Nils Bejerot

Narkotikafrågan och samhället

Aldus Aktuellt

75-07 Antero Puhakka

Narkotikafrågan och samhället

Aldus Aktuellt AK 28

Dr Nils Bejerot: — Vi stod under press från polismännen på gatan. De ville attackera bankvalvet omedelbart.

© Nils Bejerot 1968
Omslagsfoto av Sven-Eric Delér

—

Originalutgåva i Aldus Aktuellt 1968

Andra upplagan 1969

Lindbergs Tryckeri AB

Stockholm 1969

Nils Bejerot

Narkotikafrågan och samhället

Bokförlaget Aldus/Bonniers
Stockholm

Förord

Narkotikaproblemen har i vårt land ökat lavinartat under det senaste decenniet och särskilt de senaste åren. I fråga om snabbt expanderande intravenöst medicinmissbruk intar vi en särställning i hela världen. Situationen är alarmerande och förvirringen i den allmänna debatten har varit enorm. Genom att samla de viktigaste socialmedicinska erfarenheterna på området och presentera dem i en för envar lättillgänglig form har jag velat försöka återföra debatten till en saklig och konstruktiv nivå.

De senaste årens narkotikadebatt och narkotikapolitik har utsatts för en hårdhänt granskning och resultaten redovisas i klartext utan kinesiskt blomsterspråk. En rad förslag till åtgärder framlägges också. Det är alltså en kombinerad informations- och diskussionsbok som härmed framlägges för den stora publik som hittills inte haft möjlighet att överblicka detta omfattande och intrikata problemkomplex. På grund av det skriande informationsbehovet och den snabba spridningen av missbruksepidemin har boken arbetats fram under svår tidsbrist: frånsett några tidigare publicerade avsnitt har den tillkommit under fyra månader. Dessa förhållanden har medfört en del onödiga upprepningar och en viss inkonsekvens i terminologin; för detta ber jag om överseende.

Bokens tillkomst har på ett avgörande sätt möjliggjorts genom en omfattande assistans av några uppoffrande medarbetare. Min hustru Carol Maurice, B. A., S. R. N., har utfört ett omfattande dokumentationsarbete i den internationella facklitteraturen och bearbetat den narkotikastatistik som presenteras. Fru Ingegerd Söderberg har manuellt räknat fram frekvenserna av intravenöst medicinmissbruk ur vårt omfattande forskningsmaterial över polisklientelet i Stockholm, och fröken Gunilla Bergman har som sekreterare biträtt i alla faser av utredningsarbetet. Vännen Len-

nart Borgstedt har biträtt med internationell dokumentation, utarbetat litteraturförteckning och ordlistor samt granskat manuskript, läst korrektur och gjort ett otal värdefulla reella och formella påpekanden. Jag står i mycket stor tacksamhetsskuld till dessa medarbetare för deras utomordentliga insatser. De felaktigheter och förbiseenden som är ofrånkomliga i ett arbete av denna natur är jag ensam ansvarig för. Jag är synnerligen tacksam för alla påpekanden och synpunkter som kan göra en eventuell ny upplaga mera korrekt och bättre ägnad som information för en bred publik.

Stockholm i december 1967

Nils Bejerot

Förord till andra upplagan

I denna upplaga har endast ett par smärre korrigeringar och några kompletteringar gjorts.

Stockholm i mars 1969

Nils Bejerot

Antero Pakari

INLEDNING 11

1. Teoretisk del, första avsnittet

BEGREPP. DEFINITIONER. TERMINOLOGI 19

WHO:s äldre narkomanidefinition 19
WHO:s modifierade definition 21
WHO:s aktuella definition 22
Narkomanvårdskommitténs begreppsbestämningar 25
Eufomanibegreppet 28
Cravingbegreppet 31
Toxikomanibegreppet 32
Definitionsöversikt 38

TOXIKOMANIFRAMKALLANDE MEDEL 41

Euforiserande analgetika: Opiumgruppen 43
Historik 43
Farmakologi 45
Morfin 46
Morfinderivat 50
Morfinersättningsmedel 53
Slutanmärkningar om opiatgruppen 55

Sedativa och hypnotika 56

Rusframkallande medel 60
Alkohol 61
Thinner 65

Hallucinogener 69

Stimulantia 77
Kokain 77
Historik 77 *Farmakologi* 79 *Slutanmärkningar om kokain* 81
Syntetiska centralstimulantia 81
Historik 81 *Farmakalogi* 89
Världshälsoorganisationens karakteristik av kokain- och amfetaminberoende 93

Jämförande preparatöversikt 97

SOCIALMEDICINSK INDELNING AV TOXIKOMANIERNA 100
Av läkare medvetet etablerade toxikomanier (medvetet iatrogena) 101
Av läkare omedvetet etablerade toxikomanier (omedvetet iatrogena) 102
Själv- eller autoetablerade toxikomanier 105
a) Medicinalpersonal och anhöriga till dem 106
b) Passivt autoetablerade toxikomanier 107
c) Aktivt autoetablerade toxikomanier 108
Epidemiska toxikomanier 110
Endemiska toxikomanier 119
Pandemiska toxikomanier 119
Slutord om toxikomaniernas socialmedicinska indelning 120

DEN DANSKA SUNDHEDSSTYRELSENS NARKOMANREGISTER. EN STUDIE I ADMINISTRATIV NARKOTIKABEVAKNING 122
Historik 122
Rapportering 124
Registrets uppbyggnad och inre funktion 125
Registrets yttre funktion 130
Diskussion 131

2. Praktisk del, första avsnittet

VAD ÄR DET SOM HAR HÄNT? 132
Källor för information om epidemins utvecklingsförlopp 133
Förkrigshistoria 134
Den aktuella epidemin 135
Mitt första fall 136
Var det bara rövarromantik? 141
Narkotikaproblemet riksdagsfråga 144
Ökat sömnmedelsmissbruk en ny narkomanifara 145
Dags för narkomaniutredning 146
Åter till fältet 150
"Knarkambulansen" 152
Måttet rågat för Astra men inte för Leo 154
Medicinalstyrelsen varnar läkarna 155
Situationen i Stockholm 1955 156
Läkarna varnar varandra och medicinalstyrelsen 158
Varning för narkoman 160
Epidemin når Göteborg 165
Lugnande rapporter 166

Takman hittar tre narkomaner 1955—57 168

EPIDEMINS ANDRA FAS (1958—65) 174
Narkotikaåklagare träder till 174
Preludin blir modepreparat 175
Takman och preludinepidemin 176
Varifrån kom narkotikaförsörjningen 1959—1960? 178
Reaktioner mot narkotikatrafiken 179
Vilka är langare och vilka är offer? 180
Medicinalstyrelsens cirkulär till samtliga läkare i riket 182
Polis och åklagare 186
Telefonrecepten 190
Takman och disciplinnämnden 192
En missbrukares död 195

3. Teoretisk del, andra avsnittet

DEN INTERNATIONELLA NARKOMANIDEBATTEN 199
Vad gäller diskussionen? 201
Lindesmiths teorier 203
The Harrison Act — en omdiskuterad lag 207
De amerikanska narkotikadispensärerna 212
Lindesmiths sex grupper av narkomaner lämpade för liberal narkotikaförskrivning 216
"The British System" 221

LAGSTIFTNING OCH NARKOMANIFREKVENS 226
USA 226
England 228
Sovjetunionen 228
Hongkong 230
Japan 231
Slutanmärkningar till Lindesmiths teorier 232

CHEINS TEORIER 233

4. Praktisk del, andra avsnittet

DEN STORA OREDANS TID 245
Preludierna 245
Attacken på Warholm och Sundberg 247
En viktig radiodebatt 252
Den stora kampanjen 258
Intravenöst medicinmissbruk 1965 270

Undersökningens bakgrund 270
Några allmänna metodproblem 271
Undersökningsresultat 273
Expertgrupp tillsättes 275
Attacken på Renborg 277
TV och narkotikafrågan 286
Ett paradfall 298
Kampanjgruppen drar in i medicinalstyrelsen 305
Duell med Hirschfeldt 308
Första drabbningen 308
Replik i narkotikafrågan 310
Narkomanvanvård 312
Slutord 315
Två Londonkonferenser 316
Narkomanvård på avvägar 319
RFHL bakom fraserna 324
Aktuell kriminalitet och psykosocialt tillstånd hos narkomaner med legal narkotikaförskrivning 345
Bakgrund 345
Preliminär rapport 345
Kompletterande rapport 355
Vittnesmål från anhöriga och närstående 361
En mor berättar om sin son 362
En hustru berättar om sin man 365
En flicka berättar om sin pojkvän 369
En kurator berättar om sin skyddsling 374
Narkotika förskriven i den s. k. försöksverksamheten 376
Ett onödigt dödsfall 383
Attacken på Bergsman 396

