver (som vid bilregistrering) till höger i symbolerna. Utomeuropeiska nationaliteter har sammanförts: AF = afrikan, AM = amerikan, AS = asiat, AU = australier, ★ = statslös.

Förstagångsomhändertagande markeras utan särskild beteckning i symbolerna.

Förstagångsdiagnostiserad intravenöst medicinmissbruk redovisas med en vit punkt.

Återintagen samma månad markeras med minustecken (—) i övre vänstra kvadranten.

Återintagen samma år markeras med plustecken (+) i övre vänstra kvadranten.

Undersökt tidigare år markeras med romerska siffror i nedre högra kvadranten (1965 = I, 1966 = II etc.).

EXEMPEL

 Förstagångsomhändertagen dansk medborgare, gripen för stöld (81), ej missbrukare

 Förstagångsdiagnostiserad svensk intravenös missbrukare gripen för bilstöld (82), tidigare undersökt samma år (+) och då inte missbrukare.

 Förstagångsdiagnostiserad intravenös medicinmissbrukare, omhändertagen enligt NVL (50), undersökt även 1965 (I) och då ej missbrukare

 Ej undersökt finsk medborgare omhändertagen enligt utlänningslagen (60); starkt misstänkt för intravenöst missbruk (innehade exempelvis sprutor och spetsar).

SYSTEMATISK KODNYCKEL TILL SYMBOLDIAGRAMMEN

2-siffrig komprimerad version av Statistiska centralbyråns officiella 4-siffriga brottskod med vissa kompletteringar och uppspaltningar. *De spärrade rubrikerna representerar den officiella statistiska klassifikationen och vederbörande kodnummer motsvarar i huvudsak kapitelnumren i brottsbalken.* Dessa nummer och motsvarande kompletteringar står i kvadrater liksom i symboldiagrammen, övriga sifferbeteckningar i cirklar.

- | | |
|---|---|
| <p>03 <i>Brott mot liv och hälsa</i>
mord
dråp och dråpförsök
barnadrap
misshandel
vållande till annans död</p> <p>04 <i>Brott mot frihet och frid</i>
hemfridsbrott
olaga hot (tidigare: resande av
livsfarligt vapen)</p> <p>05 <i>Ärekränkning</i></p> <p>06 <i>Sedlighetsbrott</i>
våldtäckt
heterosexuell otukt
homosexuell otukt
otuktigt beteende
koppleri</p> <p>07 <i>Brott mot familj</i>
tvegitte, olaga giftermål</p> <p>09 <i>Bedrägeri</i>
automat-, check-, drosk-, hotell-,
post- och restaurangbedrägeri
utpressning, ocker
(ocker = narkotikaförsäljning
= 42)
häleri
trolöshet</p> <p>10 <i>Förskingring</i>
olovligt förfogande</p> <p>11 <i>Gäldenärsbrott</i></p> <p>12 <i>Skadegörelse</i>
grovt sabotage</p> <p>13 <i>Allmänfarliga brott</i>
mordbrand
allmänfarlig vårdslöshet
framkallande av fara för annan</p> | <p>14 <i>Förfalskningsbrott</i>
urkunds förfalskning
signatur- »
penning- »
Brb. 14 a</p> <p>15 <i>Mened</i>
osann eller ovarsam utsaga
misskött anmälningsplikt</p> <p>16 <i>Brott mot allmän ordning</i></p> <p>17 <i>Brott mot allmän verksamhet</i>
våld mot tjänsteman
fritagning
främjande av flykt
skyddande av brottsling
våldsamt motstånd</p> <p>18 <i>Högmålsbrott</i></p> <p>19 <i>Brott mot rikets säkerhet</i></p> <p>20 <i>Ämbetsbrott</i></p> <p>21 <i>Brott av krigsman</i></p> <p>30 <i>Trafikbrottslagen</i>
rattfylleri
smitning
olovlig körning</p> <p>32 <i>Omhändertagen enligt BVL</i></p> <p>34 <i>Omhändertagen u.n.s., polis-
instruktionen § 19 (PI 19)</i></p> <p>35 <i>Identifiering</i></p> <p>40 <i>Checklagen (övertrassering)</i>
olovlig sprittillverkning
varusmuggling
skattestrafflagen</p> |
|---|---|

- [41] Narkotikaförordningen
Olaga narkotikainnehav
- [42] Ocker = narkotikaförsäljning
- [45] Förpassning
avviken
efterspanad
efterlyst
flykt
- [46] Samhällsfarlig asocialitet
- [50] Omhändertagen enligt NVL
farlig alkoholist
- [51] Fylleri
omhändertagen berusad
- [52] Misstänkt psykiskt sjuk
- [53] Tablettfylleri
- [60] Omhändertagen enligt utlännings-
lagen
avvisning
- [62] Olaga vapeninnehav
- [65] Fripassagerare
- [70] Domstolsinställelse
Enligt lagen om villkorlig dom
straffverkställighet
Brb. 26: 12
Brb. 26: 22
Brb. 27
Brb. 28: 11
Brb. 29: 11
Brb. 30: 14
Häktad av rådhusrätten
- [80] Inbrott
- [81] Stöld (av fordon = 82,
ur fordon = 84)
misstänkt stöld
medhjälp till stöld
snatteri
bodräkt
- [82] Fordonsstöld
bilstöld
cykelstöld
mopedstöld
- [83] Rån
- [84] Stöld ur eller från fordon
- [85] Egenmäktigt förfarande

ALFABETISK KODFÖRTECKNING

Allmänfarlig vårdslöshet	13	Checklagen (övertrassering)	40
Avviken	45	Cykelstöld	82
Avvisning	60	Domstolsinställelse	70
Barnadrap	03	Dråp och dråpförsök	03
Barnmisshandel	03	Efterlyst	45
Bedrägeri	09	Efterspanad	45
Bilstöld	82	Egenmäktigt förfarande	85
Bodräkt	81	Enligt lagen om villkorlig dom	70
Brott av krigsman	21	Farlig alkoholist	50
Brott mot allmän ordning	16	Flykt	45
Brott mot familj	07	Framkallande av fara för annan	13
Brott mot rikets säkerhet	19	»Fripassagerare» (övernattning)	65
Brottsbalken 14 a	14	Fritagning	17
Brb 26: 12, 26: 22, 27 och 28: 11	70	Främjande av flykt	17
Brb 29: 11 och 30: 14	70	Fylleri (tablettfylleri = 53)	51
Butiksstöld	81	Förfalskningsbrott	14
Båtsöld	82	Förpassning	45
Checkbedrägeri	09	Förskingring	10

Grov olovlig körning	30
Grovt sabotage	12
Gäldenärsbrott	11
Hemfridsbrott	04
Häktad av rådhusrätten	70
Häleri	09
Högmålsbrott	18
Identifiering	35
Inbrott (ej i fordon)	80
Inbrott i fordon	84
Koppleri	06
Medhjälp till stöld	81
Mened	15
Misshandel	03
Misskött anmälningsplikt	15
Misstänkt psykiskt sjuk	52
Mopedstöld	82
Mord och mordförsök	03
Mordbrand	13

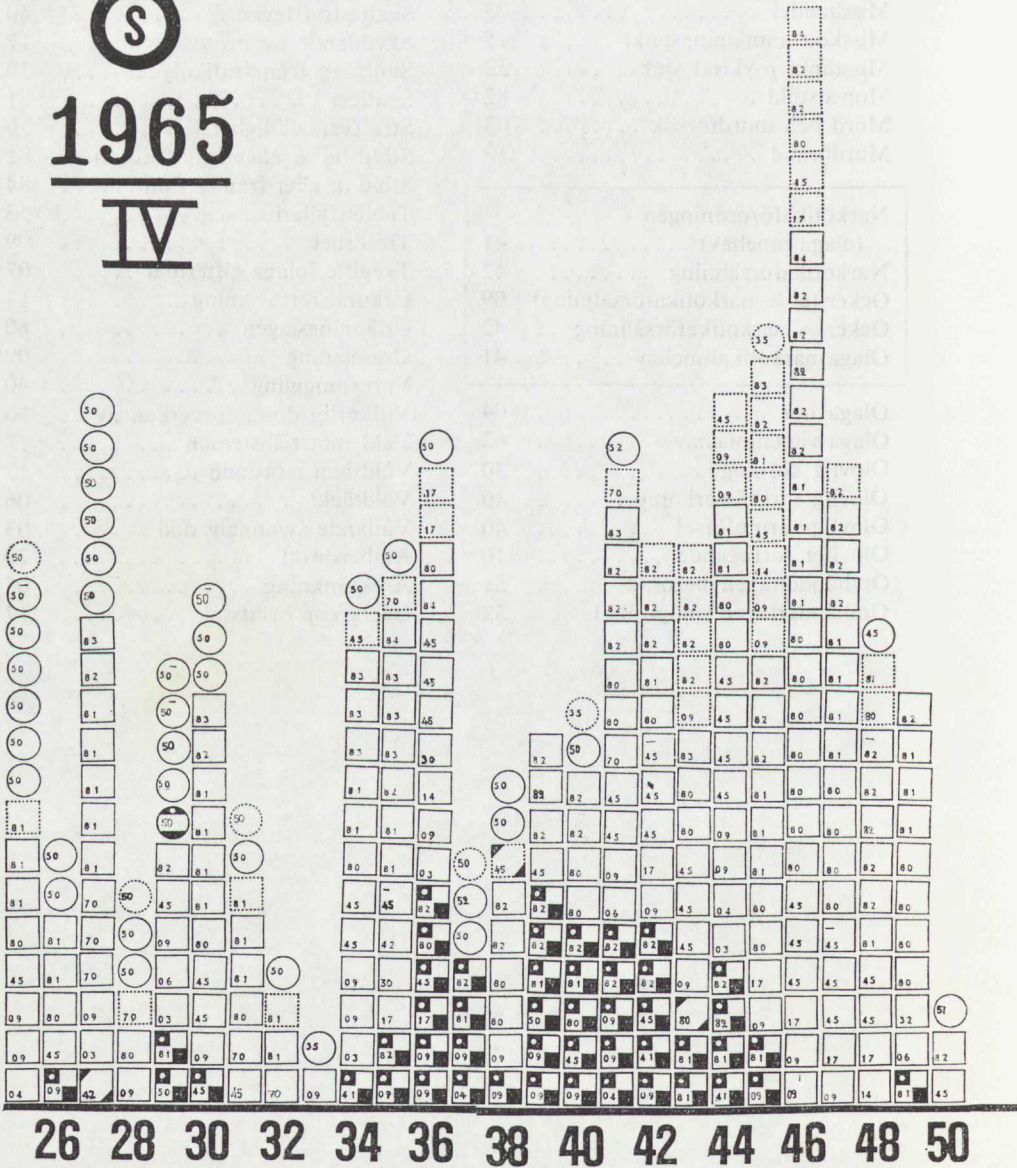
Narkotikaförordningen	
(olaga innehav)	41
Narkotikaförsäljning	42
Ocker (ej = narkotikaförsäljning) ..	09
Ocker = narkotikaförsäljning ..	42
Olaga narkotikainnehav	41

Olaga hot	04
Olaga vapeninnehav	62
Olovlig körning	30
Olovlig sprittillverkning	40
Olovlig varuinförsel	40
Olovligt förfogande	10
Omhändertagen berusad	51
Omhändertagen enligt BVL ..	32

Omhändertagen enligt NVL	
(ej fylleri)	50
Omhändertagen enligt utlänningslagen	60
Omhändertagen enligt PI § 19	34
Omhändertagen u.n.s.	34
Otukt, otuktigt beteende	06
Polisinstruktionen § 19 (PI 19)	34
Rattfylleri	30
Resande av livsfarligt vapen ..	04
Rån	83
Samhällsfarlig asocialitet	46
Skadegörelse	12
Skattestrafflagen	40
Skyddande av brottsling	17
Smitning från trafikolycka	30
Snatteri	81
Straffverkställighet	70
Stöld (ej ur eller från fordon) ..	81
Stöld ur eller från fordon	84
Tablettfylleri	53
Trolöshet	09
Tvegitte, olaga giftermål	07
Urkundsförfalskning	14
Utlänningslagen	60
Utpressning	09
Varusmuggling	40
Villkorlig dom, förverkan av ..	70
Våld mot tjänsteman	17
Våldsamt motstånd	17
Våldtäkt	06
Vållande av annans död	03
Ämbetsbrott	20
Ärekränkning	05
Övergrepp i rättssak	17



1965
IV



MAN

Svenska medborgare

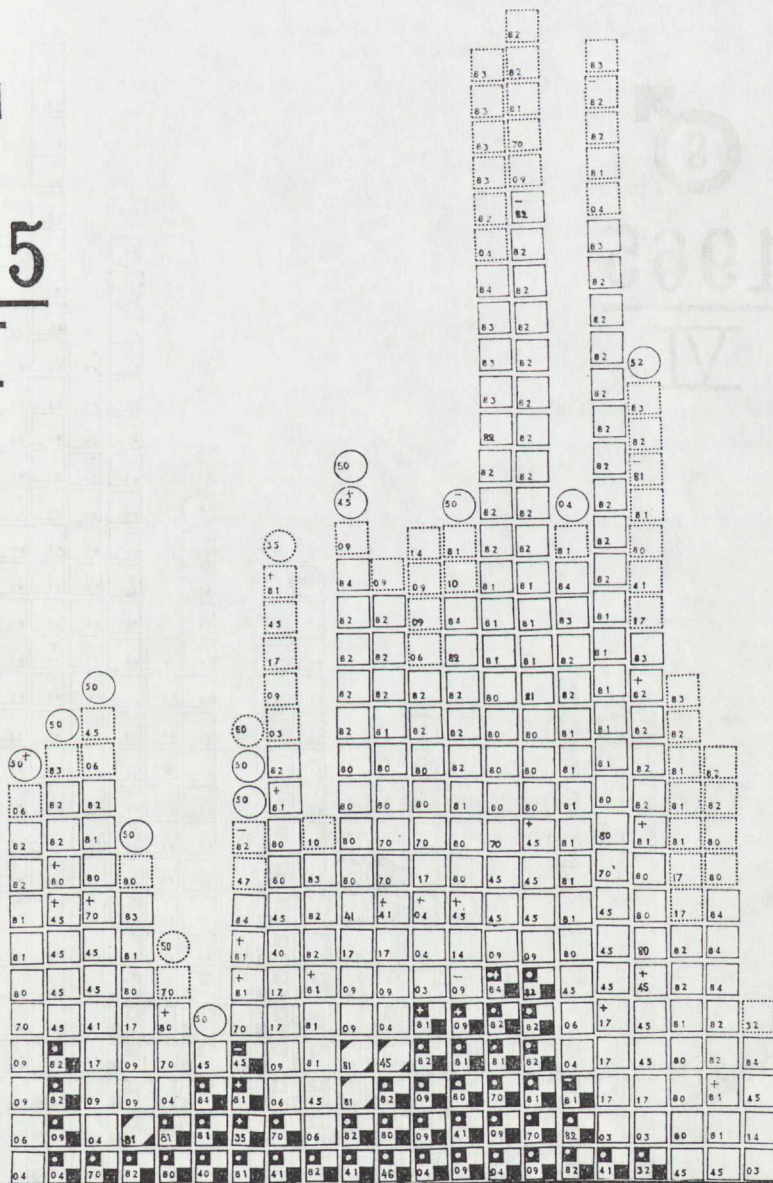
× Under maj och juni 1965 undersöktes ej personer födda före 1930.

♂
S
1965
V

×

26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50

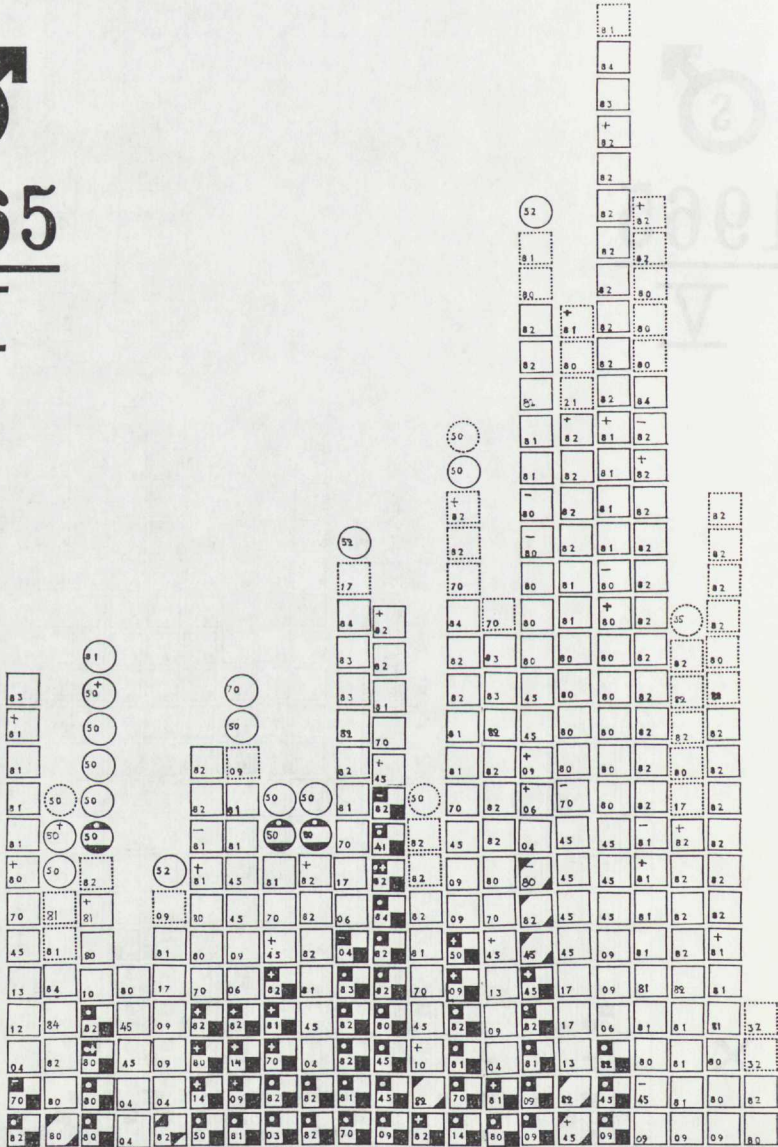
Födelseår 1925—50



× Under maj och juni 1965 undersöktes ej personer födda före 1930.

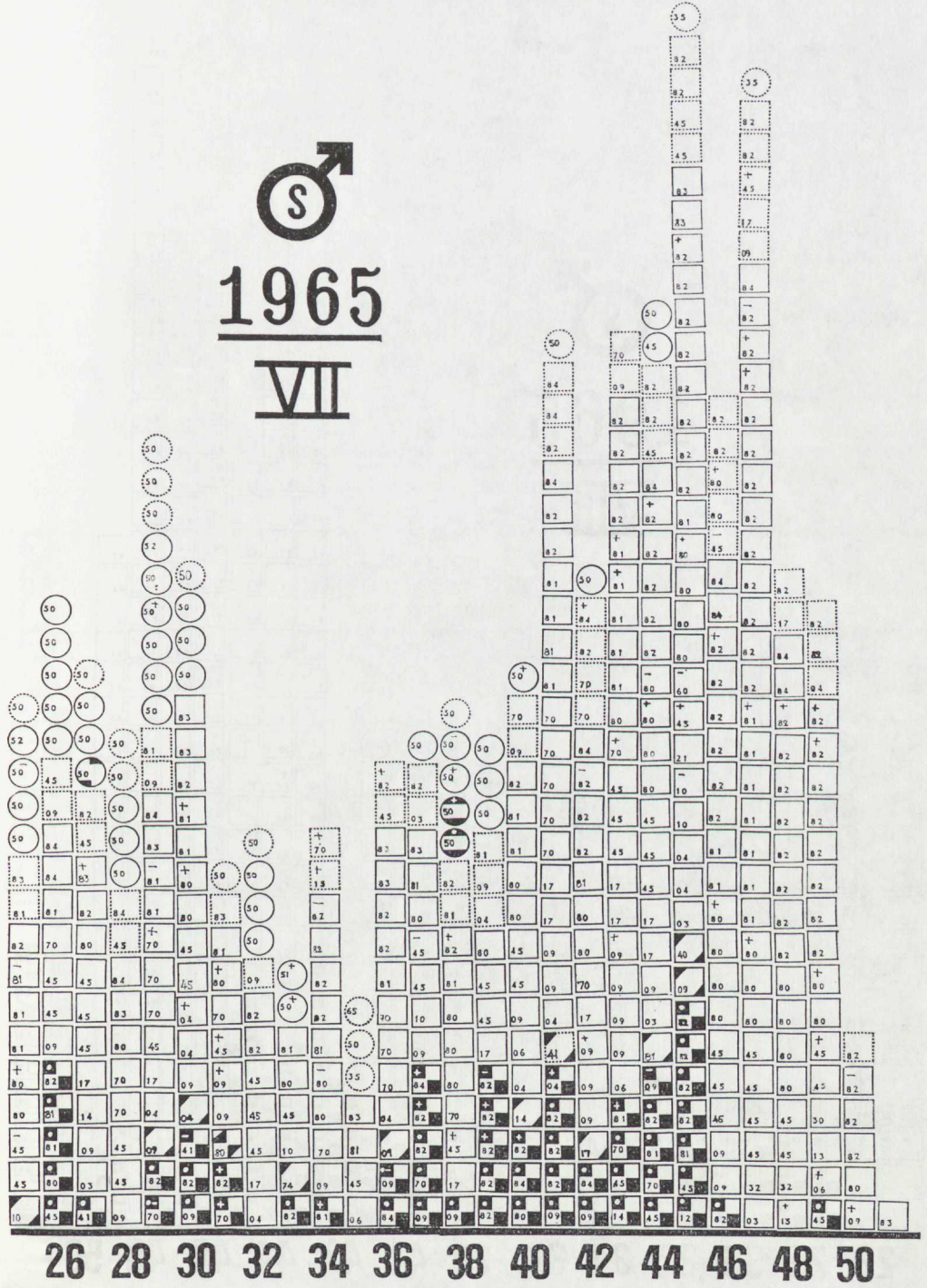
♂
1965
VI

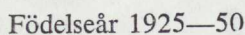
×

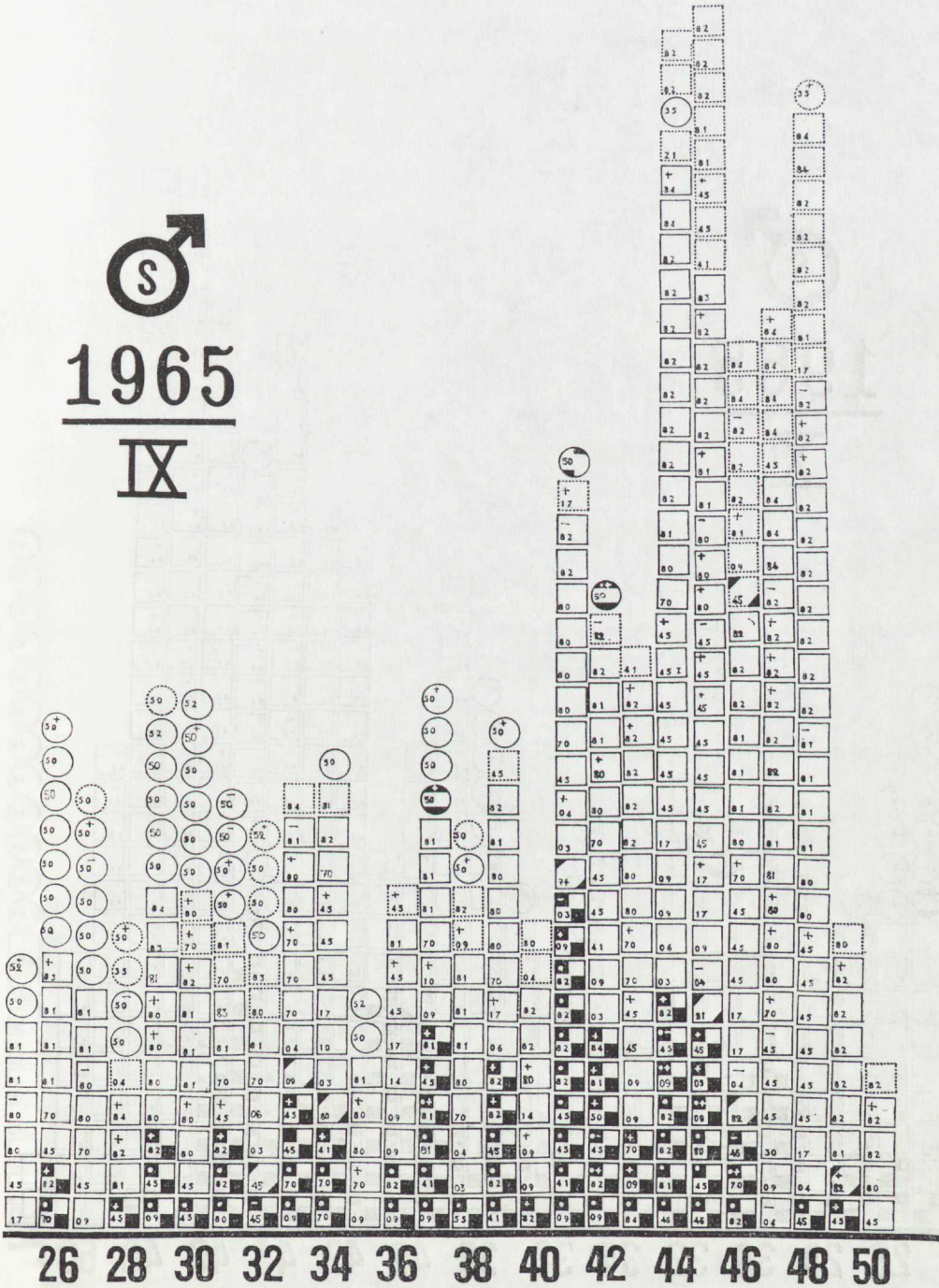


26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50

♂
1965
VII



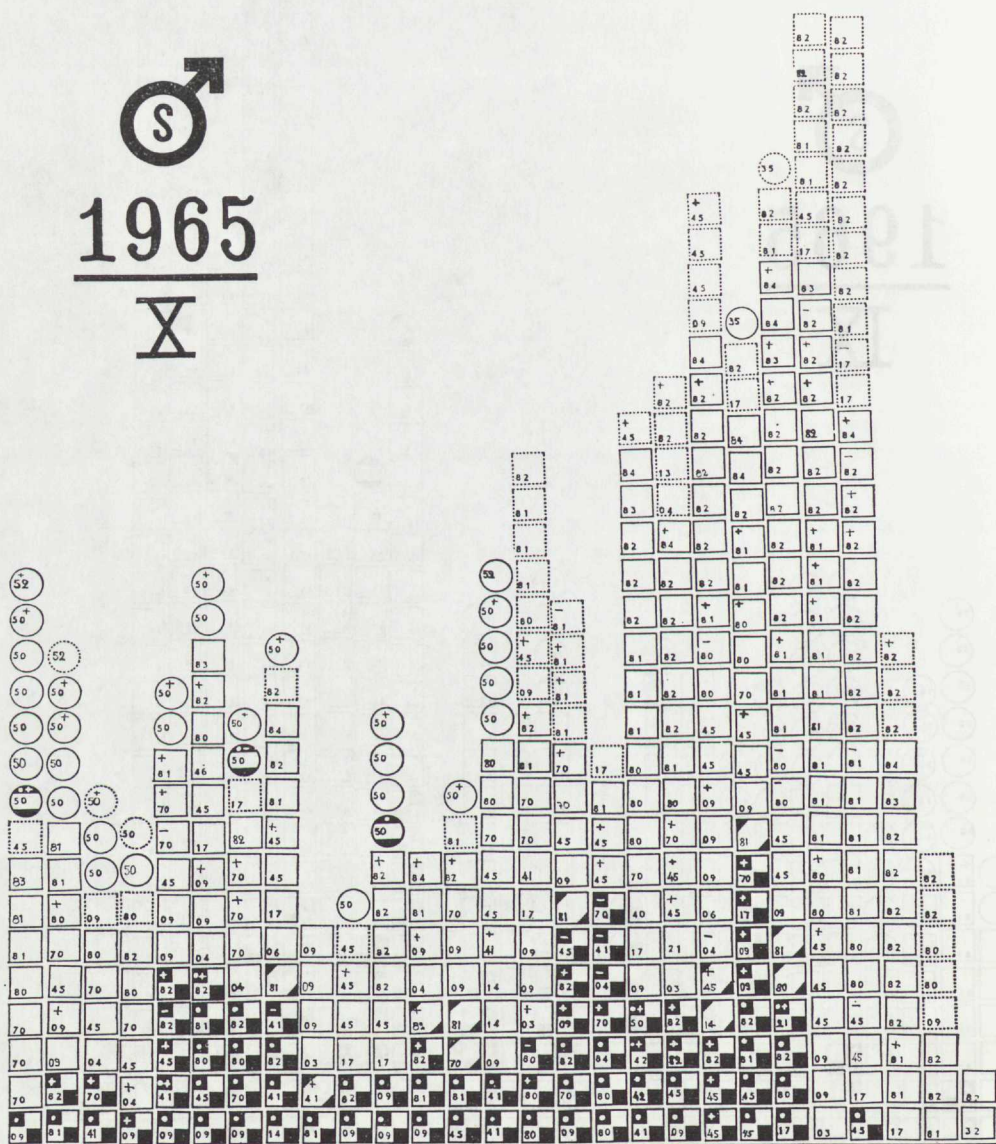






1965

X



26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50

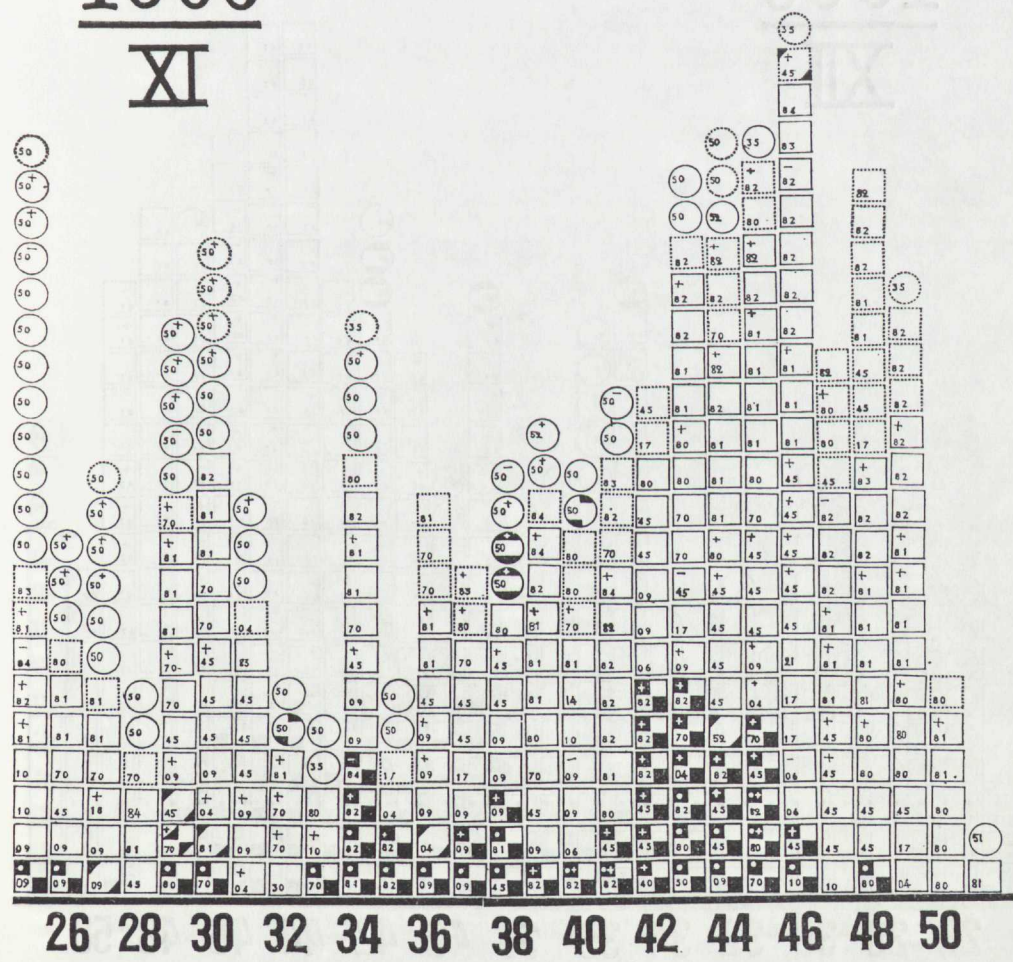
Födelseår 1925—50

MÄN

Svenska medborgare

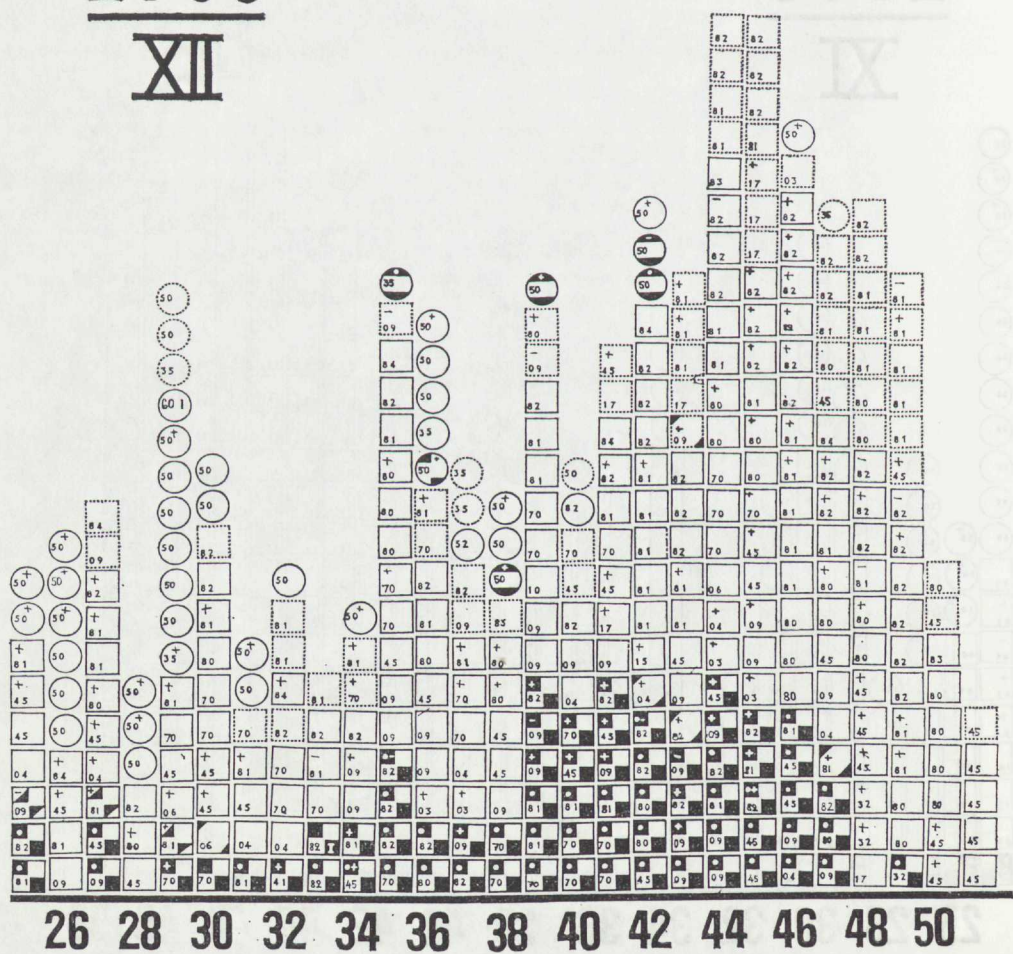


1965
 XI



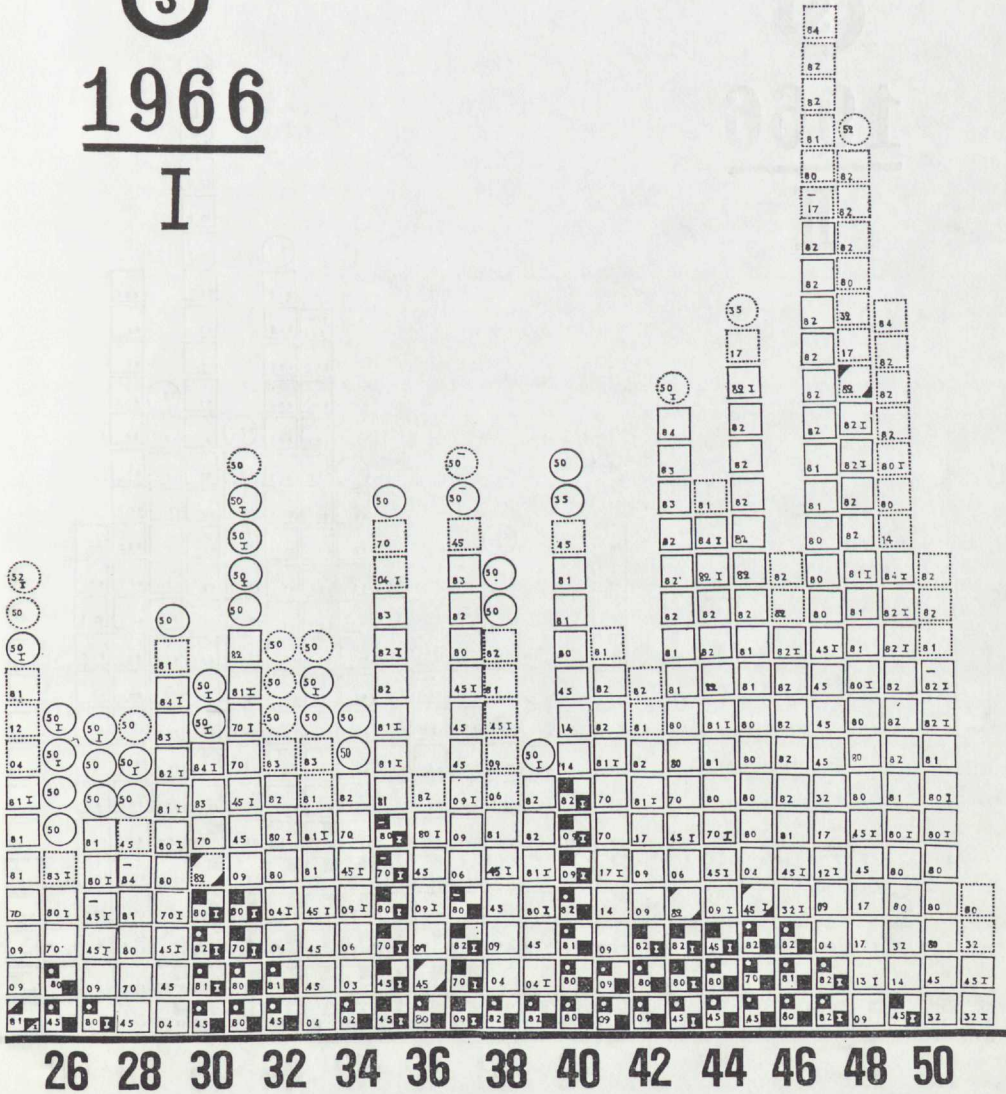
Födelseår 1925—50

♂
1965
XII



MAN
Svenska medborgare

♂
1966
I