5. Teoretisk del, tredje avsnittet

NARKOTIKAEPIDEMI OCH EPIDEMIDISKUSSION 398
Intravenöst missbruk av centralstimulantia 398
Några viktiga omständigheter 398
Den kliniska bilden 401
De psykotiska tillstånden 404
Epidemiutvecklingen 1965—67 406
Gulsot och andra komplikationer 412
Adekvat narkomanvård 415
Några teoretiska aspekter 415
Behandlingsmotivation 418
Traditionell narkomanvård 421

Behandling av narkomaniserade läkare 424

Nya vägar inom narkomanibehandling 428
Metropolitanprojektet 428
Metadonbehandling 430
Synanon 432

Vad skall vi göra? 435
Skärpt narkotikakontroll 435
Frihet och tvång 438
Principiella synpunkter på vårdapparaten 440
Praktiska vårdarrangemang 443

Epidemiologiskt handlingsprogram för narkomanibekämpning 454

ORDLISTA 459

NARKOMANSLANG 466

LITTERATURFÖRTECKNING 469

Inledning

Narkotikafrågan är ett utpräglat tvärvetenskapligt problemkomplex som sträcker sig över minst ett dussintal discipliner från kemi och farmakologi till sociologi och juridik med tyngdpunkten förlagd inom psykiatri och socialmedicin. För att i någon mån försöka samla de viktigaste och mest grundläggande erfarenheterna från olika ämnesområden och antyda problemkomplexets konturer och skiktning har denna bok tillkommit. Några nya praktiska och teoretiska rön presenteras liksom en ingående granskning av de viktigaste tendenserna i den internationella och särskilt i den svenska narkotikadebatten. Ett försök göres att på basen av hittills vunna erfarenheter skissera en differentierad psykiatrisk och socialmedicinsk behandlingsplan för de av missbruksepidemin hårdast drabbade, och ett generellt preventionsprogram presenteras.

Inledningsvis skall huvudlinjerna i beskrivningen och analysen av problemkomplexet presenteras liksom de viktigaste slutsatserna. Metodiken att börja med en sammanfattning — i stället för att placera den i slutet av boken — har hämtats från Chein (1964) som i sitt arbete om heroinismen i New Yorks slumområden påpekar att detta är bästa sättet att från början göra en kritisk läsare uppmärksam på vilka delar av analysen och argumentationen som skall granskas särskilt noga med tanke på de slutsatser arbetet kommer att utmynna i. För Cheins vidkommande resulterade metoden i att jag inte har kunnat finna att han av sin undersökning kan dra de generella slutsatser han gör. Det är min förhoppning att argumentationen skall vara bättre underbyggd och påståendena mera konkret belagda i detta arbete.

I det inledande kapitlet ges en presentation av terminologi och begreppsbildningar inom narkomaniområdet och ett nytt rambe-

grepp för olika former, typer och grader av giftberoende — toxikomanibegreppet — presenteras. Detta kapitel är bokens mest teoretiska och kan lätt skrämma den helt oinitierade från fortsatt studium av boken. Den teoretiskt ointresserade kan förbigå detta kapitel och direkt övergå till de narkomaniframkallande medlen, som presenteras i andra kapitlet.

Av särskilt intresse bland de beroendeframkallande medlen är centralstimulantia (amfetamin, Preludin, Ritalina etc.) som missbrukas intravenöst av uppskattningsvis över 5 000 personer i Sverige. Dessa syntetiska medel visar sig vid högre doser ge verkningar som kvalitativt närmast är identiska med kokainets effekter. Naturprodukten kokain är p. g. a. sina utomordentligt starkt beroendeframkallande egenskaper det kanske mest fruktade av alla narkotiska medel. Då även syntetiska centralstimulantia efter en tids intensivt missbruk ofta ger upphov till svårt beroende förefaller det logiskt att också dessa medel klassificeras som narkotika av världshälsoorganisationen och FN. Strängt taget har centralstimulantia ett så begränsat medicinskt användningsområde att de närmast borde utgå ur all medicinsk praxis frånsett behandlingen av vissa sällsynta sjukdomstillstånd (narkolepsi etc.).

I tredje kapitlet visas att det nuvarande massmissbruket av centralstimulantia i vårt land i princip är av epidemisk karaktär. Smärre missbruksepidemier har förekommit hos oss tidigare (bromidmissbruk under mellankrigsperioden, thinnersniffning bland tonåringar efter kriget etc.), men klassiska narkomanier förekom tidigare praktiskt taget uteslutande som från varandra helt oberoende singelfall. Numera finns ett epidemiskt missbruk av opiumgruppens medel (morfin etc.), men detta torde ännu vara begränsat till ett eller annat hundratal personer i hela landet. Det helt dominerande massmissbruket av centralstimulantia sprids från person till person, och den intravenösa injektionstekniken måste läras från någon rutinerad missbrukare, varför det här är befogat att tala om "kontaktsmitta" av ny typ.

Enligt all epidemiologisk erfarenhet måste fenomen av denna typ bekämpas med ett samordnat program som tar sikte på att eliminera det sjukdomsframkallande ämnet, behandla de sjuka, öka motståndskraften hos riskhotade men ännu inte drabbade och försöka eliminera smittspridningsdynamiken kring kroniska smitt-

spridare. I slutkapitlen diskuteras dessa principer utförligt.

Mot slutet av 40-talet uppstod i Danmark ett omfattande missbruk av centralstimulantia, och detta problem var mer alarmerande än vårt begynnande missbruksproblem av samma typ vid denna tidpunkt. I det fjärde kapitlet lämnas en redogörelse för hur man i Danmark genom en smidig och effektiv narkotikabevakning på rent administrativ väg lyckades förhindra att en större missbrukarpopulation uppstod på basen av alltför frikostiga läkarförskrivningar av dessa medel. Den begynnande epidemin kvävdes därmed i sin linda, någon större efterfrågan på en illegal drogmarknad hann aldrig uppstå i Danmark och därmed inte heller någon grogrund för en lönsam och fast organiserad illegal handelsapparat.

Den svenska missbruksepidemins uppkomst, utveckling och förlopp beskrivs utförligt liksom raden av ödesdigra missbedömningar, dels av läkare som underskattade de centralstimulerande medlens farlighet och missförstod epidemins dynamik och karaktär, dels av ansvariga myndigheter som genomgående varit bristfälligt informerade om massmissbrukets utveckling och p. g. a. otillräckliga analyser av missbruksdynamiken inte kunnat vidta erforderliga motåtgärder.

I ett andra teoretiskt avsnitt belyses utländska erfarenheter. Många av de "nya" teorier och uppslag som lanserats i den svenska debatten under senare år har tidigare diskuterats ingående i den internationella litteraturen och även prövats i praktiken med oroande dåliga resultat. Dessa erfarenheter borde ha beaktats innan medicinalstyrelsen medgav en enskild läkare rätten att förskriva narkotika i praktiskt taget obegränsade kvantiteter till i genomsnitt ett 80-tal patienter per månad under två års tid. Sammanlagt förskrevs omkring 600 000 doser opiater och närmare 4 miljoner doser centralstimulantia till denna lilla patientgrupp, som nästan uteslutande bestod av personer med narkomani av epidemisk typ; en förskrivning av 2,25 miljoner doser centralstimulantia till gruppen under 1966 utgjorde 30 procent av den totala förskrivningen av dessa preparat i Sverige detta år.

Teorin för denna märkliga förskrivningsverksamhet var en förhoppning att neutralisera patienternas tidigare kriminella aktivitet som förmodades till stor del bero på begäret efter nar-

kotika och komplikationer kring illegala inköp etc. Från USA är det dock känt att narkomanifrekvensen var högre i fängelseklientel än i någon annan avgränsad befolkningsgrupp redan under den tid då olika narkotiska preparat såldes fritt i drugstores (före 1914). Främst gällde detta tidiga missbruk opiumgruppens medel, särskilt morfin och heroin, vilka väsentligen har en dämpande effekt. De centralstimulerande medlen är till sina effekter avgjort mera kriminogena genom att de vid högre doser stegrar självkänslan men nedsätter hämningar och omdöme och framkallar en mer eller mindre planlös och oordnad aktivitet. Förskrivningen av centralstimulantia för intravenöst missbruk var därför från början dömd att misslyckas, och verksamheten resulterade också i en betydande kriminell aktivitet i behandlingsgruppen, samtidigt som många patienters fysiska, psykiska och sociala tillstånd väsentligt försämrades. Även alarmerande erfarenheter från gammalliberal narkotikaförskrivning i England under första hälften av 1960-talet borde ha utgjort en allvarlig varning för berörda läkare och myndigheter.