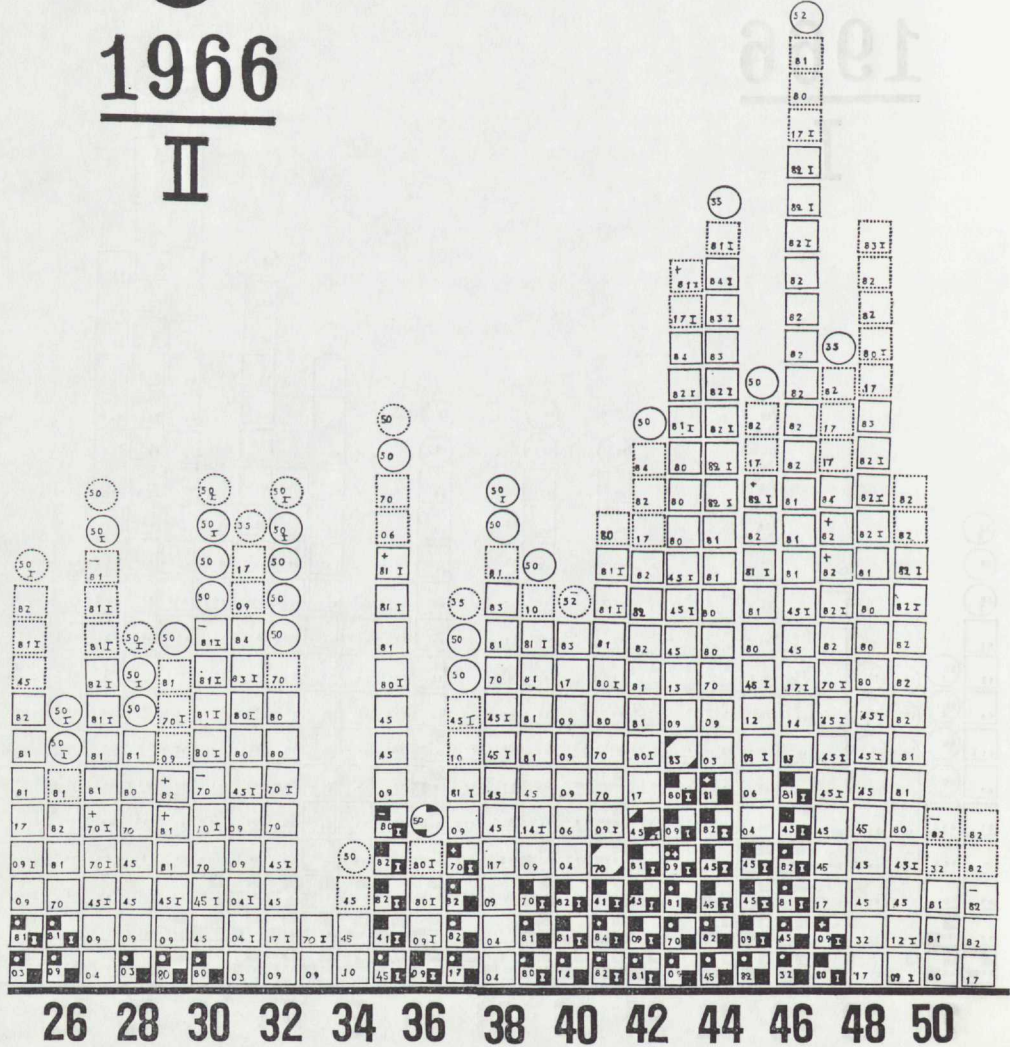


Födelseår 1925—50

♂
S

1966

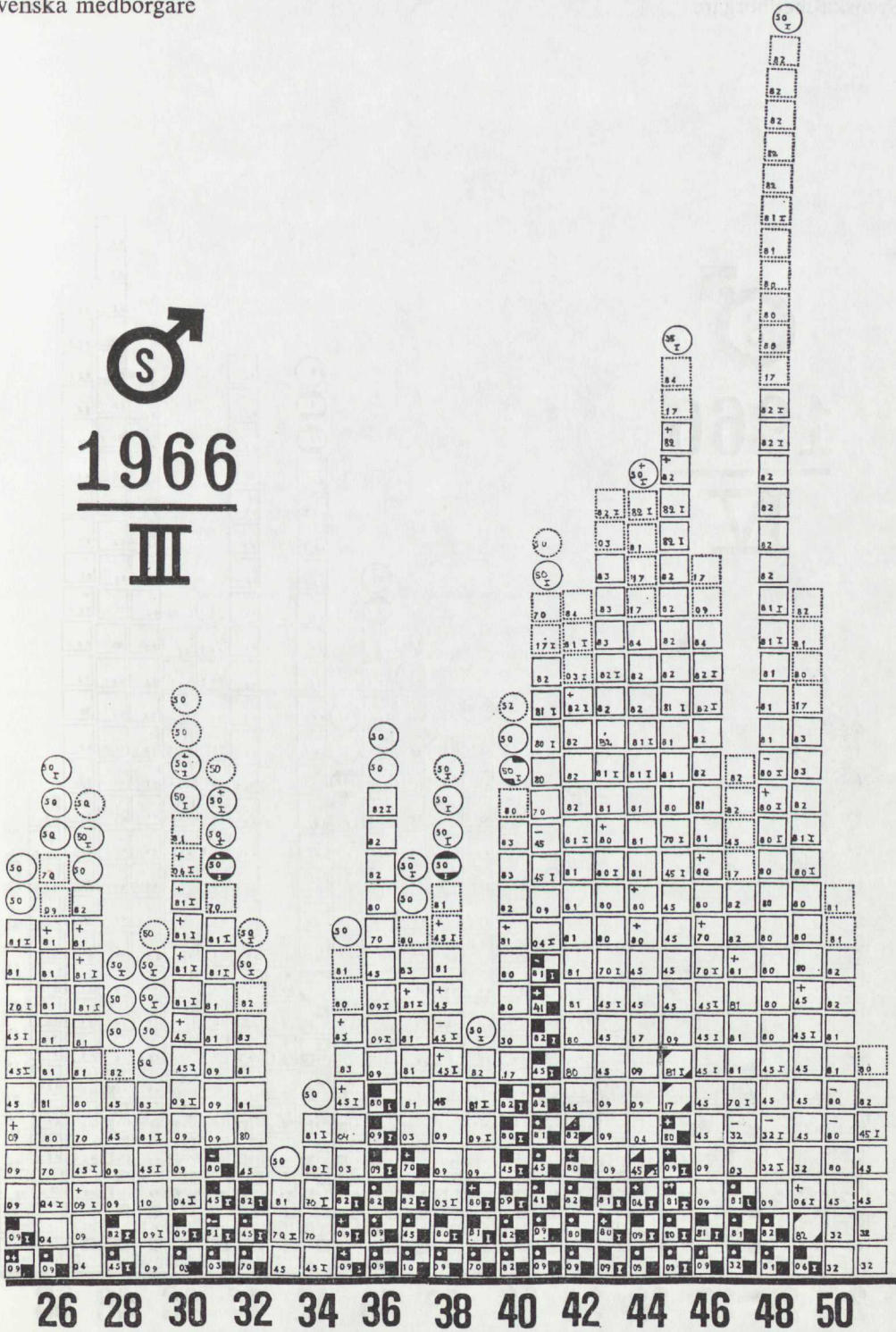
II



MAN

Svenska medborgare

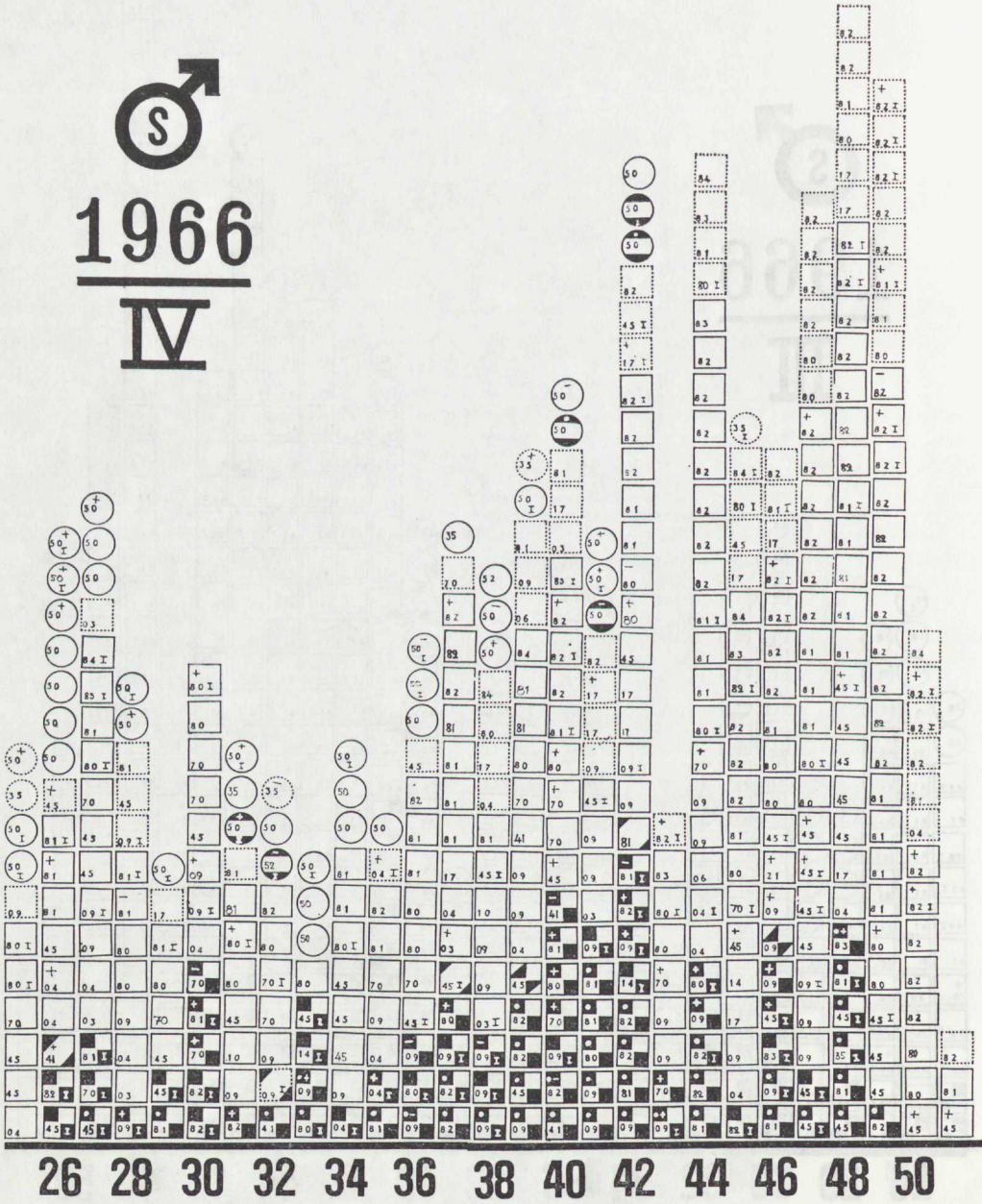
♂
1966
III



Födelseår 1925—50

1966

IV



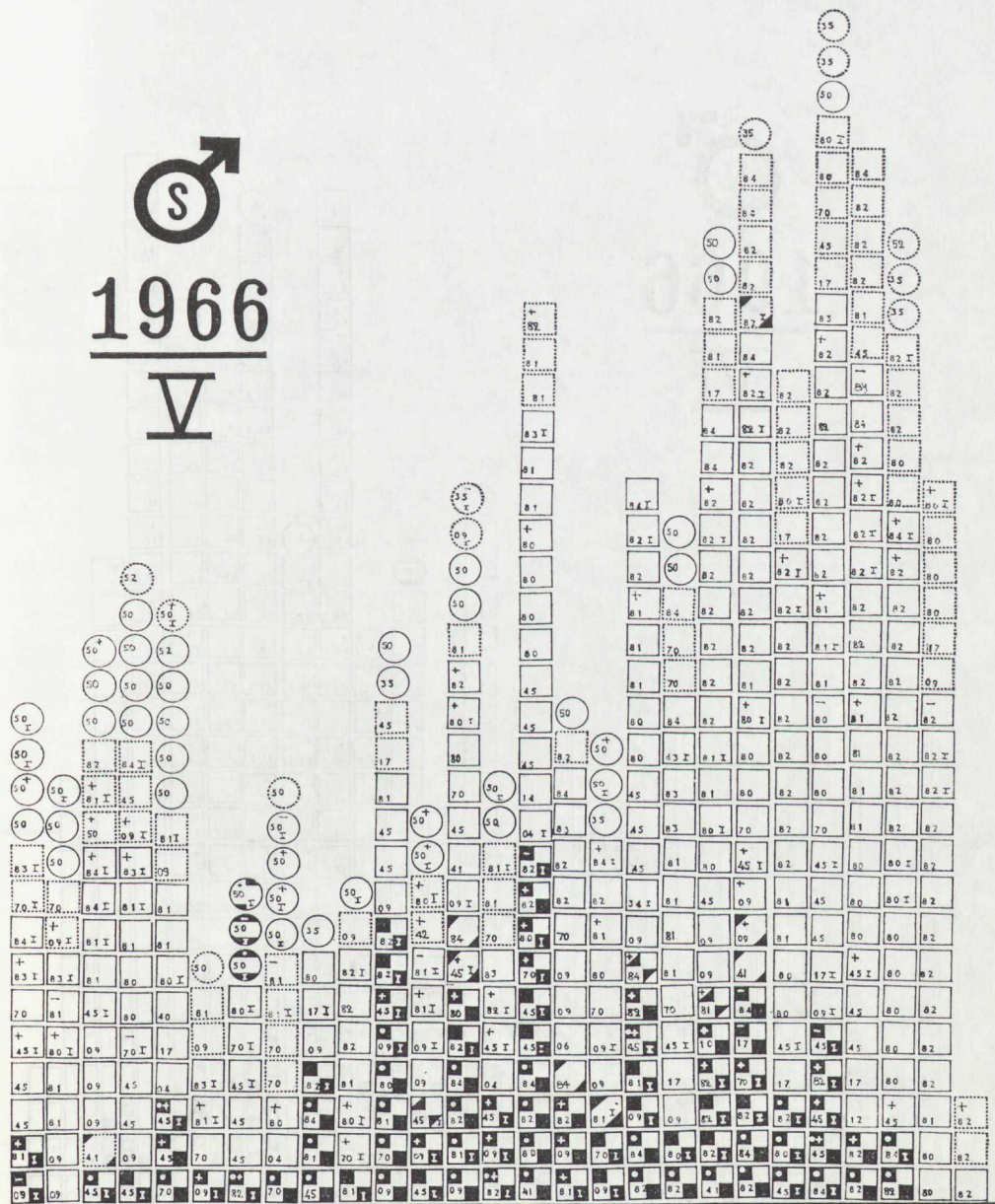
MAN

Svenska medborgare



1966

V

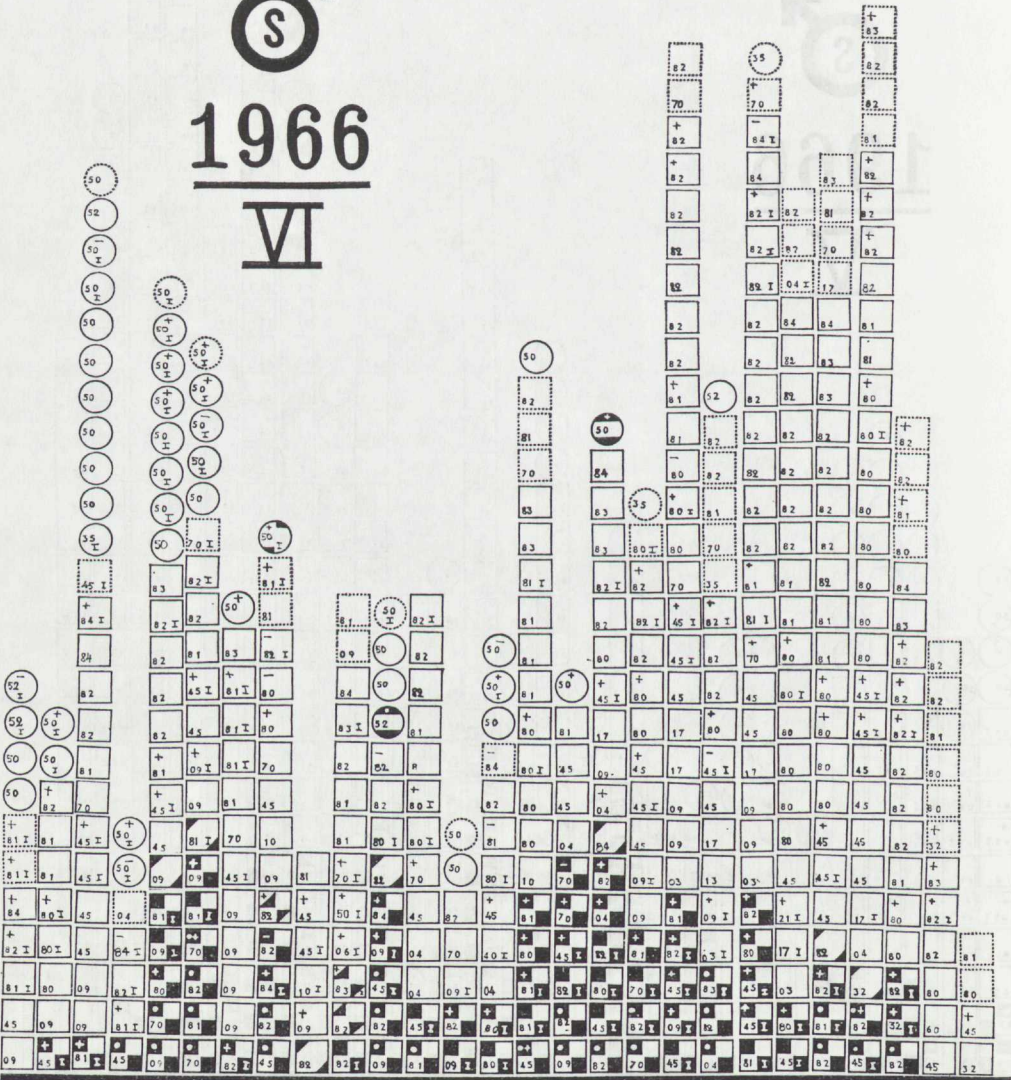


26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50

Födelseår 1925—50

1966

VI



MÄN

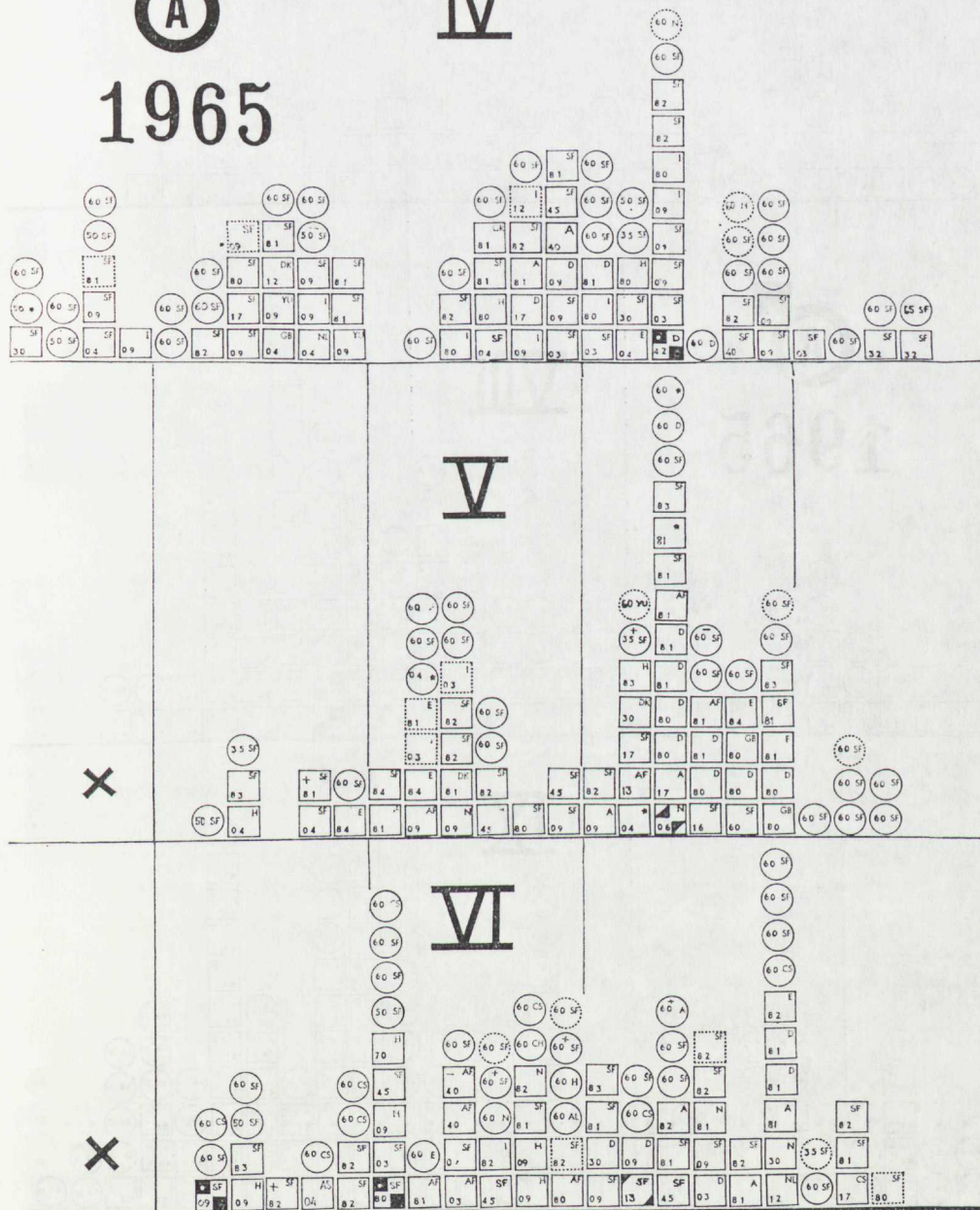
Utländska medborgare

× Under maj och juni 1965 undersöktes ej personer födda före 1930.



IV

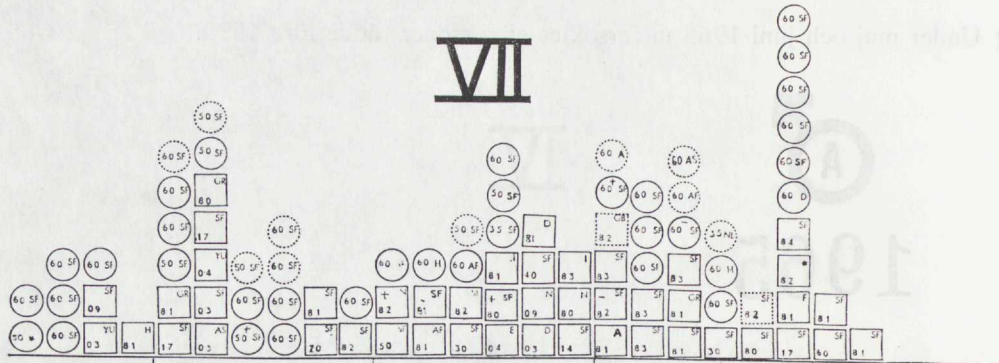
1965



26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50

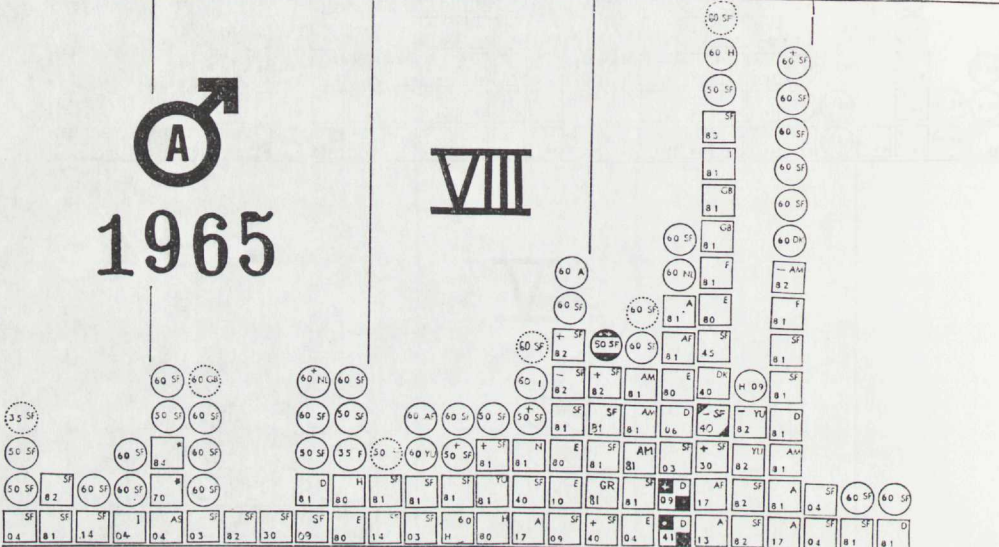
Födelseår 1925—50

VII

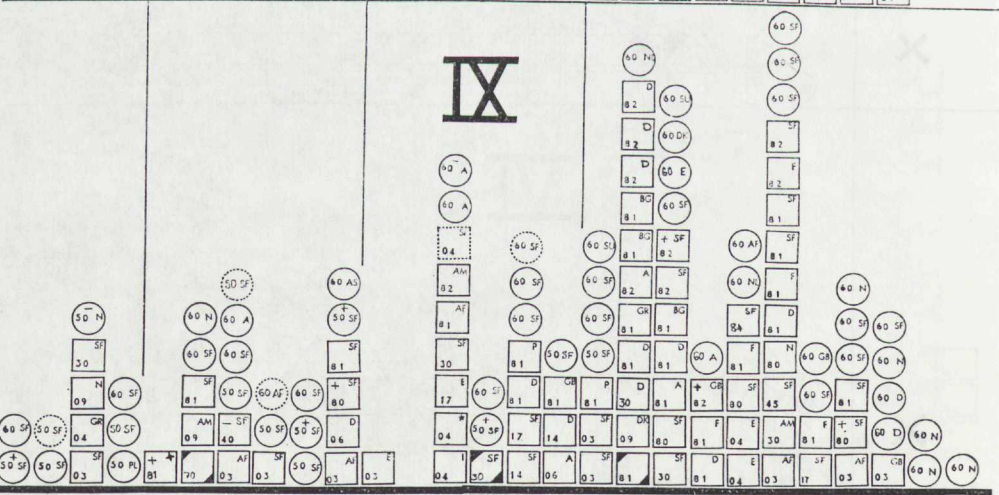


♂
A
1965

VIII



IX



26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50

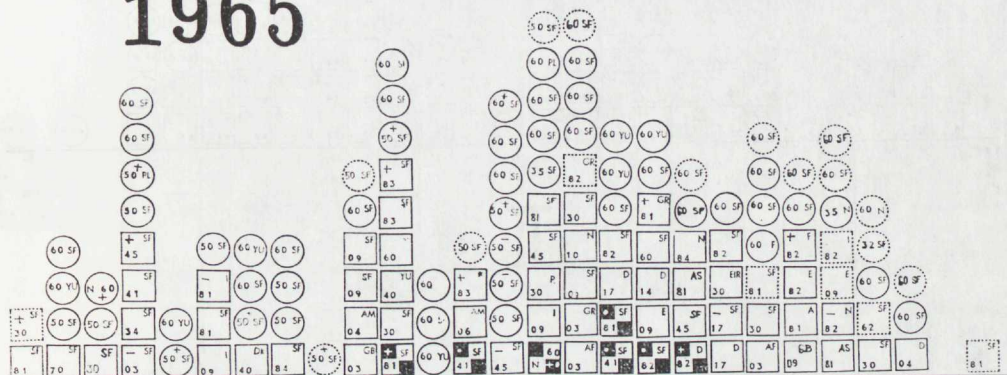
MÄN

Utländska medborgare

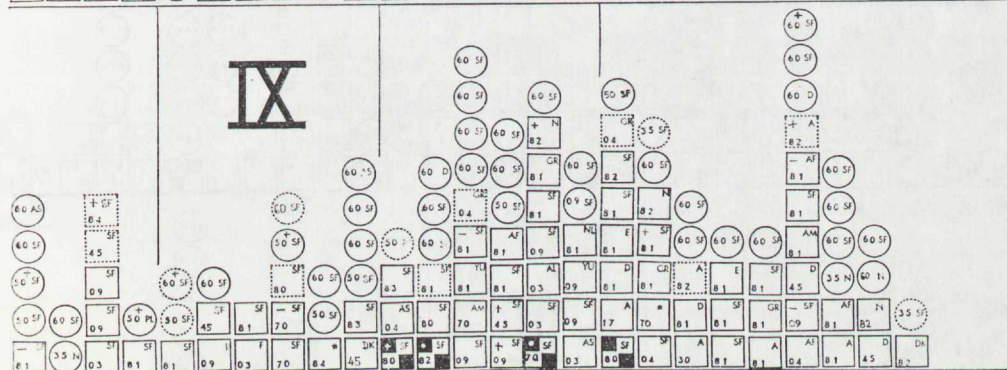


X

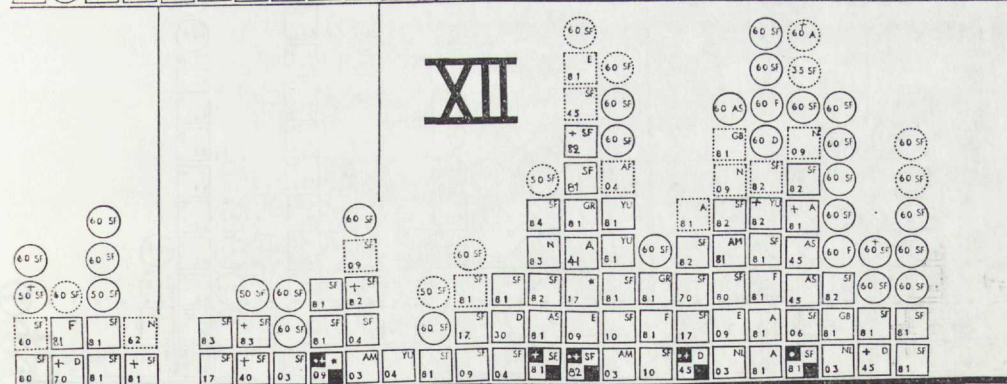
1965



IX

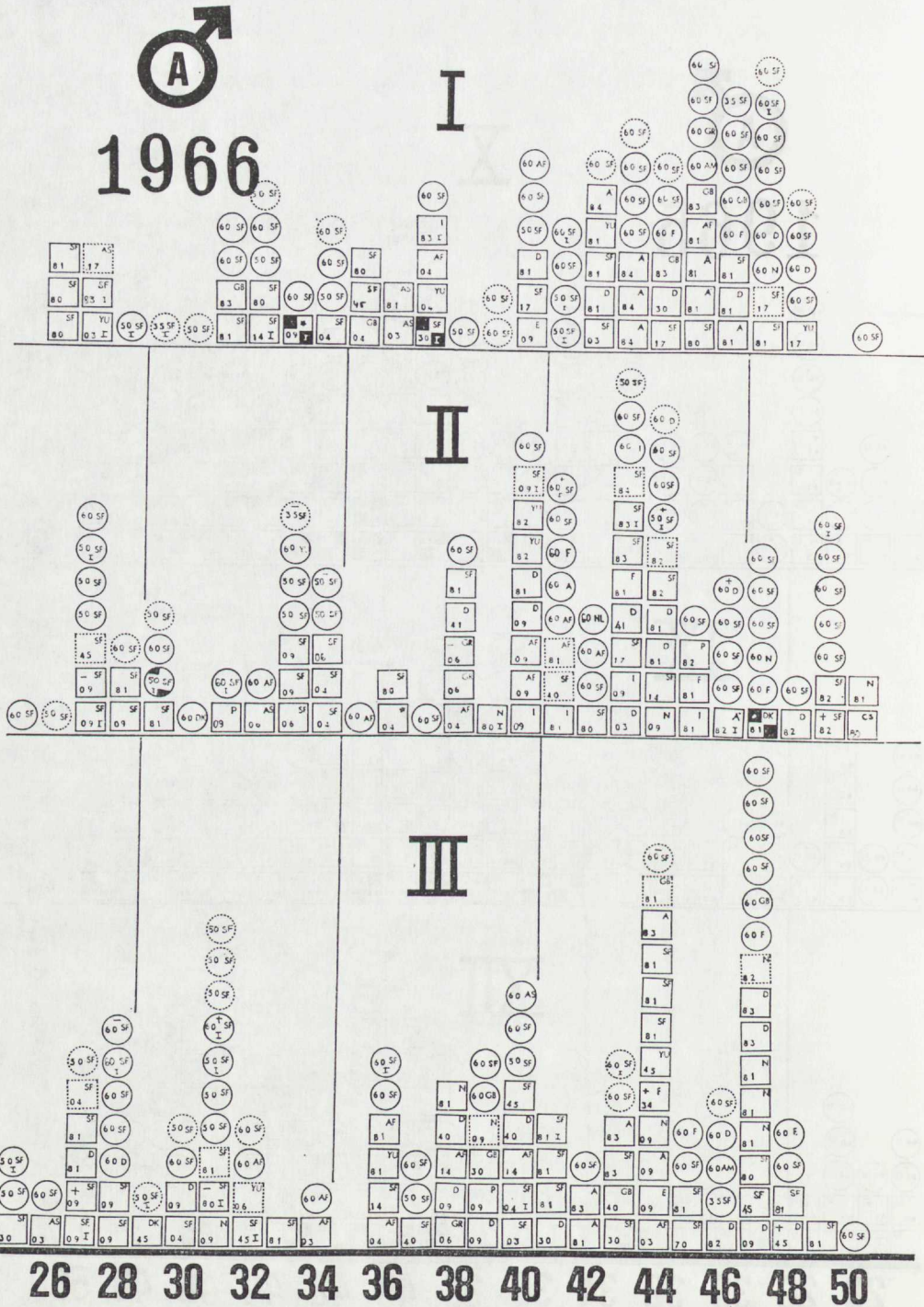


XII



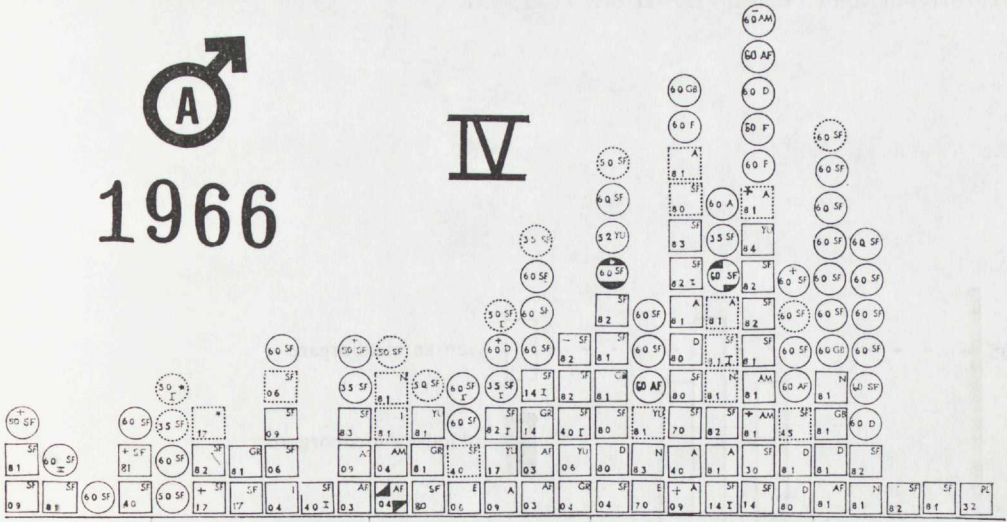
26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50