Vissa krafter inom den politiska vänstern i västvärlden har engagerat sig för en liberal narkotikapolitik; detta har gällt både narkotiska läkemedel och exklusiva rusmedel som hasch och marihuana. I vissa kretsar har det på senare år t. o. m. betraktats som radikalt och revolutionärt att "knarka". Denna olyckliga sammanblandning av politik och drogromantik, som historiskt kan ledas tillbaka till socialt missgynnade befolkningsgrupper och jazzkretsar i de amerikanska sydstaterna under mellankrigstiden, utgör den största faran för vänstergrupperna själva, och problemet måste i sista hand lösas inom dessa grupper. Den ytterst restriktiva narkotikapolitiken i Sovjetunionen, Östeuropa och Kina bör dock kunna bidra till att hjälpa drog- och revolutionsromantikerna tillbaka till verkligheten. Lenin hävdade som bekant att religionen passiviserade människorna i den sociala kampen då den verkade som "opium för folket". Vänsterkrafternas situation torde bli ohållbar om de accepterar "opium åt folket" som en faktisk kampparoll.

I bokens andra praktiska del skildras den stora oredans tid i svensk narkotikadebatt och narkotikapolitik. Detta avsnitt har en stark karaktär av detektivhistoria där verkligheten överträffar dik-

ten. Många av de agerande torde själva knappast vara medvetna om vilka roller de kommit att spela i detta invecklade drama. En liten grupp narkotikaliberaler lyckades genom en i många avseenden märklig och dramatisk kampanj få praktiskt taget alla massmedia med sig och driva fram åtgärder som gick stick i stäv mot vetenskap, psykiatrisk erfarenhet och en rad initierade fackmäns offentligt redovisade synpunkter. Resultatet blev bl. a. det olyckliga och illa genomtänkta behandlingsförsök vi redan nämnt. Kampanjen och upphöjandet av intravenöst missbruk av centralstimulantia till en av högsta medicinska auktoritet accepterad form av underhållsbehandling vid narkomani medförde en påtaglig popularisering av missbruket. Därtill bidrog i hög grad även en omfattande och starkt tendentiös publicitet kring verksamheten. En i boken redovisad epidemiologisk studie visar att denna missbruksform ökade extremt snabbt bland polisklientelet i Stockholm under den tid denna förödande narkotikapolitik omhuldades av massmedia och ansvariga myndigheter.

Det intravenösa missbruket av centralstimulantia medför i många fall allvarliga sjukdomstillstånd som tenderar att övergå i kroniska former. Missbruksfrekvensen ökar snabbt i våra storstäder och sprider sig ut över landet. Våra grannländer är allvarligt hotade och i Helsingfors finns redan en dotterepidemi. Man kan ännu inte skönja internationella överenskommelser om narkotikaklassificering av dessa preparat. Om detta genomfördes skulle den illegala handelns källor — vissa utländska läkemedelsfabrikanter — kunna bringas under skärpt kontroll. Men inte heller detta blir tillräckligt. Illegal produktion i större skala torde stå för dörren eller har möjligen redan kommit till stånd. Ytterligare punktformade, fristående, symtomatiska åtgärder mot enstaka yttringar och fenomen i problemkomplexet hotar snarast att förvärra situationen, dels genom att åtgärderna kan invagga myndigheter och allmänhet i föreställningen att någonting effektivt göres åt problemet, dels genom att illa genomtänkta och halvhjärtade åtgärder kan åstadkomma en virulensökning av epidemin: den illegala handeln får tid att utvecklas och finna fastare former, diskrepansen mellan ökade men ändå måttliga risker och enorma profiter tenderar att stimulera till illegal handel och narkotikatillverkning i stor skala, de epidemiskt indragna

missbrukarna lämnar kända tillhåll och områden och går under jorden etc. Lämnad helt åt sitt öde expanderar epidemin snabbt, vilket tidigare erfarenheter från Japan visar liksom utvecklingen i Sverige under narkotikaliberalismens storhetstid 1965—66.

De åtgärder som narkomanvårdskommittén föreslagit synes i huvudsak riktiga och välmotiverade men otillräckliga för att möta den allvarliga epidemiutvecklingen. Kommitténs förväntningar att uppsökande socialpatruller i nämnvärd grad skall lyckas motivera de intravenösa missbrukarna för adekvat vård synes orealistiska. Kommittén anser att den nya psykiatriska vårdlagen, som 1966 ersatte den gamla sinnessjuklagen av 1929, skall utgöra ett tillräckligt instrument för erforderliga tvångsåtgärder i de fall frivillig medverkan från patientens sida inte kan ernås. Kommittén förbiser därvid att särskild myndighet (social- eller nykterhetsnämnderna?) i så fall måste *åläggas* att se till att lagen effektueras; detta kan rimligtvis inte falla på "läkarkåren" eller polismyndigheten. Allvarligare är att övervältrandet av alla ofrånkomliga frihetsberövanden på läkarna (som är de enda behöriga att fatta beslut enligt denna lag) kommer att äventyra de sjukas relationer till läkare över huvud taget och motverka spontana vårdkontakter (för akut hjälp med komplikationer till giftberoendet eller andra sjukdomstillstånd), då vederbörande kanske fruktar att bli omhändertagna för vård mot sin vilja. Kommitténs tilltro till de psykiatriska sjukhusens möjligheter att bereda tusentals vårdnegativa ungdomar erforderlig och lämplig långtidsvård förefaller heller inte välgrundad. Kommitténs ovilja att beakta missbrukets höga smittsamhet och acceptera dess principiellt epidemiska karaktär är oroande.

Huvudpunkterna i det behandlingsprogram som avslutar arbetet är tre:

1. En strikt narkotikalagstiftning bör genom höga straffsatser ge samhället möjlighet att neutralisera de cyniska storgrossisterna under långa perioder och dämpa andras benägenhet att etablera sig på den illegala drogmarknaden. Även småhandel och illegalt innehav för personligt missbruk måste medföra ansvar och bedömas allvarligt i den mån man verkligen vill stävja spridningen av missbruket. De omhändertagna som

själva är narkomaniserade bör hänvisas till specialiserad, inom den psykiatriska sektorn organiserad vårdapparat, som närmare diskuteras nedan. Med hjälp av lagstiftning av denna typ lyckades man i Japan få kontroll över ett massmissbruk av centralstimulantia som startade vid krigsslutet och 1955 kulminerade med över en halv miljon amfetaminister, varav hälften injicerade preparaten intravenöst. Innan omfattande motåtgärder insattes på allvar nådde således massmissbruket av centralstimulantia i Japan mångdubbelt större spridning än vårt snabbt expanderande missbruk ännu gjort. Med hjälp av ett väl genomtänkt och konsekvent genomfört program nedkämpades epidemin därefter under loppet av några år.

2. Vårdmotivationen är som regel dålig vid allvarligt giftberoende, och detta gör all behandling komplicerad och prognosen osäker. Då det är fråga om avancerat giftberoende av allvarligt slag och epidemisk typ — som exempelvis det intravenösa missbruket av centralstimulantia — är det av avgörande betydelse för utvecklingen att den höga smittsamheten beaktas. De sjuka har rätt att kräva en meningsfull vård, men samhället å sin sida har rätt att kräva att de sjuka också underkastar sig erforderlig vård. I många fall kommer tvångsvis initierad vård att bli ofrånkomlig. Då den traditionella psykiatriska vårdapparaten redan tidigare är svårt överbelastad och de psykiatriska sjukhusen inte är särskilt lämpade för ett massomhändertagande för långtidsvård av rotlös och miljöskadad ungdom föreslås terapeutiska byar i geografiskt avgränsade trakter — på skärgårdsöar och i avfolkningsbygder. Med hjälp och stöd av smärre grupper kvalificerade terapeuter bör män och kvinnor med allvarliga former av smittsamt missbruk få möjlighet att kring någon form av kollektiv och meningsfull produktionsaktivitet leva en så självstyrd och naturlig tillvaro som möjligt i drogfri miljö under en längre behandlings- och rehabiliteringsperiod.