Födelseår 1925—50

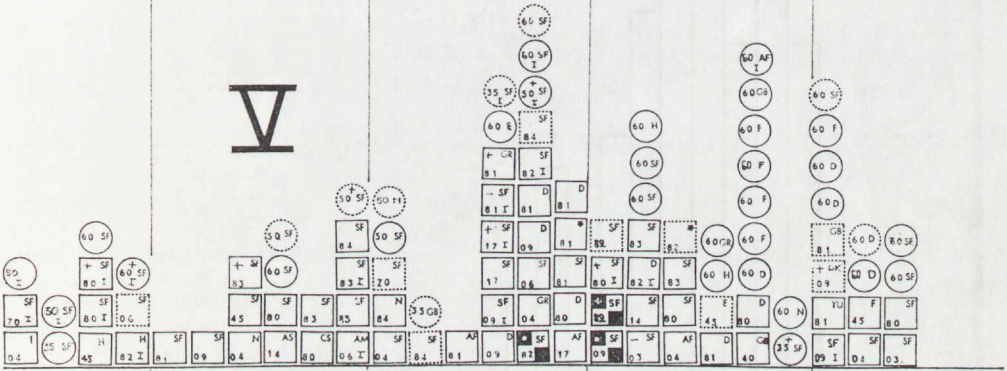


♂
A
1966

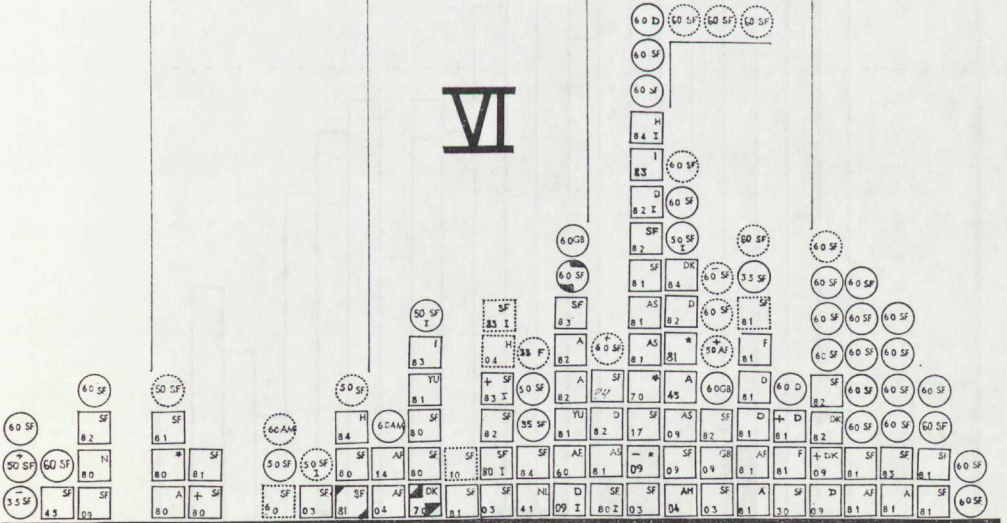
IV



V



VI



26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50

Födelseår 1925—50

Fig. 1. Nydiagnostiserade manliga intravenösa medicinmissbrukare registrerade under kvartal II, III och IV 1965.

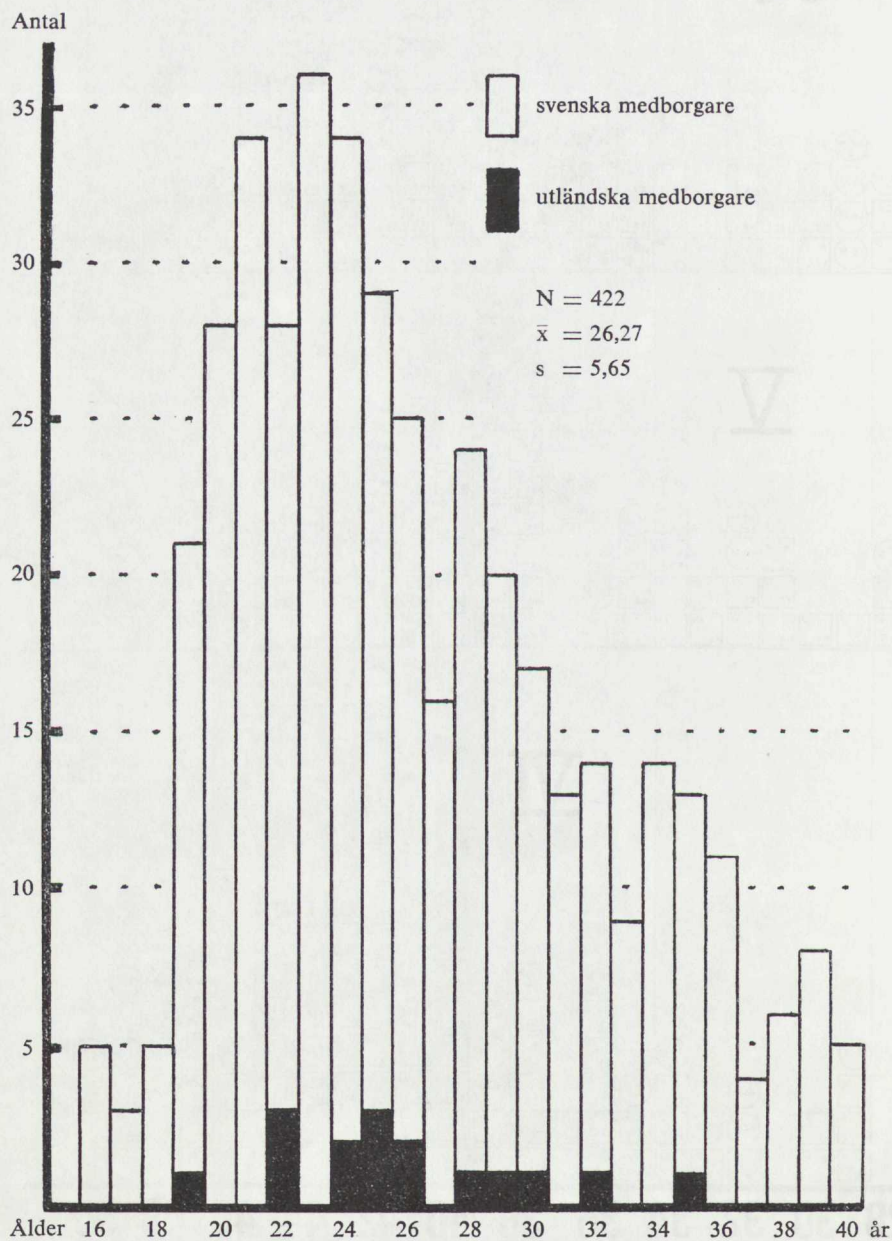


Fig. 2. Nydiagnostiserade manliga intravenösa missbrukare registrerade under kvartal I och II 1966.

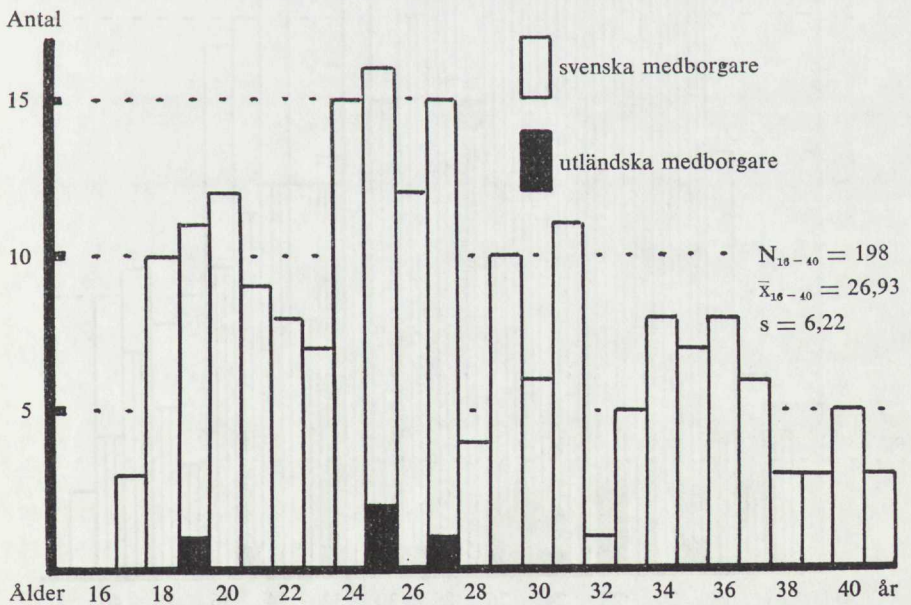


Fig. 3. Manliga intravenösa medicinmissbrukare nydiagnostiserade under perioden 1 april 1965—30 juni 1966 efter ålder.

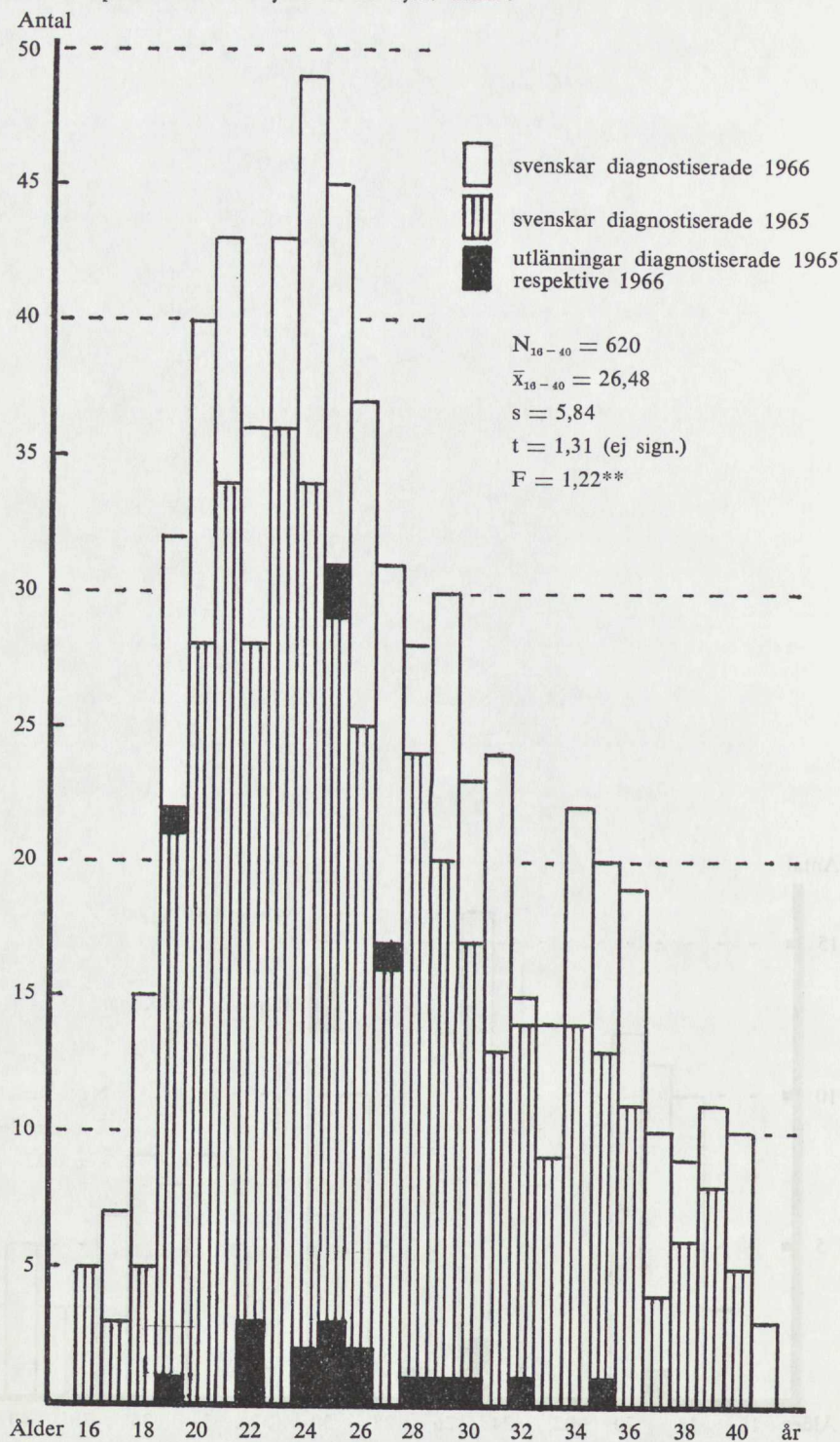


Fig. 4. Återintagna manliga intravenösa medicinmissbrukare (kvartal II, III och IV 1965). En person kan ha återtagits vid flera tillfällen.

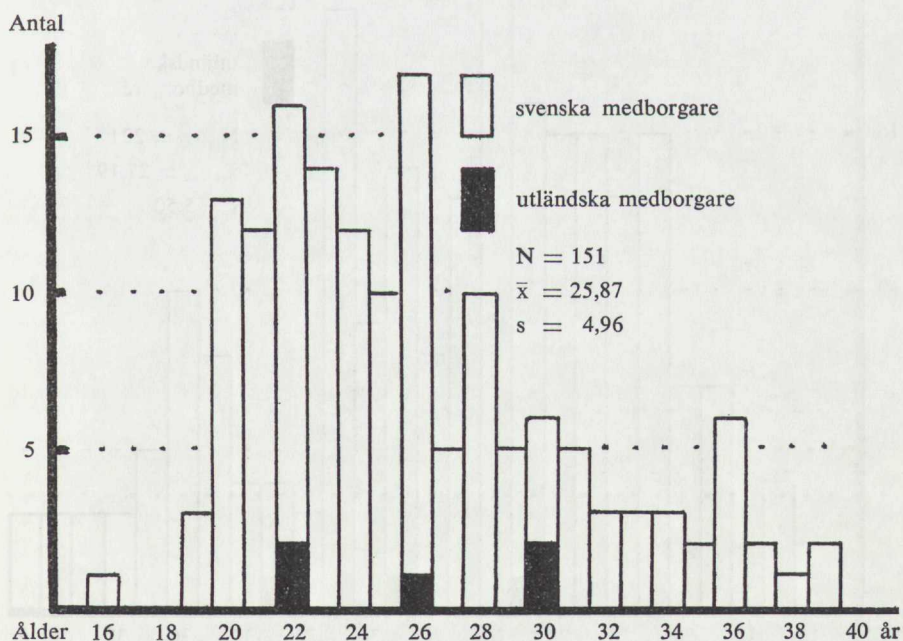


Fig 5. Återintagna manliga intravenösa medicinmissbrukare (kvartal I och II 1966). En person kan ha återtagits vid flera tillfällen.

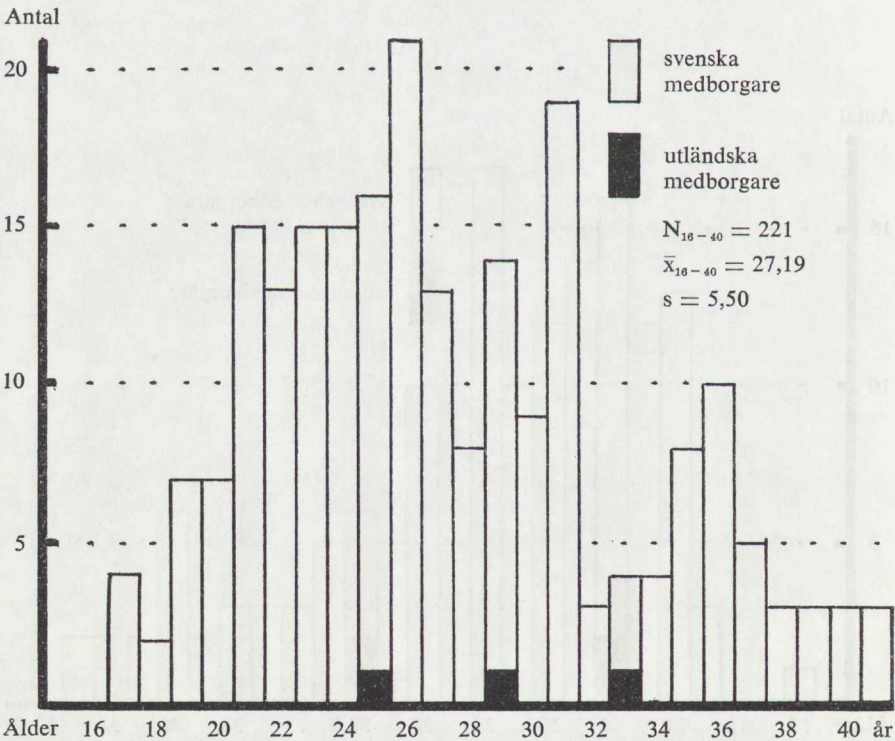


Fig. 6. Manliga intravenösa medicinmissbrukare återintagna under perioden 1 april 1965—30 juni 1966. En person kan ha återtagits vid flera tillfällen.