3. För personer som lider av kroniskt narkotikaberoende och motstått upprepade allvarliga och konsekvent genomförda behandlingsförsök diskuteras olika behandlingsmöjligheter som inkluderar socialt ordnade levnadsförhållanden och eliminerar

smittrisker kring eventuellt fortsatt gifttillförsel under strikt kontrollerade former. All förskrivning av narkotiska medel till narkotikasjuka människor för medicinering på egen hand avrådes bestämt, och ett generellt förbud (med möjlighet till individuell dispens i mycket speciella fall) bör övervägas när det är fråga om epidemiskt initierad narkomani. All medicinering av detta slag bör i princip ske under direkt överinseende av medicinalpersonal och under inga omständigheter ges intravenöst.

Endast ett väl genomtänkt, brett upplagt, välintegrerat och med kraft och beslutsamhet genomfört behandlings-, rehabiliterings- och preventionsprogram kan bringa epidemin under kontroll och förhindra att ytterligare tusentals unga människor dras in i den missbruksvåg, som ändå förr eller senare måste hejdas om samhället skall överleva.

Principiellt inger en långt driven personalunion mellan förvaltande, utredande, kontrollerande och bedömande organ alltid betänkligheter. En förvaltning som misslyckats med att lösa ett viktigt problem kan bli mer intresserad av att visa att problemet är olösligt än att oförväget analysera egna felbedömningar. Utan en öppen och förutsättningslös granskning och värdering av tidigare erfarenheter och kompletterande forsknings- och utredningsarbete torde en adekvat narkotikapolitik inte kunna utformas. Då alla tecken tyder på att narkotikaproblemen kommer att förvärras under överskådlig tid synes det ofrånkomligt att en parlamentarisk kommitté skyndsamt tillsättes. Många av de nödvändiga åtgärderna blir sannolikt av mycket djupgående karaktär. Det är viktigt att parlamentarikerna i tid får möjlighet att arbeta sig in i frågorna, som bör lösas under allsidig politisk samverkan och gemensamt ansvar. Först då kan man eliminera ödesdigra komplikationer från nyckfulla kampanjmakare och irrelevanta påtryckningsgrupper och lösa problemen till fromma för alla parter — de sjuka, de anhöriga och de friska. Vi har inte bara ansvar för dagens och morgondagens svenska samhälle. I denna fråga har vi även ett tungt ansvar för våra utsatta grannländer.

Begrepp. Definitioner. Terminologi

Från början av 1950-talet har det skett en snabb förändring av begrepp, definitioner och terminologi inom narkomaniområdet och begreppsförvirringen är nu större än tidigare, i varje fall i vårt land. Även om det är en smula omständligt att sätta sig in i den terminologiska utvecklingen är detta ofrånkomligt av det skälet att man annars inte utan betydande risker för missförstånd kan läsa äldre narkomanilitteratur. Därtill kommer att många författare fortfarande använder sig av äldre terminologi och denna återkommer av och till i många sammanhang, eftersom även den betecknar realiteter som fortfarande består.

Det gamla nyckelordet *narkotikum* härstammar från grekiskans *nárke,* som betyder bedövning, sömn, och vi möter stammen även i ord som narkosmedel. Ordet *narkomani* har sina rötter i den orientaliska opiumrökningen och den dvala och djupa sömn, som avslutar opiumruset.

WHO:S ÄLDRE NARKOMANIDEFINITION

Narkomani (eng. addiction, fr. toxicomanie, ty. Sucht) har av världshälsoorganisationen (WHO) i en rad expertrapporter (1950, 1952, 1957) karakteriserats på följande sätt (citerat från 1950 års rapport):

Narkomani (drug addiction) är ett för individen och samhället skadligt tillstånd av periodisk eller kronisk intoxikation, uppkommet genom upprepad konsumtion av ett naturligt eller syntetiskt medel (drug). Det karakteriseras av:

1) ett obetvingligt (overpowering) behov eller begär (tvång) att fortsätta att ta medlet och att skaffa det till varje pris (by any means);

2) en tendens att öka dosen;
3) ett psykiskt (psykologiskt) och ibland fysiskt beroende av medlets verkningar.

Mot *det obetvingliga begäret* att återigen tillföra medlet svarar de *abstinensreaktioner,* som inträffar om medlet inte kan anskaffas. Dessa abstinensreaktioner kan vara av psykisk natur (oro, ångest, rastlöshet, trötthetskänsla etc. beroende på vilket medel och vilka doser som tidigare intagits) eller av fysisk natur (gåshud, muskelkramp, diarré, törst, hunger, trötthet etc., också här beroende på vilket medel och vilka doser som intagits). Vid bruk av vissa medel förekommer enbart psykiska abstinensreaktioner, vid andra såväl fysiska som psykiska. Däremot är det sällsynt med enbart fysiska abstinensreaktioner, men sådana tillstånd förekommer, dels hos nyfödda barn efter narkomaniserade mödrar, dels — och kanske en smula överraskande — hos svåra alkoholmissbrukare, vilka som regel inte sätter ett delirium tremens i samband med sitt alkoholmissbruk och många gånger inte har någon medveten alkoholhunger under deliriet. Vid samtidig förekomst går de fysiska och de psykiska abstinenssymtomen över i varandra, de blandas och en viss växelverkan uppstår dem emellan. Det är ju också två sidor av samma fenomen.

Tendensen att *öka dosen* för att uppnå önskad effekt har sin grund i att organismen utvecklar en stegrad *tolerans* för (vissa) narkotiska medel. För flertalet medel finns ett intimt samband mellan dosökning och främst fysiska men också psykiska abstinensreaktioner, men förhållandena är som vi senare skall se inte helt entydiga. Vissa medel, som (juridiskt) inte klassas som narkotika (exempelvis sömnmedel av typen barbiturater liksom alkohol), kan vid kraftig dosökning och plötsligt avbrott i gifttillförseln ge upphov till livshotande abstinensdelirier, medan missbruk av ett klassiskt narkotikum som kokain som regel inte brukar vara förbundet med doshöjning, endast ge obetydliga fysiska men intensiva psykiska abstinensbesvär. Våra förutom alkohol mest aktuella missbruksmedel — olika former av centralstimulantia (amfetamin, Preludin, Ritalina etc.) — ger förutom sekundärfenomen som hunger, törst och trötthet enbart psykiska abstinenssymtom, och dessa brukar vara mycket måttliga även efter månaders miss-

bruk, särskilt om medlen intagits genom munnen. Vid injicering — och mera uttalat efter en längre tids injektionsmissbruk — kan de psykiska abstinensreaktionerna (oro, irritabilitet, sänkt grundstämning och särskilt sänkt vakenhetsgrad initialt) bli starkare.

Efter dessa exemplifierande farmakologiska parenteser återgår vi till de grundläggande definitionerna.

Narkomani har på svenska översatts med *tillvänjning,* ett ord som antyder både den tidsfaktor, som alltid finns med i sjukdomsutvecklingen, och den successiva intensifiering av sjukdomsbilden, som ofta inträffar. Ett gammalt svenskt ord, som täcker ungefär samma förhållanden och som brukar användas i samband med vår vanligaste narkomaniform — alkoholismen — är *hemfallenhet,* som onekligen har en stark moralisk biklang; detta begrepp ingår fortfarande i vår nykterhetsvårdslagstiftning.

WHO:S MODIFIERADE DEFINITION

När de tidiga narkomanidefinitionerna fastställdes var det främst opiumgruppens medel (där bl. a. morfin och heroin ingår) tillsammans med kokain och cannabispreparat (bl. a. hasch och marihuana) och de därav uppkomna sjukdomstillstånden, som helt dominerade intresset. Sedan lång tid tillbaka var det dock kliniskt välkänt att vissa lugnande medel, t. ex. brompreparat och barbiturater, kunde ge upphov till svåra missbruksbilder av narkomaniliknande karaktär. Detsamma gäller även en rad andra äldre och nyare läkemedel, i första hand olika slags psykofarmaka (stimulerande, lugnande, rogivande eller sömngivande medel), men även astmamediciner, bantningsmedel och många andra; dessa läkemedel kan således under vissa förhållanden bli svårt vanebildande och ge upphov till mycket allvarliga, psykosocialt invalidiserande sjukdomsbilder, alltså på ungefär samma sätt som de s. k. klassiska narkotiska medlen opium och kokain ger upphov till narkomani.

Detta medförde att WHO 1956—57 införde begreppen *vanebildning* (eng. habituation, fr. accoutumance, ty. Gewöhnung) och *vanebildande medel.* Många påpekade visserligen att dessa vanebildande medel kunde ge upphov till alla de symtom, som

orsakas av de narkomaniframkallande medlen, fastän som regel i lindrigare grad; ofta först efter större doser och väsenligt längre tids överdosering skulle man också kunna tillägga. Man noterade att tendens till dosökning och toleranshöjning kunde föreligga men hävdade att abstinensbesvären som regel var av psykisk eller psykosocial art, att tillstånden som regel var tillfälliga eller periodiska och att de skadeverkningar, som uppkom vid dessa sjukdomstillstånd, i motsats till skadeverkningarna vid de "egentliga narkomanierna" (addiction-tillstånden), väsentligen skulle drabba individen själv och i mindre utsträckning samhället.

I anslutning till dessa nya definitioner indelade WHO alltså substanserna i "addiction-producing and habit-forming drugs". Det visade sig emellertid ganska snart att flertalet postulat i WHO:s vaga vanebildningsbegrepp från 1956—57 var ofullständiga eller felaktiga. Vid vissa av dessa s. k. vanebildningstillstånd (habituations), t. ex. avancerat barbituratmissbruk, kunde kraftigare doshöjningar och svårare abstinensreaktioner — t. o. m. av fysisk art — uppträda än vid de egentliga narkomanierna (addictions). Vanebildningstillstånden visade sig ofta vara lika långvariga, kroniska och svårbehandlade som de egentliga narkomanierna, och prognosen var många gånger lika allvarlig; likaså drabbade skadeverkningarna ofta samhället i lika hög grad som vid narkomanierna. Det nya språkbruket kunde också medföra sådana logiska kullerbyttor som att en person kunde vara "habituated" till en "addiction-producing drug" (exempelvis morfin) eller "addicted" till en "habit-forming drug" (exempelvis meprobamat eller barbiturat).

WHO:S AKTUELLA DEFINITION

Kompletteringen av addiction-begreppet med habituation-elementet hade visat sig vara ofrånkomlig, men gränsdragningen mellan "addiction" och "habituation" och den ständiga dualismen mellan medel och tillstånd i definitioner och diskussioner skapade betydande osäkerhet och förbistring även i fackkretsar. Detta medförde att många forskare föredrog att arbeta med egna definitioner. Den framstående Lexington-gruppen Vogel, Isbell och Chapman (1958) hade en vidare och rundare avgränsning av sitt

drug-addiction-begrepp, som här citeras efter Frey (1960): "Med drug addiction menas ett tillstånd, vid vilket en person har förlorat självkontrollen med avseende på ett läke- eller njutningsmedel och missbrukar detta medel i sådan grad att personen i fråga eller samhället blir lidande härav." Frey ger i sin stora översiktsuppsats följande intressanta och jag tror mycket framsynta kommentar: "Att denna vida tillämpning medför att även alkoholmissbruk, ja, till och med kaffe- och tobaksmissbruk principiellt kommer att inneslutas i begreppet, synes mig inte vara någon väsentlig nackdel."

1964 löste WHO skenfäktningen kring addiction- och habituation-begreppen genom att sammanföra dem under en hatt: man introducerade *beroende*-begreppet (eng. drug dependence, fr. dependence, ty. Abhängigkeit).

"Drug dependence", som officiellt givits den snäva svenska översättningen *läkemedelsberoende* (*giftberoende* hade varit bättre), definieras av WHO (1964) som "ett tillstånd uppkommet genom upprepad tillförsel av ett medel på periodisk eller kontinuerlig basis. Tillståndets egenskaper varierar med ifrågavarande medel, och detta måste klargöras genom ett påpekande om den speciella typen av läkemedelsberoende (drug dependence) i varje enskilt fall — t. ex. läkemedelsberoende av morfin-typ, kokain-typ, barbiturat-typ, amfetamin-typ etc." — och varje typ av beroende ges en karakteristik. I annat sammanhang nämner WHO i samma rapport ytterligare en kategori, nämligen "beroende av cannabis-typ".

Drug-dependence-begreppet har medfört en genomgripande förenkling av hela problemkomplexet, eftersom man gjort sig kvitt kravet att försöka pressa in de olika sjukdomsbilderna under ett komplex av flera samtidiga eller alternerande variabler av olika intensitet och styrka; man har i stället enbart tagit fasta på den sjukes *beroende* av medlet. Goldberg (1967) lämnar följande beskrivning av WHO:s dependence-begrepp:

1) Tvång att till varje pris fortsätta att ta medlet.
2) Psykiskt beroende.
3) Fysiskt beroende ofta förekommande.
4) I regel abstinenssymtom av psykiskt eller fysiskt slag om tillförseln avbryts.

Den tidigare skadlighetsvariabeln återfinns alltså inte i dependence-definitionen. Av de nämnda grundelementen i giftberoendet är det vid närmare betraktande endast den andra punkten, det psykiska beroendet, som är obligat. Eftersom fysiskt beroende inte förekommer utan att ett psykiskt beroende är för handen (frånsett några extrema specialfall, som jag tidigare berört), kan punkt 3 uteslutas ur definitionen. Om ett psykiskt beroende föreligger finns också åtminstone psykiska abstinenssymtom, eftersom dessa ingår i definitionen av själva beroendet. Punkt 4 är alltså ett led i ett cirkelresonemang och kan utgå ur definitionen. Vad den första punkten beträffar, "tvång att till varje pris fortsätta att ta medlet", är den diskutabel till sin språkliga utformning och dessutom helt enkelt felaktig. Om man med "till varje pris" verkligen menar "till varje pris" skulle all behandling av dessa tillstånd utan tvångsåtgärder logiskt sett vara omöjlig. Från praktiken vet vi visserligen att flertalet svåra fall av giftberoende inte är behandlingsbara utan tvångsomhändertagande, just därför att den sjuke "till varje pris" vill fortsätta sitt missbruk men det finns som bekant också undantag från den regeln. Att ha en definition av sjukdomstillståndet, "beroendet", som utesluter dessa undantagsfall kan inte vara korrekt. Vidare skulle spontanläkning vara utesluten, om den sjuke alltid ville fortsätta att ta medlet "till varje pris". Det är dock välbekant att spontanläkning inte är ett helt ovanligt fenomen även vid svåra fall av giftberoende. Den första punkten förefaller vara en historisk relikt från det gamla addiction-begreppet och syns mig närmast äventyra hela beroendebegreppet, om den vidhålls.

Både i sina äldre och nyare definitionsresonemang har WHO haft en tendens att blanda definitioner av *tillstånd hos individer* och *grupper av beroendeframkallande medel* på ett olyckligt sätt, vilket också påpekats av Håkanson (1967). De gamla definitionerna var ägnade att skapa missförstånd, men de nya synes alltför vaga. Även den nya terminologin i sig förefaller olycklig, och jag anser att WHO här gått från ett dåligt språkbruk till ett sämre.

Om man med "drug" vill begränsa sig till läkemedel, faller marihuanan strängt taget utanför ramen (även om cannabis tidigare använts som läkemedel och kanske gör så fortfarande i afrikansk och asiatisk naturmedicin). Å andra sidan torde etylalkoho-

len i lika hög grad som marihuanan kunna 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 för "drugs". Bensin-, lim- och thinnersniffning är välkända fenomen i litteraturen (Krug, Sokol och Nylander, 1965), och ett flertal industriella lösningsmedel används stundom epidemiskt i berusningssyfte. "Drug" bör följaktligen inte ingå i en generell beteckning av i narkomant eller euforiskt syfte använda medel. Även orddelen "dependence" synes omöjlig, i varje fall i konstellationen "drug dependence". Diabetiker och hjärtpatienter är ju ofta i högsta grad "drug dependent", även om medlen här är så oskyldiga som insulin och digitalis. Tvånget att för klarhetens skull ständigt släpa med sig olika suffix (drug dependence of morphine-type etc.) syns också besvärande. En behändigare terminologi skulle därför vara välkommen. Innan vi grubblar på detta skall vi granska de senaste nytillskotten i den terminologiska floran, odlade av narkomanvårdskommittén. Kursiveringarna i det citerade partiet har gjorts här.

NARKOMANVÅRDSKOMMITTÉNS BEGREPPSBESTÄMNINGAR

Då olika termer enligt vad ovan visats utnyttjas med skiftande innebörd, är det angeläget att ange vilken innebörd kommittén för sitt vidkommande tillägger 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 används 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. (SOU 1967: 25, s. 22)

Narkomanvårdskommittén synes alltså ha accepterat drug-dependence-begreppet, som man översatt till läkemedelsberoende. Men accepterandet visar sig endast vara halvhjärtat. Man vill också operera med ett narkomanibegrepp, där ett "tvingande behov att fortsätta missbruk av narkotiska medel" föreligger. Men tvingande behov finns ju som vi tidigare sett enligt Goldberg redan i dependence-begreppet och där t. o. m. i ännu starkare grad ("tvång att till varje pris fortsätta att ta medlet").