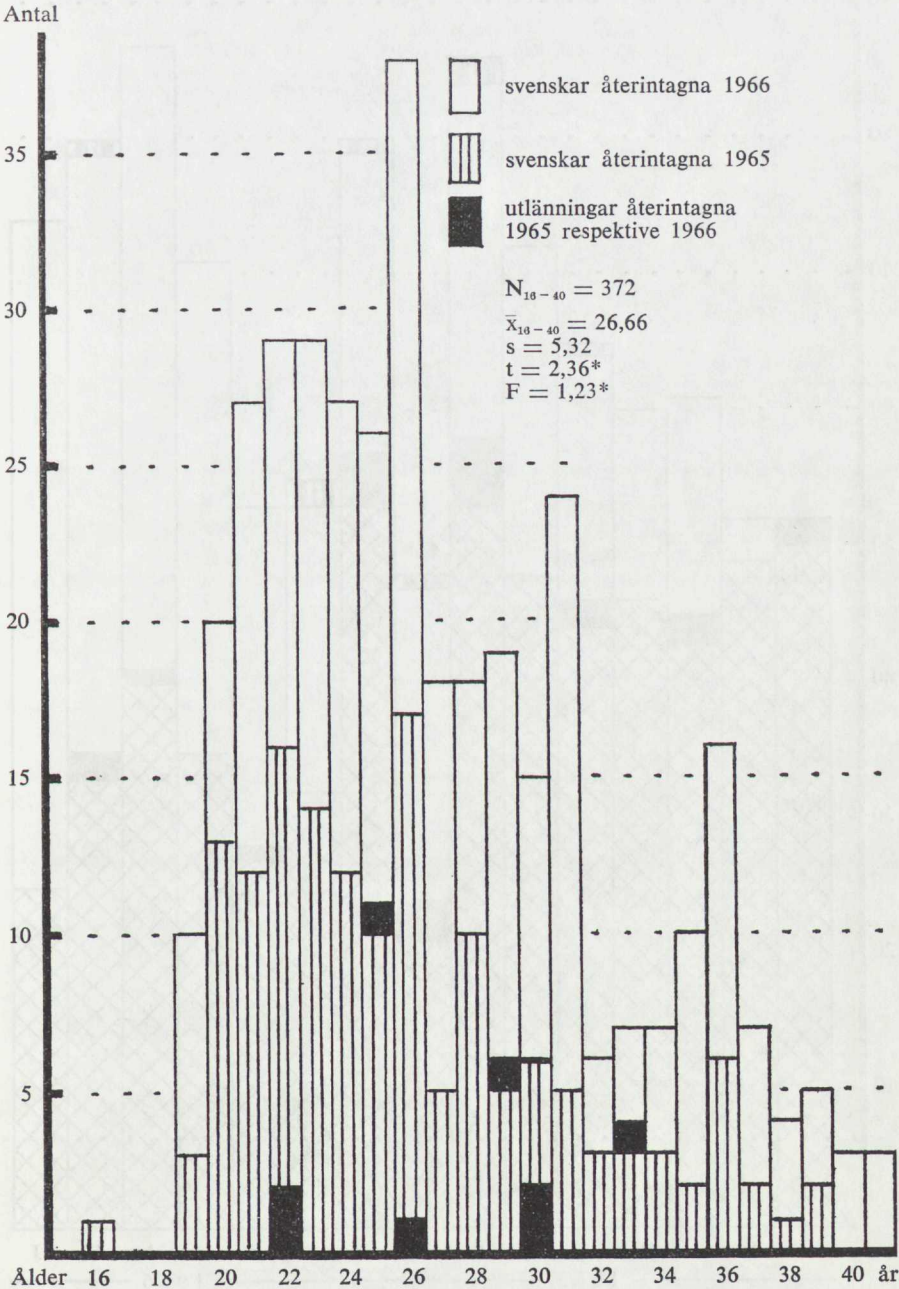
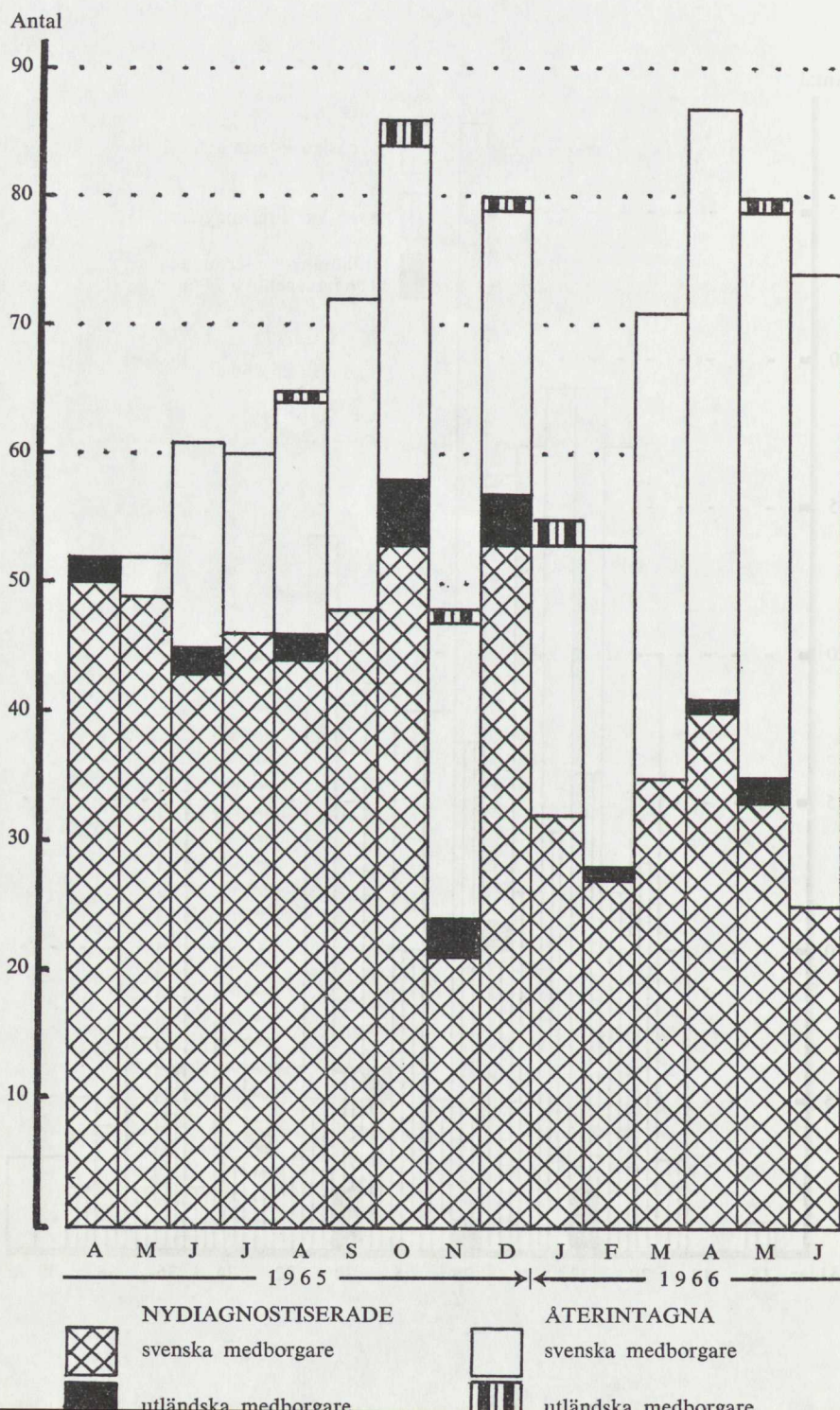


Fig. 7. Manliga intravenösa medicinmissbrukare per månad under perioden april 1965—maj 1966, nydiagnostiserade och återintagna, svenska och utländska medborgare. En och samma person är endast undantagsvis återintagen samma månad. Närhelst undersökningen hade startat skulle samtliga fall då ha blivit registrerade som nydiagnostiserade.



Tabell 1. Manliga intravenösa medicinmissbrukare diagnostiserade under perioden 1 april 1965—30 juni 1966.

Undersökningsperiod	Antal N	Medelålder $\bar{x}$	Spridning s
Nydiagnostiserade 1965	422	26,27	5,65
Nydiagnostiserade 1966	198	26,93 ¹	6,22
Differensen mellan $\bar{x}$		t = 1,31	(ej sign.)
Differensen mellan s		F = 1,22**	
Nydiagnostiserade 1965—66	620	26,48	5,84
Återintagna 1965	151	25,87	4,96
Återintagna 1966	221	27,19 ¹	5,50
Differensen mellan $\bar{x}$		t = 2,36*	
Differensen mellan s		F = 1,23*	
Återintagna 1965—66	372	26,66	5,32

¹ 41-åringarna diagnostiserade 1966 har exkluderats ur medelåldersberäkningarna då motsvarande åldersgrupp inte undersöktes 1965.

Narkomaniernas uppkomst och symptombild

Promemoria av professor G. Rylander den 14 februari 1967

Gemensamt för den stora mängd kemiska ämnen som kan orsaka narkomani är att de i olika grad ökar det subjektiva välbefinnandet i riktning mot mer eller mindre tydlig eufori. Med eufori (grek. eu, väl; pherein, fördraga;) avses en sjuklig, en av psykologiska skäl ej motiverad stämningsförhöjning som i utpräglade fall tar sig uttryck i överdriven gladlythet, skämsamhet och pratsamhet med stegrad självbelåtenhet och oberördhet av förefintliga svårigheter och konflikter. Detta symptom som förekommer vid många psykiska sjukdomar (så som hypomani och mani, dementia paralytica — en form av hjärnsyfilis, hjärnskrumpning) är vid narkomani en följd av giftverkan på nervcellerna och därför att betrakta som en abnorm företeelse. Alla ämnen som kan orsaka narkomani är nervgifter, vilka på ett speciellt sätt, för de olika grupperna delvis olikartat, ingriper i nervcellernas funktioner. Den vanligaste formen av euforiska reaktioner uppstår ju vid alkoholförgiftningar som ofta upprepade leder till kronisk alkoholism, ett sjukdomstillstånd som också av många forskare betraktas såsom en form av narkomani. I varje fall föreligger flera med narkomani gemensamma drag.

I stort sett finns det fem grupper ämnen som kan framkalla narkomanier, nämligen opium, morfin och morfinliknande preparat, centralstimulerande medel (amfetamin, preludin, ritalina m. fl.), dit även det numera sällan missbrukade kokainet hör, sömnmedel samt vissa s. k. psykofarmaka (librium, valium, meproban m. fl.) och slutligen marihuana eller haschisch. För fullständighets skull bör erinras om de s. k. hallucinogenerna, vilkas benämning beror på att de bl. a. ger upphov till livliga, för många människor fascinerande hallucinationer. Till dessa räknas meskalin samt LSD (Lysergsyredietylamid, ett särskilt farligt ämne, bl. a. på grund av risken för akuta psykosor), som börjat missbrukas i oroande utsträckning i Förenta staterna men hos oss lyckligtvis ännu ej slagit igenom. Betydelsen ur narkomanisynpunkt torde dock kunna ifrågasättas åtminstone för meskalinet.

I regel är vid narkomani den euforiska stämningsförskjutningen ej så kraftig, att den observeras av medicinska lekmän utom vid överdosering särskilt av centralstimulerande medel. I stället inställer sig en inre lustbetonad känsla av välbehag, lycka, med befrielse från oro och bekymmer. Ibland har en direkt förhöjning av stämningsläget ägt rum, medan andra gånger den övervägande effekten ter sig som försvinnande av oro, ångest, olust, självförebåelser med följd att sinnesstämningen blir gladare, mer obekymrad. Oftast är dessa effekter blandade och vilken av dem som är mest framträdande beror på preparatens art, dosernas storlek samt individens personlighet och aktuella situation.

Vid s. k. psykofarmaka, de lugnande medel som under de sista årtiondena vunnit så vidsträckt användning, synes de oros- och ångestdämpande verkningarna helt överväga. Även härigenom blir som antytts sinnesstämningen lättad, mer lustbetonad och livet ter sig mindre besvärligt. En del av dessa preparat kan också orsaka narkomani, bl. a. librium, valium, meproban, ehuru mindre ofta och av mindre allvarlig art än opium-morfingruppen och centralstimulerande medel.

Verkningarna av de olika narkomaniframkallande medlen ter sig något växlande alltefter vilken grupp preparatet tillhör. De egentliga narkotiska medlen (grek. narkosis, bedövning), opium- och morfingruppen har dämpande, lugnande och smärtstillande effekter och det var ursprungligen missbruket av dem som gav upphovet till termen narkomani, ehuru ganska tidigt även kokainism, missbruket av kokain, som är ett centralstimulerande medel, hänfördes dit. De narkotiska medlen i egentlig mening medför en benägenhet för passivitet med angenäma drömmier. Opiumhålornas besökare som i liggande ställning är helt fångna i en egen lustbetonad drömvärld utgör exempel härpå. Typiskt nog kallas dessa medel på modern narkomanslang också för "neråt-tjack". Centralstimulerande medel ger utom de euforiska effekterna vilka vid kokain och efter preludininjektioner kan ge sig tillkänna som en enorm lyckokänsla, även en minskning av trötthetskänslor, upphävande av sömnbehov, känslor av stegrad energi, ökat aktivitetsbehov och förbättrat självförtroende. De är därför "uppåt-tjack". Sömnmedlen som utom sin speciella inverkan på centra som har med sömnen att göra även verkar lugnande och dämpande, kan vid kroniskt missbruk förlora sin sömngivande effekt. Sömnmedelsmissbrukaren, som lär sig sätta värde på de lugnande effekterna, frestas lätt att ta till sömnmedel även under dagen, då i regel i smärre doser. Härvid framträder i typiska fall småningom en uppenbar euforisk stämningsförskjutning, slapphet, minnesrubbnings, tilltagande omdömeslöshet. Ibland uppstår neurologiska symptom, såsom reflex- och gångrubbnings, vilka kan medföra misstanken på en organisk nervsjukdom. Verkningarna av marihuana (haschisch) är omtvistade. En del vill göra gällande att medlet skulle vara ofarligt, andra bestrider detta. Klarlagt synes vara att även haschischen medför en euforisering av känslolivet och i många fall också en förändring av upplevelsen. I Förenta staterna har framhållits att många som börjar med haschisch sedan fortsätter med heroin eller andra farliga medel.

Den svenska narkotikaförordningen avser såväl de egentliga narkotiska medlen samt centralstimulerande preparat m. m. Sömnmedel hör dock ej under narkotikaförordningen. I fortsättningen användes därför narkotika och narkotiska medel som sammanfattande benämning på alla ämnen som kan leda till narkomani. Även sömnmedel räknas hit liksom i betänkandet om mental-sjukvårdslag.¹

Det är förståeligt att många personer som erfarit de lustbetonade verkningarna av narkotika med stämningsförhöjning, dämpning av oro och olust samt

¹ Beträffande narkomanvårdskommitténs begreppbestämning, se s. 22.

efter centralstimulerande medel även ökad energikänsla och aktivitet, stegrad självförtroende m. m. måste frestas att få uppleva detta igen, särskilt om de av någon anledning kommer på misshumör. Här ligger den primära drivkraften till nya doser, en drivkraft som framträder med större styrka ju fler gånger effekterna upplevts och man vant sig vid en dylik kemisk krycka. Missbrukaren börjar bli psykiskt beroende av giftet. Endast sällan framträder tecken på beroende redan efter ett fåtal doser. I sådana fall torde en särskild känslighet förelegat för preparatets stämningsförhöjande eller stimulerande effekter orsakande så utpräglade lustsensationer och upplevelser att en stark längtan efter mera snabbt uppstår. Oftast är det så att den blivande missbrukaren behöver viss tid för att ställa in sig på preparatets effekter. Varken den första eller andra dosen medför sådana behagliga verkningar kamrater beskrivit eller han själv läst om. För uppkomsten av missbruk och beroende spelar därför sådana psykologiska faktorer in, såsom inflytande från vissa kamrater, vanorna inom gänget och ej sällan den ceremoniliknande teknik som utbildas vid förberedandet av sprutor och lösningar, speciellt i de skuggkvarterarna. Inlärnings- och betingningsprocesser är sålunda även av betydelse, vilket särskilt understrukits av sociologiska forskare. Betydelsen härav är större för uppkomsten av alkoholmissbruk. Dylika faktorer dominerar i många fall, t. ex. beträffande sällskapslivsalkoholister.

Människor som ständigt dragas med nervösa och psykiska besvär i form av olust och insufficiens känslor med benägenhet för ruelle och självförebråelser eller är ökat sårbara för livets olika påfrestningar är särskilt mottagliga för de narkomaniframkallande medlens behagliga effekter. Detsamma gäller individer som på grund av yttre omständigheter, fattigdom, dåliga arbetsförhållanden, kroniska familjekonflikter, kriminalitet med åtföljande särställning, har det besvärligt och mer eller mindre ständigt därför befinner sig i bristfällig psykisk balans. En jämförelse kan göras med de tidigare så vanliga "fattigdomsalkoholisterna", för vilka alkoholruset utgjorde den enda oasen i den grå vardagens slit och släp, torftiga enahanda och ständiga bekymmer. En tredje typ, som kanske särskilt framträder bland yngre narkomaner, är personer utan egentliga intressen i livet, uppvuxna i en på emotionella stimuli fattig miljö med brist på yrkesutbildning och föga utvecklade möjligheter till kontakter med andra människor. För dem ter livet sig grått, tröstlöst, innehållslöst. En del finner i giftrusen det egentliga och eftersträfvansvärda i tillvaron och vägrar att avstå från narkotiska medel.

Ett oförsiktigt ordinerande av narkotika vid tillfälliga sjukdomstillstånd som är förenade med smärtor och plågor kan medföra att patienten blir beroende av medlets behagliga effekter och sedan på egen hand försöker skaffa det. Dylika av läkare framkallade (iatrogena) narkomanier är numera mindre vanliga än förr. Vid kroniska, obotliga sjukdomar med svåra smärtor kan det vara befogat med så långvarig behandling med narkotika att risken för utvecklandet av en narkomani måste tagas.

Småningom blir missbrukaren alltmer psykiskt beroende av giftet och härtill sällar sig förr eller senare ett kroppsligt beroende, särskilt vid missbruk av

opium- och morfinpreparat, men även av sömnmedel, och missbruket glider över i narkomani. Samtidigt har genom den ständiga gifttillförseln kroppsfunktionerna störande påverkats. Magen råkar i olag hos morfinister och opium-ätare. Förstoppning växlande med diarré är en vanlig följd. Aptiten minskar. Avmagring och kroppsligt förfall kan bli följden. Den sexuella potensen avtar. Centralstimulerande medel stegrar blodtryck och hjärtrytm, ökar benägenheten för svettningar och muskelspänningar. Aptiten minskar och sömnbehovet försvinner. Vid särskilt stora doser stimuleras ofta sexualdriften på ett abnormt sätt.