Särskilt bekymmersamt blir det när man konstruerar en hybrid mellan två skilda referenssystem, det biologiska och det juridiska. Med "narkotika eller narkotiska medel" avser kommittén nämligen endast sådana medel som (vid den aktuella tidpunkten) är upptagna i narkotikaförordningen och medicinalstyrelsens särskilda förteckning över narkotika. Begreppet narkomani i kommitténs mening blir alltså beroende på vilka medel, som vid ifrågavarande tidpunkt är klassificerade som narkotika i vårt land. En person som den ena dagen är läkemedelsmissbrukare, t. ex. en starkt barbituratberoende person, kan således genom ett administrativt beslut plötsligt förvandlas till narkoman. Däremot löper en etersniffare enligt dessa principer mindre risk att bli narkoman, även om han sniffar en liter ren eter per dag i åratal (som en av mina patienter gjort) och upplever ett tvingande behov att fortsätta sitt missbruk. Han är och förblir enligt narkomanvårdskommittén läkemedelsmissbrukare, då det är osannolikt att eter juridiskt kommer att klassas som narkotikum men likväl är ett läkemedel. Den inbitne thinnersniffaren, som kanske är minst lika sjuk som etersniffaren och som ideligen försöker skaffa sig thinner "till varje pris", kan enligt kommitténs definitioner förstås aldrig bli narkoman; han är inte ens läkemedelsmissbrukare, eftersom thinner inte är något läkemedel, men han kan bli det om någon mot förmodan finner ett medicinskt användningsområde för thinner.

Termen "läkemedelsmissbruk" torde vara ett barn av populärpressen eller kanske av Riksförbundet för hjälp åt läkemedelsmissbrukare. I medicinska sammanhang har läkemedelsmissbruk — i den mån termen använts — närmast betecknat överskridande av givna ordinationer, felaktig självmedicinering av antibiotika, överdosering av receptfria läkemedel såsom huvudvärksta-

bletter (fenacetin!) etc. Däremot förekommer sedan gammalt termen *medicinmisssbruk (abusus medicinalis)* för att beteckna missbruk av beroendetyp. Tidigare användes termen *abusus alii* när det gällde andra medel än alkohol och mediciner, men WHO har rekommenderat denna term även för medicinmissbruk.

"Beteckningen *'missbruk'* är också problematisk, starkt förknippad som den är med moraliska värderingar", påpekade jag i ett stencilerat, inte tidigare publicerat arbete från 1965, utförligt referat av Håkanson (1967). Jag skall återge ytterligare ett stycke ur mitt arbete från 1965: "Strängt taget borde den (dvs. beteckningen 'missbruk') 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?"

Hur logiskt omöjlig hela missbrukskonstruktionen ("läkemedelsmissbruk", "narkotikamissbruk" etc.) är som beteckning för sjukdomsformer av typen giftberoende skall för enkelhetens skull illustreras med ett praktiskt exempel.

Om en "läkemedelsmissbrukare" eller "narkotikamissbrukare" med narkomanvårdskommitténs och medicinalstyrelsens välsignelse ges legal tilldelning (exempelvis i de berömda "fallande doserna" eller i underhållsdoser) av det läkemedel som han står i ett beroendeförhållande till, förvandlas han då från "läkemedelsmissbrukare" respektive "narkotikamissbrukare" till läkemedels- och narkotikabrukare, eller är och förblir han en "missbrukare"? Om han förblir "läkemedelsmissbrukare" måste detta innebära att kommittén och medicinalstyrelsen sanktionerar att "missbruk" sker med deras goda minne och därtill under beteckningen medicinsk behandling. Om han däremot förvandlas till läkemedelsbrukare öppnar sig här onekligen ett radikalt sätt att bli kvitt allt läkemedelsmissbruk. Det är inte bara de praktiska komplikationerna, som är besvärande vid narkotikaförskrivning till missbrukare, även de teoretiska hopar sig redan på definitionsplanet.

I en särskild bilaga till narkomanvårdskommitténs första delbetänkande försökte sociologen Kaj Håkanson hjälpa kommittén ur den terminologiska förvirringen. Håkanson levererar en skarp-

sinnig och stimulerande analys av de olika WHO-definitionerna, men eftersom han inte är medicinskt skolad och inte fick något stöd i sina imponerande ansatser gick han vilse i vall, när han själv slutligen skulle föreslå en ny terminologi. Håkansons 11 definitionsförslag befinner sig långt från medicinsk verklighet och har endast teoretiskt intresse, men det var utomordentligt värdefullt att denna friska, skarpa och respektlösa diskussionspromemoria publicerades av kommittén.

Vi skall nu återgå till frågan om man kan finna en mera ändamålsenlig begreppsapparat än den hittills refererade.

EUFOMANIBEGREPPET

Den framstående danske farmakologen Knud O. Möller introducerade 1954 begreppet *eufomani* (han hade använt termen redan 1944) i stället för WHO:s dåvarande narkomanibegrepp (addiction). Möller tog fasta på att det i våra dagar mera sällan är dvala och sömn utan i stället förhöjd sinnesstämning, *eufori,* som brukar eftersträvas vid missbruk av beroendetyp. Gamla tiders opiumnarkomaner hade ofta förts in i sitt beroende genom att medlet använts medicinskt mot ihållande eller återkommande smärttillstånd. Hess (1965) nämner i sin rapport om våra dagars narkomaniproblem i Hongkong att påfallande många av de äldre opiumrökarna i Hongkong fortfarande har denna bakgrund, och ännu idag finns det i Orienten en utbredd folklig föreställning att opiumrökning är ett effektivt medel mot tuberkulos.

Möller (1955) påpekar inledningsvis att definitionen av eufomanibegreppet vållat stora vanskligheter "fordi en een-tydig definition neppe er mulig". Han ger sedan följande 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 en sådan grad, at individet, i reglen også samfundet beskadiges. — I de fleste tilfælde er trangen til at misbruge stoffet kædet sammen med en stærk trang til at opnå eufori, at befri sig for legemligt eller åndeligt ubehag eller at unddrage sig livets realiteter og krav.

Möller anger att definitionens första moment avser samtliga fall enligt eufomanibegreppet, andra momentet — avsnittet efter tankstrecket — de flesta fall. Möller påpekar att hans definition (i sak) endast avviker litet från WHO:s dåvarande addiction-definition. I eufomanibegreppet hade dock toleransstegringen och abstinensmomentet exkluderats såsom ej obligata. Möller nämner att toleransökning inte förekommer vid kokainism och bromism och att toleransen är svagt utvecklad vid barbiturateufomani; det senaste exemplet torde dock kunna diskuteras. Möllers argumentation för euforikomponenten som det mest centrala och allmängiltiga i sjukdomskomplexet komprimerar väsentliga kliniska lärdomar.

Trangen til at opnå *eufori* er et så væsentligt træk i eufomaniens billede, at jeg mener det ubetinget bør medtages i eufomaniens definition. I langt de fleste tilfælde af eufomani fremkalder det pågældende stof *eufori*. Dette kan være dels en "positiv eufori", dvs. fremkaldelse af en behagelig tilstand, fra et lettere velvære til den intense orgastiske følelse der fremkaldes ved intravenøs injektion af morfin og beslægtede stoffer, en følelse ganske lignende den sexuelle orgasme, blot lokaliseret til abdomen. Det kan også dreje sig om en "negativ eufori", hvor fysisk eller psykisk ubehag af forskellig art bringes til at svinde. Selv om det er således, at flertallet af eufomane har været prædisponeret for tilstanden ved at have en personlighedsdefekt, en psykisk vulnerabilitet eller andre psykiske abnorm-tilstande, udsiger definitionens 2. moment intet herom, idet ordlyden også gælder for psykisk helt normale personer, der er blevet eufomane.

Det är intressant att notera att Möller långt före WHO ansåg sig kunna avvara toleransstegring och abstinensreaktioner i sin definition. Till sin praktiska avgränsning torde eufomanibegreppet svara ganska väl även mot WHO:s nya dependencebegrepp. Även Möller refererar till att den sjuke försöker skaffa sig medlet "for enhver pris". Detta — och motsvarande formulering hos WHO — skulle dock med en hårdragning medföra att en stor del av WHO:s gamla habituationbegrepp strängt taget inte skulle rymmas inom vare sig eufomani- eller dependencebegreppen. För WHO:s del har detta dock inte varit avsikten, då dependen-

cebegreppet skulle innefatta både addiction och habituation.