Ett speciellt fenomen ingriper i dessa processer, nämligen toleransökningen. För att få samma eller liknande psykiska effekter måste missbrukaren småningom öka doserna och kan med tiden, exempelvis i fråga om morfin, nå så högt att vad han tar in i en dos eller under ett dygn skulle verka dödande på vanliga människor. Vad detta fenomen beror på är ej klarlagt, om nervcellerna vänjer sig vid giftet eller om detta förbränns eller utsöndras snabbare. Kliniska iakttagelser tyder på att i de flesta fall inträffar det förstnämnda skeendet, bl. a. när toleransökningen icke endast medför behov av större doser, verkningarna ändras även trots den ökade mängden gift. Både vid opium- och morfinpreparat samt centralstimulerande medel minskar till exempel med tiden bl. a. den euforiserande stämningshöjande effekten. Samma iakttagelser har för övrigt många gånger gjorts vid kroniskt alkoholmissbruk. Alkoholisten erfar ofta ej samma gladlynhhet, bekymmerslöshet m. m. som fallet var i början av spritbruket.

Man kan då fråga sig varför fortsätter narkomanen? En viss stämningsförhöjande effekt torde ej kunna uteslutas i de flesta fall, men det bärande skälet anses vara tvånget att undvika abstinenssymptomen, dvs. de svårartade psykiska och kroppsliga besvär som uppstår om gifttillförseln minskar eller avbrytes. Organismen har vant sig vid giftet och reagerar våldsamt om tillförseln upphör. Särskilt efter morfin- och opiumpreparatet är dessa abstinensbesvär ytterligt plågsamma med våldsam ångest, obetvinglig längtan efter mera gift, darrningar, illamående, kräkningar och en allmän desorganisation av de kroppsliga funktionerna, besvär som visserligen småningom går över av sig själv men omedelbart försvinner vid en ny giftdos.

Vid sömnmedelsnarkomani är abstinensbesvären av den nämnda typen ej lika svåra. Här föreligger i stället risk för andra allvarliga symptom, nämligen krampanfall och även delirier påminnande om alkoholdelirierna, vilka numera anses som abstinensdelirier även de.

Även vid allvarliga narkomanier, orsakade av centralstimulerande medel, särskilt genom preludininjektioner, uppstår abstinenssymptom med ångest, oro, intensiv längtan efter nya doser, extrem trötthet och värk i kroppen. Dessa besvär går dock raskt över, om gifttillförseln ej återupptas och den uttröttade, ofta utmärklade sjuke erhåller lugnande medicin samt framför allt riklig näringstillförsel. Vid narkomani av morfinpreparat är däremot besvären så plågsamma att numera ett tvärt avbrytande av gifttillförseln undviks. I stället gives i minskade doser ett morfinliknande preparat, metadon, som har mildare

effekt och giver svagare abstinensbesvär, eventuellt i kombination med annan behandling såsom insulin i smådoser. Ej heller vid sömnmedelsnarkomani bör tillförseln av preparatet tvärt avbrytas på grund av risken för delirier och krampanfall, utan en gradvis minskning ske.

Toleransökningen orsakar för vården och behandlingen ett speciellt svårartat problem. Vid s. k. legal förskrivning av narkotika åt narkomaner i öppen vård blir det ytterst besvärligt för läkaren att fasthålla vid de en gång bestämda doserna. Efter någon tid märker patienten på grund av tillvänjningen att de överenskomna mängderna ej längre ger avsedd verkan och att abstinensbesvär börjar inställa sig mellan doserna. Naturligt är att han i sin svåra vanda söker förmå läkaren att öka doseringen, därvid ofta tillgripande något av de många skäl som står till buds, såsom att han plågas svårt och ej står ut, att han ej kan sova, att han måste sluta arbetet och att han tvingas att åter köpa narkotika illegalt. Det kan dock icke bestridas att vissa personer kan balanseras med samma dos år efter år. Men de utgör undantagsfall. Förutsättningen är en välutvecklad och målmedveten personlighet, förefintligheten av andra livsintressen än tagandet av narkotika osv. Inom alkoholistvården, om vilken mycket större erfarenheter finns, har man tidigare förklarat att enda förutsättningen för en kronisk alkoholist att klara sig är att konsekvent undvika alkohol. En liten dos väcker ett patologiskt begär efter mer och så är en ny missbruksperiod i gång.

Numera medges på grundval av iakttagna fall att det finns ett mindre antal alkoholister som trots sin sjukdom faktiskt kan lära sig att umgås med alkohol på ett försiktigt sätt.

Preludinet, som givit upphov till den aktuella narkotikaepidemin och som för närvarande är det mest använda preparatet, förtjänar särskilt omnämnande och detta även med hänsyn till de enorma doser som preludinnarkomanerna konsumerar och den mångfald följer denna överbelastning av organismen med ett centralstimulerande medel orsakar.

Preludinet framställdes i Tyskland 1953 och introducerades i Sverige tre år senare. Det står ur kemisk synpunkt och med hänsyn till sina verkningar nära amfetaminerna. Preludinet började i stor omfattning brukas som avmagringsmedel och därjämte i stämningshöjande och stimulerande syfte vid vissa neuroser samt neurasteniska och lättare depressiva tillstånd. Till en början angavs att preludinet icke var farligt och ej vanebildande, påståenden som stöddes på långa serier av behandlade patienter. Samma sak inträffade med andra ord i fråga om preludinet som med praktiskt taget alla narkomaniframkallande preparat. De har till en början alltid förklarats som oskadliga vid långvarigt bruk. Detta gäller även opium och morfin, vilket 20 år efter framställningen befanns medföra mycket farliga följder. Heroin, det mest riskabla av morfinpreparaten, föreslogs en tid såsom ersättning för morfin vid morfinism, ty det skulle ej alls ha morfinets skadliga verkningar. Det tog 20 år efter framställningen av det första moderna sömnmedlet av barbitursyretyp (veronal) innan man började förstå att kroniskt sömnmedelsbruk kunde leda till narkomani. Försäkringar att till exempel haschisch ej skulle vara skadligt måste därför tagas med största reservation i belysning av den medicinska erfarenheten.

Även i Sverige ansågs preludin till en början ofarligt och det ordinerades i ganska stor omfattning, särskilt åt feta personer. Såväl i Tyskland som i Sverige gjordes i slutet av 1950-talet de första iakttagelserna att preludinet kan orsaka narkomaniliknande tillstånd och detta blev uppenbart sedan en läkemedelsmissbrukare i Stockholm, enligt vad det uppgives år 1959, kommit på tekniken att slamma upp preludintabletter (vilka är avsedda att sväljas) i vatten filtrera den vällingliknande lösningen genom bomull och slutligen injicera filtratet i en blodåder. En sådan insprutning ger i och för sig en mycket kraftigare verkan än om medlet sväljes. En vanlig injektionsdos består av filtratet av ungefär 30 tabletter och upprepas 4—5 gånger dagligen. Den terapeutiska dosen är 50—75 mg per dag, som sväljes. En injektionsdos, tillredd på angivet sätt av 20—30 tabletter, innehåller 200—300 mg preludin; upprepad 4—5 gånger ger detta en dygnsdos av 1 000—1 500 mg. Som omedelbar effekt av en injektion förnimmes intensiva lust- och lyckokänslor. De som tidigare använt morfin och opium uppgjer i regel, att ingenting finnes som kan jämföras med den s. k. preludinkicken. Dessutom känner sig preludinisten pigg, aktiv och företagsam. Hans självkänsla och självförtroende växer. Han kan klara allting, problem och svårigheter glider i bakgrunden. Han tycker i varje fall att de kan klaras upp utan vidare. En skärpning och även förändring av intrycken genom olika sinnesorgan inträder. Som exempel må nämnas att synförnimmelserna blir skarpare och ofta behagligare. Ett landskap, en tavla uppleves med njutande av skönhetsintryck han icke erfarit förut. Smaksinnet förändras, kryddad mat smakar så skarpt att man undviker dylikt och starksprit går inte att dricka av samma skäl. Möjligen tolereras söta viner. Många preludinister som tidigare missbrukat alkohol har helt slutat med sprit.

Åtskilliga andra egendomliga fenomen uppträder som här ej närmare kan beröras, t. ex. den s. k. pundningen, dvs. ett mer eller mindre tvångsmässigt, eller åtmintone automatiskt sysslande med någonting mer eller mindre meningslöst, som att under timmar sortera föremål i en handväska, plocka sönder och sätta ihop en klocka, städa i ett rum, vare sig det behövs eller inte, m. m. Tidsuppfattningen påverkas så att narkomanen förvånad märker att redan så lång tid förflutit om han råkar titta på klockan. Trötthet försvinner liksom sömnbehovet. Så fort effekten av en injektion börjar tona bort tar man en ny och håller på så vis igång dygn efter dygn, kanske en vecka eller mer utan egentlig sömn. Med måltiderna blir det dåligt. Slutligen kan kroppen icke piskas vidare. ”Pumpen”, dvs. sprutan, ”tänder” inte längre, som det heter, utan narkomanen sjunker ihop helt utmattad, somnar djupt i lyckliga fall, pinas andra gånger av oro, ångest och mardrömmar. Vid uppvaknandet plågas han av stark olust, intensiv trötthet, känner sig slö och initiativlös. Risken för psykosor med förföljelseidéer är stor.

Den ökade självsäkerheten, det patologiskt stegrade självförtroendet, känslan av att kunna klara allt medför hos många individer en ökad disposition till brott, fränsett de motiv som gör sig gällande vid behovet att skaffa pengar till illegala inköp (jfr Preludinnarkomaner ur klinisk och medicinsk-kriminologisk synpunkt. Svenska Läkartidningen nr 52/1966).

Synnerligen allvarligt är att mångårigt missbruk av opium-morfinpreparat i de mängder som förekommer vid narkomani leder till svårartade personlighetsförändringar. Personligheten förflackas, hänsynen till andra och till normer som tidigare varit riktgivande förtvinar, det emotionella livet avtrubbas, ansvarskänslan reduceras m. m. Många forskare anser att liknande, ehuru mindre ingående skador inträffar vid långvarigt sömnmedelsmissbruk. Huruvida något dylikt följer i anslutning till långvariga narkomanier med centralstimulerande medel är ännu oklart. Ifråga om dem föreligger å andra sidan risker för paranoïda psykoser, som hos vissa för dylika sjukdomar disponerade människor synes kunna bli kroniska.

Ambulant förskrivning av narkotika

Redogörelse av dr S.-E. Åhrström den 17 januari 1967

Mer än ett år har förflutit, sedan jag avlämnade den första rapporten om försöksverksamheten till medicinalstyrelsen. Under detta år har patientantalet fördubblats trots en stark ambition att hålla det konstant. Orsaken härtil har väsentligen varit en oförmåga hos mig att lämna åt sitt öde hjälpsökande patienter, vilka haft en allvarlig sjukdom med hög mortalitet och som inneburit svåra lidanden, när man vetat, att en förskrivning skulle lindrat detta deras lidande och också blivit ett steg på vägen mot bot samtidigt som den dock icke betytt en merförbrukning av narkotika men oftast i stället fått till följd, att de avstått från att använda mer farliga preparat. Vissa etiska aspekter på denna förskrivning av narkotiska preparat redovisas i ett särskilt tillägg till denna rapport.

Samtidigt som patientantalet har fördubblats har de övriga läkarna som i början biträdde mig i arbetet lämnat detta, trots att de principiellt fortfarande varit positiva till verksamhet av denna art. En av kollegernas avgång skedde i klar protest mot samhällets njugghet och senfärdighet, när det gällde att ge verksamheten erforderliga personella och materiella resurser. Orsaken till att jag icke fått något bidrag från Stockholms stad till denna verksamhet är dels sjukvårdens allmänna nödläge och svårigheten att få medel och personal till redan befintliga vårdformer, dels denna verksamhets karaktär av försöksverksamhet eftersom kommunen ej ansett det vara dess uppgift att bekosta forskning och icke heller tyckt det vara försvarligt att satsa på en verksamhet, vars värde ej vetenskapligt verifierats. Emedan samhället genom dessa senare argument undandrager sig ansvaret att stödja viktig klinisk forskning och jämväl att bereda dem vård som icke kan hjälpas tillfredsställande genom säkerställt effektiva eller redan existerande vårdformer, skulle jag vilja föreslå att statliga medel ställdes till förfogande för sådana ändamål eftersom vård och forskning ofta — inte minst där snabba ingripanden är av nöden — bör synkroniseras i ett förutsättningslöst arbete för att hjälpa de sjuka, där man prövar sig fram och successivt lär av erfarenheten, så att en institutionell hjälpform, som kan övertagas av kommunen, så småningom organiskt växer fram.

Som nu förhållandet varit, har både vård och forskning blivit bristfälliga. Huvudparten i försöksverksamheten deltagande patienter har haft så besvärliga sociala problem, att även en psykiskt frisk människa i deras situation skulle sviktat och jag är övertygad om att många, kanske de flesta av dem skulle slutat använda narkotika utan annan form av behandling bara deras sociala situationer rejält kunnat redas upp. Resultaten av försöksverksamheten måste bedömas mot bakgrunden av att jag måst arbeta utan kurativ hjälp med ett klientel som kanske tarvat dubbelt så många kuratorer som vanliga mental-

vårdspatienter. Dessutom har den goda kontakt jag genom verksamheten fått med mina patienter p. g. a. tidsnöd ej kunnat psykoterapeutiskt utnyttjas såsom borts. För att vetenskapligt verifiera värdet av behandlingen skulle behövs sociolog, psykolog, skrivhjälp, sekreterare så att lätt vetenskapligt bearbetningsbara formulärjournaler kunnat upprättas och jämförelser kunnat göras vad morfinisterna beträffar med samma data från tiden närmast innan de började i försöksverksamheten och vad de övriga beträffar med likartade fall som icke fått narkotika förskrivet av läkare. Dessutom, för att äntligen få vetenskapligt verifierat, vad som redan förefaller mig självklart, att den individuella mottagligheten är en minst lika betydelsefull faktor som den epidemiologiska, borde en jämförelse gjorts med friska försökspersoner i samma åldrar för att få fram dessa patienters särart så klart framträdande redan innan första smittotillfället.

Som ovan framgår har verksamheten i första hand haft karaktären av en humanitär aktion, som på grund av de bristande resurserna bäst kan beskrivas som en form av vanvård som dock varit bättre än ingen vård alls och som trots allt dock för många av patienterna betytt en positiv förvandling av hela deras liv från djupaste elände till en socialt acceptabel någorlunda människovärdig, ibland rentav lycklig tillvaro. Vissa skulle kunna karakteriseras som återställda till full psykisk hälsa. Om man använder mycket hårda kriterier har försöksverksamheten i 21 fall haft ett mycket gott resultat och i 40 fall ett gott resultat. I återstoden av fall är det alltså i någon mån tveksamt om den haft något annat än ett visst humanitärt värde.

Försök med "legal förskrivning" till narkomaner i öppen vård har ju förekommit på många håll i världen, men såvitt jag vet aldrig ett experiment av liknande karaktär som denna pågående försöksverksamhet, där förskrivningen ej är auktoritativ utan liberal och kombineras med gruppsykoterapi och socioterapi. Med liberalförskrivning avses en förskrivning där patienten själv bestämmer doseringen och doktorn mera är rådgivare, även om han naturligtvis har vetorätt. Auktoritativ förskrivning innebär att läkaren dekretarar snävtast möjliga dosering med utgångspunkt från de upplysningar han kunnat införskaffa om och av patienten. Den auktoritativa förskrivningen anser jag möjligen kan vara motiverad, när det gäller morfinister, eftersom morfin är mer komplicerat att få tag i illegalt men endast i så fall när det gäller psykoterapiresistenta patienter. Den auktoritativa förskrivningen måste nämligen motverka en integrativ psykoterapi och överhuvudtaget försvåra en god kontakt mellan patienten och läkaren. Och även när det gäller de narkomaner som har mycket svaga överjagsfunktioner kan den bara hjälpa till att konservera deras infantila funktionssätt. Dessutom får den auktoritativt förskrivande läkaren räkna med att han mycket ofta blir lurad antingen genom att patienten uppger sitt behov av narkotika för stort, eftersom han förutsickar, att läkaren prutar ner eller att han ej vågar tala om, att han köper illegal narkotika vid sidan om den förskrivna. Också gruppsykoterapien och socioterapien, som även diagnostiskt är effektiv genom att snabbt ge en allsidigare uppfattning om patienten än om man endast har honom på andra sidan skrivbordet, syftar till att få patienten att fungera vuxet, känna att han helt själv bestämmer sitt öde, att

genom frihet och förtroende få honom att bli ansvarig och social inom det miniatyrsamhälle som patientföreningen utgör. Eftersom läkaren är helt solidarisk med alla patientens rimliga önskemål och aldrig ifrågasätter att patienten talar osanning, kan patienten bara lura sig själv, aldrig doktorn. Narkotikan representerar ju ofta trots, protest — sittstrejk — mot fadern samhället, och modersersättning, dvs. en möjlighet att undkomma sin ångest och i linje härmed är också de vanligast förekommande föräldrakonstellationerna en överbeskyddande moder som ofta på det verbala planet försöker överkompensera sin oförmåga till direkt animal moderlighet och skyla sina aggressioner och en dominerande moralisk eller manhaftig fader som varken kunnat assimileras eller detroniseras — detta gäller de manliga narkomanerna medan de kvinnliga ofta har en svag far. Vid de enskilda samtalen med dessa patienter måste man undvika allt moraliserande och i stället försöka göra dem etiskt-estetiskt medvetna och lära dem uppskatta, hysa respekt för, älska sig själva och utnyttja deras ofta uttalade exhibitiva disposition genom att ge dem möjlighet att få stoltsera med annat än sin narkomani inte minst som samhälls- och kulturkritiker, men aldrig låta till intet förpliktigande kverulans passera opåtalat. En del narkomaner tigger om att bli behandlade som oeffterrättliga skojare och barnungar och vill att man skall le åt dem eller milt ironiskt skämta om dem. Detta som tyvärr så ofta sker måste vara helt förbjudet. Att inte då bli arg är att visa dem förakt.

Patientföreningen har ansvaret för verksamheten, vilket betyder att alla vet, att om de ej tillrättaför dem som missbrukar det förtroende som förskrivningen innebär, så kommer hela försöksverksamheten att misskrediteras och upphöra. Såvitt jag förstår är detta bästa möjligheten att motverka att förskrivna preparat säljs eller överlåtes på sådant sätt att nya fall av narkomani kan uppstå. Dessutom innebär denna ansvarsfördelning en god psykoterapi. Överlåtelse av preparaten till andra narkomaner har klart dekreterats vara i strid mot lag och förordning, men jag har aldrig givit några reprimander, när mycket ofta berättas om att så ändå skett, då starka humanitära skäl förelegat. Ett annat förhållningssätt från min sida skulle bara lett till smussel och skadat förtroendet mellan mig och patienten. Sådana "parasitpatienter" var en av orsakerna till att patientgruppen blev större än vad som var avsett, eftersom det bedömdes formellt fel att skriva ut narkotika i en patients namn, när man visste, att det gick till två. Patientantalet är nu emellertid sedan några månader tillbaka strängt maximerat och trots allt starkare propaganda mot "parasiter" finns därför nu åtta sådana kamouflerade patienter, som jag dock samtliga träffat och relativt väl känner. Om, vilket inte är osannolikt, bruket av haschisch och LSD breder ut sig och når stor omfattning här — internationella förbjudande aktiviteter, tull och polis lär ej ha makt att bromsa en sådan utveckling — torde bästa möjligheten att begränsa skadeverkningarna vara ett samarbete med dem som använder dessa medel: alltså ett legaliserande av dessa gifter under ansvarig — och sakkunnig — kontroll av förbrukarnas egna statligt stödda organisationer, sålunda något lite i stil med försöksverksamhetens patientförening. (I USA finns redan en liten men växande opinion för sådan utveckling men med den

skillnaden, att man då ej längre generellt kan rubricera dessa människor som sjuka och att det därför icke heller kan vara läkares uppgift att sköta distributionen.)

Försöksverksamhetens grupppsykoterapi är sedan ett par månader obligatorisk, vilket innebär att de som uteblir från grupppsykoterapien i första hand drabbas av vissa sanktioner, i andra hand utesluts ur verksamheten.

Detta är helt i överensstämmelse med patientföreningens egen önskan.

Patientföreningen är i många avseenden betydligt strängare än vad jag är, vilket psykoterapeutiskt är positivt. Jag är dock alltid helt solidarisk med patientföreningen, vill snarast uppleva mig som anställd av patienterna men ger åtminstone på anfordran gärna råd åt föreningen, dock ej direktiv. Endast läkaretiken, landets lagar och mina överordnade myndigheter anser jag berättiga mig att kompromissa med denna inställning, vilket dock hitintills icke behövs. En del patienter är starkt kritiska mot denna min idé om min uppgift och vill ha mig till ledare.

Från olika håll har framförts kritik emot försöksverksamheten. Denna kritik har ibland varit mycket klen underbyggd men naturligtvis helt berättigad, när den tagit fasta på att en läkare som bisyssla och utan någon som helst assistans ej kan tillfredsställande klara en så pass stor och svårskött verksamhet och de konsekvenser denna underbemanning fört med sig. Jag är också helt av den åsikten att försöksverksamheten i dess nuvarande form bör avvecklas och ersättas av en annan verksamhet utrustad med någorlunda tillräcklig personal, och först då kan också verksamhetens värde rättvist bedömas och slutgiltigt avgöras om den bör permanentas. För många, kanske de flesta av dessa patienter, är möjligheten att kunna få narkotika utskrivet på recept igen, om de kommer i sådant läge att de känner ett tvingande behov att få sitt preparat — och det i övrigt är indicerat — en viktig, ibland nödvändig förutsättning för att de skall kunna sluta använda giftet. Skall man kunna bedöma värdet av denna behandling åtminstone i dess egenskap att vara en väg till hälsa, måste man alltså kunna ge patienterna denna garanti. Eftersom detta nu en tid har varit omöjligt, har många patienter blivit sämre och deras tillfrisknande uppbromsats. Det är t. ex. mycket svårt att motivera dem för sjukhusvård, om man ej kan lova dem att få legalt förskrivet igen, om indikationer föreligger. På grund därav vill jag vädja till medicinalstyrelsen att till dess värdet av denna verksamhet rättvist blivit prövat ge mig möjlighet att utlova mina patienter denna garanti.

Några olika former av kritik som riktats mot verksamheten skall här redovisas och kritiseras.

Liknande verksamhet som förekommit tidigare annorstädes har misslyckats. I den mån denna kritik exemplifierats har det antingen framkommit att denna verksamhet ej liknat min och i den mån den i några väsentliga avseenden företett släktskap har ej kunnat styrkas att den verkligen blivit rättvist bedömd.

Den legalt förskrivna narkotikan har spritts och t. o. m. sålts och som en följd härav har nya fall av narkomani uppstått. De belägg som framförts för dessa teser har utgjorts av ett namngivande av några få av de sämst fungerande

av mina 109 patienter och rapporter om att dessa överlåtits av sina preparat till redan sedan länge manifesta narkomaner. Något juridiskt bevisat fall av försäljning har ej kunnat rapporteras till mig, men jag anser det ändock säkerställt att försäljning förekommit och jag visste, redan innan jag började denna verksamhet, att detta var en ofrånkomlig komplikation, om verksamheten vidgades utöver några mycket få strängt utvalda fall. I denna verksamhet är ju över hälften av patienterna icke på något som helst sätt valda, bl. a. av den anledningen att verksamheten skulle ge så allsidiga erfarenheter som möjligt om "legal förskrivning" åt alla sorter av narkomaner. Någon har nämnt, att han känner till ett fall av narkomani som uppstått som en följd av smitta från mina patienter. Jag har ingen anledning att betvivla denna uppgift, men jag tror att i Stockholm är, när det gäller narkomani, tyvärr den epidemiska situationen sådan, att alla ungdomar åtminstone är i smittozonens periferi och det mera är på mottagligheten det kommer an om de smittas eller ej, även om en del av de mottagliga i stället utvecklar andra sjukdomsbilder av samma eller kanske svårare allvarlighetsgrad. När det gäller denna eller dessa som skulle smittats ner av mina patienter är det ju i alla fall självklart befängt att tro, att risken för dem skulle varit mindre, om mina patienter hade använt illegala preparat. Särskilt när man vet hur många av mina patienter som handlat med narkotika i stor skala, innan de fått sina mediciner receptförskrivna, och när man också vet, att flertalet sålt i mindre skala för att få medel till de preparat de själva behövde och då i alla fall måst sälja — eller medverka i smuggling, inbrott eller receptförfalskning — flerdubbelt mer än den egna förbrukningen, som dessutom som regel varit större än den nuvarande och oftast bestått av de farligare preparaten preludin och ritalina eller kanske osterila mixturer av okänd art och koncentration, helt otjänliga för injektion.

Om denna verksamhet skall stoppas, skall detta naturligtvis göras efter en totalbedömning av verksamheten, som visar, att den varit till mer skada än nytta. Problemställningen i detta fall är denna: ett antal människor fungerar socialt dåligt, utsätts för stora lidanden och stor risk föreligger att de kommer att fungera ännu sämre om intet göres åt dem och att de kommer att vålla andra människor stora kostnader och allvarliga skador. Målsättningen blir att få dessa människor att fungera bättre, att minska deras lidanden och att åtminstone förlångsamma deras försämring och minska de kostnader och skador de i framtiden kommer att vålla andra människor. Bedömningen av värdet av det arbete som läkaren utfört kan bara göras genom en jämförelse mellan utseendet i ovannämnda avseenden av tvärsnitt av den sektor mänskligt leverne alla dessa människor och deras kontakter representerar innan arbetet påbörjats och sedan det pågått en viss tid. Detta förefaller truistiskt men måste trots detta dock här nedskrivas, eftersom de flesta av mina kritiker har använt andra bedömningsgrunder. De har t. ex. förklarat att arbetet måste stoppas för att vissa patienter blivit sämre eller vållat skada, ibland utan att ens taga hänsyn till hur de fungerat tidigare och nästan som regel utan att försöka bilda sig någon uppfattning om hur många som besparats lidanden och fungerat bättre. De har ansett att arbetet bör stoppas av helt ovidkommande skäl, såsom att det ej har

fyllt vissa krav som bör ställas på sjukvårdande verksamhet, t. ex. att ej vålla skada utan att tänka på att en underlåtenhet att göra någonting alls vållat större skada och t. o. m. låtit arbetslokalens och journalkartotekets utseende få en avgörande betydelse vid bedömningen. Detta sammanhänger med en dogm som jag inte omfattar, och som innebär att om en läkare diagnostiserar en person som sjuk och igångsätter en behandling är han och samhället skyldiga att vårda denna patient enligt vissa ideala normer och former, en dogm som befrämjar en underlåtenhet att hjälpa efter bästa förmåga, där hjälp behövs, eftersom läkaren och den för vården ansvarige av rädsla för att göra tjänstefel eller överhuvudtaget över att få kritik avstår från att söka komma till klarhet över vad han själv anser vara rätt och underlåter att följa sin plikt att söka handla där efter.

Vissa kritiker har varit motståndare till "legal förskrivning" överhuvudtaget av det skälet att den skulle göra narkomanerna mindre benägna för andra former av vård. Det förefaller mig som den legala förskrivningen är det enklaste och ibland det enda sättet att få kontakt med dessa patienter och kunna behålla denna kontakt så länge att man hinner motivera dem för andra former av vård, och svårigheten i stället är att dessa andra former av vård är otillräckliga.

Om andra vårdformer tillräckligt utvecklades, befrämjades denna vårdforms yttersta målsättning, nämligen att göra sig själv överflödig.

Hur lätt det kan vara att kritisera och kritisera felaktigt när det gäller denna verksamhet kan belysas av ett par exempel:

En patient har aldrig förut varit sjukskriven men blir det, så snart han börjar i legal förskrivning och fortsätter alltfört att vara sjukskriven. Orsaken härtill är inte, att han tidigare arbetade — annat än som langare i stor skala — utan att han visserligen upplevde sig som sjuk men ansåg det gagnlöst att söka läkare och var rädd för läkare, eftersom han trodde de skulle "sy in" honom.

En patient ökar sin förbrukning av narkotika vecka för vecka. Samtidigt säger han upprepade gånger att han kommer nog att sluta och gör det sedan också, som det förefaller nu efter nio månader definitivt.

En patient blir i ökande grad paranoid och så helt plötsligt också psykotisk. Frisk igen efter ett dygn. Vill sedan inte längre ha narkotika utskrivet. "Har inte en tanke på att ta något mer."

Många patienter blir i ökande grad ångestfyllda och disharmoniska och inte sällan mera paranoida, när de en tid fått förskrivet legalt. Detta har sin naturliga förklaring i att de tidigare haft en livsform som ofta varit förenad med stor yttre spänning och som varit enkelt strukturerad kring en ångest endast föranledd av ovisheten om de skulle kunna få tag på narkotika utan att fastna hos polisen. När de sedan får narkotika på recept sker en påfrestande omstrukturering och ångesten gäller nu förhållandena i den sociala situationen i övrigt och, när dessa hjälpligt kunnat tryggas, den inre problematiken. I stället för det Sisufusarbete tjackjakten utgör kan patienten då ofta klara av problem vilkas lösning verkligen förbättrar hans yttre och inre situation, men han kan för sin omgivning och ibland t. o. m. för sig själv te sig sämre.

Slutligen vill jag bara för undvikande av missförstånd nämna, att jag inte ställer mig avvisande till andra former av legal förskrivning av narkotika till narkomaner i öppen vård än de ovan skildrade. Tvärt emot tror jag att en del av de äldre pålitliga narkomanerna, speciellt en fyra, fem stycken av morfinisterna men även ett par fenopromister, skulle kunna gå en och en eller två och två, exempelvis hos någon vettig allmänpraktiker som tillika tog hand om deras andra krämpor och kanske även deras eventuella familj. Administrering av metadon per os har jag själv i liten skala med viss framgång försökt mig på och bedömer den som en lämplig administreringsform som det säkert skulle gå att motivera rätt många av morfinisterna för. Däremot är det helt orealistiskt att tro att legal förskrivning skulle kunna ersättas med injektioner av narkotika givna av en sköterska.

Tillägg: Ett försök att formulera vissa teser föranlett av etiska problem i sammanhang med den "legala förskrivningen" av narkotika till narkomaner.

Läkaren försöker i sitt arbete handla i enlighet med vad han anser vara rätt men måste då också acceptera erinringar, varningar och sanktioner av dem som har till uppgift att se till att gällande förordningar följs. Om han däremot icke opponerar sig mot förordningar som han anser inte längre har någon funktion att fylla eller som hindrar honom i hans arbete, undandrager han sig ansvaret att medverka till att medicinalförfattningarna alltid är optimalt ändamålsenliga och i enlighet med gällande värderingar.

Läkarens uppgift är att lindra och bota sjukdom och hans arbete kan sammanfattningsvis kallas behandling.

Sjukdom är varje enskild läkares uppfattning om vad som är sjukdom under förutsättning att denna hans uppfattning inte också är föranledd av okunnighet utan är en ren värdering utgående från full kunskap om föreliggande fakta. Utöver denna allmänna definition måste naturligtvis finnas många speciella godtyckliga definitioner, som av praktiska juridiska och politiska skäl måste uppställas av de institutioner som betalar ut pengar för sjukvården eller direkt till den som är sjuk eller befriar den sjuke från olika skyldigheter och ibland fråntager honom rättigheter just för att han är sjuk. Här skulle man inom parentes vilja önska att till sjukvården anslagsbeviljande myndigheter och även allmänna försäkringskassan gav klarare direktiv om vad de anser vara sjukdom och vilka målsättningar för behandlingen de menar skall prioriteras och även kanske kostnadsramen för en behandling med viss målsättning.

När läkarens behandling bekostas av hans patient eller läkaren själv, bör läkaren prioritera efter sina egna värderingar men öppet deklarera dessa för patienten, om så är möjligt. Om man godtager detta och ovannämnda definition på sjukdom, måste man också acceptera konsekvensen härav, att det ankommer på varje enskild läkare att ständigt i sitt arbete allvarligt göra klart för sig, vad han anser vara målet för sin behandling och vilket pris — penningar, lidande,

åsidosättande av andra målsättningar — han anser patienten bör kunna betala för att detta mål skall nås. Så länge inte samhället vill eller anser sig ha råd att överlag acceptera den allmänna definitionen på sjukdom, är han dock skyldig att i den mån han eller patienten uppbär ersättning från samhället eller enskilda institutioner rätta sig efter deras uppfattning om sjukdom och hälsa och att också öppet inför patienten deklarerar denna sin skyldighet.

Om läkaren anser att en del av patientens värderingar är en integrerande del i hans sjukdomsbild, ingår naturligtvis även i behandlingen att förändra dessa värderingar, men så länge patienten ännu hyser dem försöker man — utom när man anser indikationer för vårdintyg föreligga — ej hindra patienten att leva i enlighet med dessa värderingar men ej heller hjälpa honom i detta avseende, såvida icke behandlingen härigenom blir effektivare.

Om vårdintyg skrives av sociala skäl bör dessa skrivas av särskilda läkare anställda av samhället för denna uppgift.

Läkaren bör lindra om det är i enlighet med patientens värderingar och om han anser patientens lidande vara en följd av sjukdom, men han bör inte lindra om han därmed allvarligt saboterar sin egen botande behandling.

Läkaren bör minnas, att analgetica, sedativa och stimulantia är gifter som försnävar eller förvränger patientens totala funktionsregister och som alltså genom sin närvaro i kroppen innebär att patienten i detta avseende blir sjukare, och han bör väga denna negativa post mot vinster av rent humanitär art eller mot den eventuella faktiska vinsten, bestående i att patienten genom giftet försatts i sådant skick att han blivit tillgänglig för annan behandling eller självläkning.

Patienten är friskare ju totalare han kan fungera och ju mer totalt han kan fortsätta att utveckla alla sina inneboende möjligheter både på handlings- och upplevelseplanet såväl kvantitativt som kvalitativt. Med det senare avser jag då främst hans etiska och estetiska medvetenhet inklusive hans anlag för medveten värdering och läkaren bör alltså befrämja en sådan utveckling, om han bedömer den hejdade utvecklingen såsom sjukdom.

Sjukt och friskt måste nödvändigtvis endast vara två tänkta poler och egentligen skulle man bara tala om sjukare och friskare och möjligen endast använda dem i vissa bestämt preciserade avseenden.

Att se till att patienter på mentalsjukhus inte skadar varandra eller rymmer är knappast ett läkararbete utan ett custodiellt värv, som av praktiska skäl knutits samman med läkararbetet. Samma sak gäller rapportskyldigheten till vissa exekutiva myndigheter.

Ovan formulerade mål för läkarens arbete är enligt mina värderingar överordnad andra förefintliga var och en i sin art väsentliga målsättningar såsom arbetsförhet, bättre social funktionsförmåga överhuvudtaget, patientens egen upplevelse av att bli friskare eller mera tillfreds med sig själv och sin situation m.m. När det gäller sociala målsättningar kan förbättringar i patientens sociala funktionsförmåga i sig endast bedömas som positiva behandlingsresultat, om patientens sociala fungerande överensstämmer med den behandlande läkarens värderingar.

Om det kommer till läkarens kännedom, att hans behandling får till följd olika negativa sociala konsekvenser som uppväger det positiva värdet är läkaren skyldig att avbryta detta sitt arbete. Samhället åligger det att rapportera till läkaren om sådana komplikationer och ge läkarna direktiv så att de ej fortsätter en individuellt framgångsrik behandling, när den får sociala skadeverkningar av ovannämnd grad.



NORDISK UDREDNINGSSERIE (NU) 1967

1. Nordiskt institut för samhällsplanering.
2. Nordiskt samarbete inom forskningens och den högre undervisningens område.
4. Internordisk verkställighet med anledning av beslut rörande vårdnad om barn m. m.

STATENS

OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1967

Systematisk förteckning

(Siffrorna inom klammer beteckna utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen)

Justitiedepartementet

Allmänna arvsfonden. [2]
Utsökningsrätt VI. [3]
Ny domkretsindelning för underrätterna. [4]

Försvarsdepartementet

Tjänsteställning inom krigsmakten. Esselte. [15]

Socialdepartementet

Barnstugor. Barnavårdsmannaskap. Barnolycksfall. [8]
Narkotikaproblemet. Del I. [25]

Kommunikationsdepartementet

Länsförvaltningsutredningen. 1. Den statliga länsförvaltningen. I. [20] 2. Den statliga länsförvaltningen. II. Bilagor. [21]
Skatteförvaltningen. [22]
Länsindelingsutredningen. [23]

Finansdepartementet

Statlig publicering. [5]
Finansiella långtidsperspektiv. [6]
Statskontorets programbudgetutredning. 1. Programbudgetering. Del I. [11] 2. Programbudgetering. Del II — Studier och försök. [12] 3. Programbudgetering. Del III — En sammanfattning. [13]
Lag om Skatterätt. [24]

Ecklesiastikdepartementet

Rikskonserter. [9]
Linköpings högskola. Del I. [10]
Skolans arbetstider. [14]
1958 års utredning kyrka—stat: VII. Folkbokföringen. [16] VIII. De teologiska fakulteterna. [17]
1962 års ungdomsutredning. Statens stöd till ungdomsverksamhet V. [19]

Jordbruksdepartementet

Den framtida jordbrukspolitiken. [7]

Inrikesdepartementet

Kommunal bostadsförmedling. [1]
Invandringen. [18]