Eufomanibegreppet har helt vunnit burskap i Danmark, där t. o. m. lagtexterna talar om "euforiserende stoffer" för vad som med nuvarande svenskt språkbruk kallas beroendeframkallande läkemedel. Däremot åberopas eufomanibegreppet sällan i den internationella litteraturen, där WHO:s på gammalt anglosaxiskt språkbruk grundade addictionbegrepp varit förhärskande. I vårt land har det rekommenderats av bl. a. Frey (1960).

Möllers eufomanibegrepp svarar mycket väl mot de sjukdomsbilder av giftberoende, som förekommer inom den psykiatriska vårdsektorn; definitionen fyller alltså ett praktiskt behov och är som vi tidigare visat till sin konstruktion och språkliga dräkt mera tilltalande än det officiella beroendebegreppet.

Eufomanibegreppet såsom det avgränsas av Möller syns mig dock alltför snävt. För det första talar Möller uttryckligen om läkemedel ("farmakon") och exkluderar därmed vår vanligaste narkomaniform — eller typ av allvarligt giftberoende kanske man skall säga för att undvika missförstånd — nämligen alkoholismen. Exkluderade blir därmed också svåra beroendefall av typen thinner-, tri- och limsniffning etc.

För det andra har eufomanibegreppet definierats snävt vad beträffar beroendets (och euforins!) styrka. Det är svårt att se något skäl att exkludera lättare fall, där vederbörande inte kräver medlet "for enhver pris". Dessa lättare fall ingår i samma sjukdomskomplex som de svårare fallen, de har samma bakgrundsmönster och samma missbruksmedel kommer till användning etc. Därtill kommer att lättare och gravare sjukdomsperioder ofta alternerar hos en och samma individ, stundom skilda åt av fria intervaller. Dessa varierande tillstånd hör hemma under samma hatt, och så har tydligen också Vogel, Isbell och Chapman (1958) menat.

Så långt skulle man förstås kunna möta invändningarna med bibehållet eufomanibegrepp och en vidgad gränsdragning. Allvarligare är då det obestridliga faktum att många beroendesjuka inte (längre) upplever någon eufori genom att tillföra medlet. Från Lexington rapporterar Wikler (1965): "... även vid obegränsad tillgång till (de narkotiska) medlen och förmånen att själv få injicera och bestämma kvantiteter och intervaller är narkomanen, åtminstone under försöksförhållanden, i miserabelt skick (a mise-

rable creature), plågad av samvetsförebråelser, skuldkänslor och ångest."

Möller åberopar här Wiklers begrepp "negativ eufori", vilket innebär att den mycket sjuke eufomanen, som av sitt medel inte längre kan uppleva någon "positiv eufori", dvs. vällust eller förhöjd sinnesstämning, tillfälligt kan komma upp till gängse "normaltillstånd" eller i varje fall i närheten av detta genom att tillföra medlet. Även om detta kan gälla vid morfinism och annat giftberoende av opiattyp är det inte relevant för alla svåra beroendetillstånd. Vid avancerade former av alkoholism kan som bekant euforifasen krympa och gå helt förlorad, så att alkoholisten från dagen-efter-stämningens missmod (och fysiska abstinensbesvär) via minsta alkoholkonsumtion går direkt in i en dysforisk fas, som sedan fördjupas fram till det utvecklade ruset och sömnen. Att Möller inte inkluderar alkoholismen bland eufomanierna betyder principiellt mindre; resonemanget pekar på en av de olägenheter som uppstår, då grundbegreppet byggs upp kring euforivariabeln.

CRAVINGBEGREPPET

Den amerikanske sociologen A. R. Lindesmith, som sysslat mycket med narkomaniproblematiken, har byggt upp narkomanidefinitionen kring "craving for drugs", dvs. giftbegär. Lindesmith menar att själva begäret ("craving") bör användas som enda definierande egenskap. Håkanson (1967) har utförligt refererat och diskuterat Lindesmiths argumentation, som han ansluter sig till. Håkanson kompletterar cravingbegreppet med en rad underavdelningar beroende dels på begärets styrka, dels på förekomsten eller frånvaron av fysiska abstinensreaktioner.

Genom att ta bort fysiskt beroende som genererande kriterium utesluter Lindesmith från cravingbegreppet irrelevanta grupper som giftberoende försöksdjur, beroendetillstånd hos nyfödda barn till narkomaniserade mödrar, medvetslösa personer etc. Värdefullare är att han med cravingdefinitionen eliminerar de svåra diagnostiska problemen om huruvida en person, som varit svår giftmissbrukare men sedan en tid inte tagit medlet, skall sägas vara sjuk eller inte. Enligt Lindesmith är en person sjuk så länge han har

ett starkt begär efter medlet, oberoende om han tar medlet eller inte och oberoende om abstinensen är frivillig (grundad på en viljemässig föresats att inte ta medlet) eller påtvingad (t. ex. genom fängelse- eller sjukhusvistelse).

Ett slags mellanform mellan frivillig och påtvingad abstinens, mellan begär att ta medlet och en önskan att undvika det, uppvisar alkoholisten under antabusbehandling. Att han fortfarande är sjuk vet vi. Däremot syns Lindesmith ha förbisett att alkoholisten bär sjukdomen inom sig för resten av sitt liv, även sedan han nedkämpat sitt begär efter medlet. Om han är abstinent i decennier och sedan återupptar sin alkoholkonsumtion återfaller han som bekant momentant i samma framskridna utvecklingsfas av sin gamla sjukdom som han tidigare befann sig i. Sjukdomen har hela tiden funnits där latent. Det finns många kliniska erfarenheter som talar för att flertalet giftberoenden förhåller sig på detta sätt. De kan vara kliniskt läkta, det föreligger inte längre något "craving", men sjukdomen finns latent och kan blossa upp explosionsartat vid ny drogkontakt. Detta fenomen kan även iakttas vid tobaksrökning.

TOXIKOMANIBEGREPPET

När vi tidigare diskuterade WHO:s äldre narkomanidefinition mötte vi den franska termen *toxicomanie* som motsvarighet till addiction. Analogt med begreppet toxikologi har dock benämningen toxikomani på senare år börjat användas i en vidare betydelse, ungefär motsvarande drug dependence. Ettlinger och Rylander (1965) har använt termerna toxikomani och toxikomaniframkallande medel som samlingsbegrepp för "missbruk av narkotika, sedativa och stimulantia". De säger dock klart ifrån att de i sin toxikomaniterminologi inte vill inkludera "alkoholmissbruk eller missbruk av gängse analgetica, t. ex. fenacetin".

Här skulle jag vilja göra halt och fråga: Varför nu denna puritanism? Det är uppenbart att *vi är i stort behov av ett vetenskapligt rambegrepp för alla olika typer, former och grader av giftberoende,* från de svåraste till de mildaste och mest oskyldiga. Såväl Möller som Lindesmith avgränsar sina eufomani- respektive cravingbegrepp mycket snävt. Ett starkt skäl för ett vidare ram-

begrepp är att vi många gånger inte vet hur allvarligt ett visst giftberoende är eller kan visa sig vara; många till synes banala giftberoenden kanske inte alls är så oskyldiga. Det tog nästan 500 år av europeiskt tobaksrökande (föregånget av några tusen år indianskt) att otvetydigt påvisa tobakens hälsovådliga egenskaper; numera vet vi att tobaksrökningen utgör en betydande folkhälsorisk. Därtill kommer att det ur naturvetenskaplig synpunkt är motbjudande att bygga basbegreppet på enbart subjektiva variabler som eufori eller begär.

I mitt tidigare refererade arbete från 1965 argumenterade jag för att man skulle utgå från den objektiva förgiftningen, *intoxikationen,* och bygga upp begrepp och terminologi kring detta: "I terminologin *toxikomani, toxikoman* och *toxikotika* tycker jag man har funnit den enda generellt tillämpliga och logiskt adekvata beteckningen för hela problemkomplexet vad *missbruk* beträffar." De sista tre orden borde dock inte ha stått där; de innebär en vag och ovidkommande inskränkning av rambegreppet.

Hur skall då toxikomanibegreppet definieras och avgränsas? Beroendekomponenten måste vara med i någon form för att begreppet skall bli meningsfullt, för det är ju inte fråga om tillfälliga eller accidentella förgiftningar; craving är dock ett för starkt ord och dependence för vagt i sammanhanget. Om det däremot är fråga om psykiskt eller fysiskt beroende, om bruk eller missbruk, om giftumgänget är skadligt eller inte för individen och/eller samhället, om gifterna utgörs av narkotika, andra läkemedel eller kemiska substanser av annat slag — alla dessa variabler bör appliceras på underavdelningar men inte ingå i det generella begreppet.

Rambegreppet toxikomani skulle då kunna ges följande definition, där de olika leden för åskådlighetens skull numreras: *Toxikomani är ett tillstånd, som karakteriseras av 1) återkommande eller kontinuerlig, 2) medicinskt omotiverad eller inadekvat, 3) av individen eftersträvad 4) påverkan av centrala nervsystemet.* Toxikomanin är alltså inte förgiftningen i sig utan det tillstånd där en påverkan av centrala nervsystemet eftersträvas, dvs. i enlighet med Lindesmiths cravingmekanism men med en vidare avgränsning och med accepterande av såväl medvetna som omedvetna strävanden.

Att det mera är det tillstånd som uppkommer genom förgiftningen än själva euforin eller påverkan i sig som eftersträvas framgår av den höga specificitet eller giftpreferens, som brukar karakterisera dessa tillstånd. Eufori kan vederbörande uppnå med många kemiska och andra medel, men varje toxikoman är i hög grad bunden till "sitt" favoritpreparat. Beroendebegreppet å sin sida erbjuder många praktiska fördelar vid behandling av toxikomaner då termen "beroende" på ett enkelt sätt konkretiserar situationen för patienten, men ur vetenskaplig synpunkt är "beroende" en alltför vid och vag term: vi är alla beroende av många ämnen och företeelser av mångskiftande slag. Därtill kommer att t. o. m. giftberoende (exempelvis digitalisberoende) som nämnts kan vara medicinskt synnerligen välmotiverat.

Toxikomanibegreppets största fördel gentemot de redan avgränsade eufomani- och cravingbegreppen är sannolikt dess obegränsade terminologiska flexibilitet. Med toxikomani som rambegrepp kan vi enkelt föra in hur många variabler vi vill i problemkomplexet utan att det behöver medföra några komplikationer; ja, vi kan när som helst förändra dem, och envar kan göra sina underavdelningar allt efter behov och behag. Vi skall exemplifiera detta.

Toxikomanierna kan framkallas av en lång rad vitt skilda naturliga eller syntetiska ämnen, av vilka åtskilliga aldrig haft någon medicinsk användning. Vissa av dessa ämnen ger efter en tids användning upphov till ytterligt allvarliga toxikomanier, andra är så vitt vi vet närmast helt oskyldiga, och det är främst ur teoretiskt och vetenskapligt systematiseringsintresse som man vill hänföra även dessa tillstånd till toxikomanigruppen — i underavdelningar som benigna, dvs. godartade, eller banala toxikomanier etc.

A) *Farmakologisk indelning av toxikomaniframkallande agens (ev. toxikotika)*

1) *Euforiserande analgetika* (opiumgruppen med morfin, heroin etc. och morfinersättningsmedel)

2) *Sedativa och hypnotika*
   a) *Sedativa* [meprobamat, klormetiazol (Heminevrin), dia-

zepam (Valium) etc.]

b) *Hypnotika* (kloral, paraldehyd, brompreparat, barbiturater och en rad andra sömnmedel av olika typ)

3) *Inebriantia* (alkohol, kloroform, eter, bensin, trikloretylen, thinner, lustgas etc.)

4) *Hallucinogener* (cannabis med marihuana och hasch etc.; peyote, meskalin, psilocybin, LSD etc.)

5) *Stimulantia och excitantia*

a) *Centralstimulantia* [kokain, amfetamin, metamfetamin, fenmetralin (Preludin), metylfenidat (Ritalina) etc.]

b) *Excitantia* (som är Lewins beteckning för medlen i denna grupp; *milda stimulantia* är kanske en bättre benämning: kamfer, betel, kat, kaffe, te, kakao, tobak, arsenik etc.)

Detta är en högst schematisk och preliminär indelning, och den är långt ifrån invändningsfri: koffein är givetvis centralstimulerande och i höga doser långt ifrån ett milt medel; nästan alla centralstimulantia har under vissa förhållanden en hallucinogen effekt; en rad medel används samtidigt som sedativa och hypnotika, t. ex. barbituraterna; alla inebriantia har en hypnotisk effekt osv. De egenskaper och vanliga — eller ovanliga — användningsområden som binder dessa ämnen samman i grupperna ovan är dock starkare än de överlappande egenskaper, som skulle motivera en väsentligt annorlunda farmakologisk indelning av dem.

Vi skall senare återkomma till ett närmare studium av de viktigaste medlen i dessa grupper, deras farmakologi och klinik.

Starka skäl syns tala för att man i framtiden reserverar termen narkotika för enbart den medicinaljuridiska referensramen:

B) *Juridisk indelning av toxikomaniframkallande agens (ev. toxikotika)*

1) *Internationella narkotika*

a) Opiumgruppen (med råopium, opiumalkaloider, halvsyntetiska opiumderivat och syntetiska morfinersättningsmedel)

b) Kokaingruppen (kokablad och rent kokain)

c) Cannabisgruppen (marihuana, hasch, ganja, bhang etc.)

2) *Nationella narkotika*
I Sverige för närvarande (1967)
a) Centralstimulantia (amfetamin, Preludin, Ritalina etc.)
b) Hallucinogener (LSD, meskalin, psilocybin)

3) *Övriga i läkemedelsförordningen upptagna toxikomaniframkallande medel*

a) Hypnotika (barbiturater etc.)
b) Sedativa (meprobamat etc.)

4) *Toxikomaniframkallande medel under viss statlig kontroll*
a) Alkohol
b) Tobak

5) *Toxikomaniframkallande fria handelsvaror*
a) Vegetabiliska (Ipomoea, muskot, kaffe, kakao etc.)
b) Tekniska (thinner, tri, lim, bensin etc.)

Toxikomanierna kan förstås uppkomma på många olika sätt, och en indelning av dem enligt denna princip måste vara särskilt meningsfull, när man skall diskutera medicinsk, social och juridisk prevention av toxikomanierna och dithörande problem. Gruppindelningen nedan introducerades av mig 1965 (frånsett punkt 6 som tillkommit senare). Vi skall längre fram återkomma till ett detaljstudium av dessa grupper.

C) *Toxikomaniernas indelning efter uppkomstsättet*
1) Av läkare medvetet etablerade toxikomanier
2) Av läkare omedvetet etablerade toxikomanier
(1 + 2 = terapeutiskt etablerade toxikomanier)
3) Autoetablerade toxikomanier
4) Epidemiska toxikomanier
5) Endemiska toxikomanier
6) Pandemiska toxikomanier

Toxikomanierna kan indelas enligt en rad andra meningsfulla variabler i ett mångdimensionellt system. Vi skall exemplifiera detta ytterligare.

D) *Toxikomanierna enligt duration*
1) Akuta, subakuta, subkroniska, kroniska
2) Tillfälliga, periodiska, kontinuerliga; habituella

E) *Toxikomanierna enligt fysiologisk karaktär*
1) Psykiska och betingade
2) Fysiska och imperativa

F) *Toxikomanierna enligt diagnostiserbarhet*
1) Kända och okända
2) Manifesta och latenta

G) *Toxikomanierna enligt allvarlighetsgrad och prognos*
1) Maligna, dvs. allvarliga. Hit får man räkna morfinism, kokainism, amfetaminism, bromism, barbiturism, alkoholism m. fl. Wiklers (1963) addiction-definition syns väl lämpad att karakterisera denna sjukdomsgrupp: "För kliniskt bruk definieras drug addiction (här alltså: malign toxikomani) som ett tvingande bruk av kemiska agens, som är skadliga för individen, samhället eller för både individen och samhället." "Tvingande bruk av" bör dock kompletteras med "eller tvingande begär efter".
2) Benigna, dvs. godartade (möjligen nikotinism)
3) Banala (koffeinism etc.)

H) *Toxikomanierna enligt risk- och klientelgrupper*
1) Toxikomanier bland medicinalpersonal
2) Barn- och ungdomstoxikomanier
3) Toxikomanier bland asociala, kriminella etc.

På detta sätt kan man fortsätta att föra in och specialstudera de för tillfället mest intressanta och fruktbara variablerna i det för ett visst samhälle vid en viss given tidpunkt aktuella toxikomaniproblemet.

Medan de gamla begreppsbyggnaderna varit trånga och rigida är toxikomanibegreppet anpassningsbart till varje typ och grad av missbruk, och det är inte bundet till vissa obligata symtom (visserligen föreligger som regel det subjektiva symtomet begär men detta kan också vara helt latent) och ännu mindre till vissa

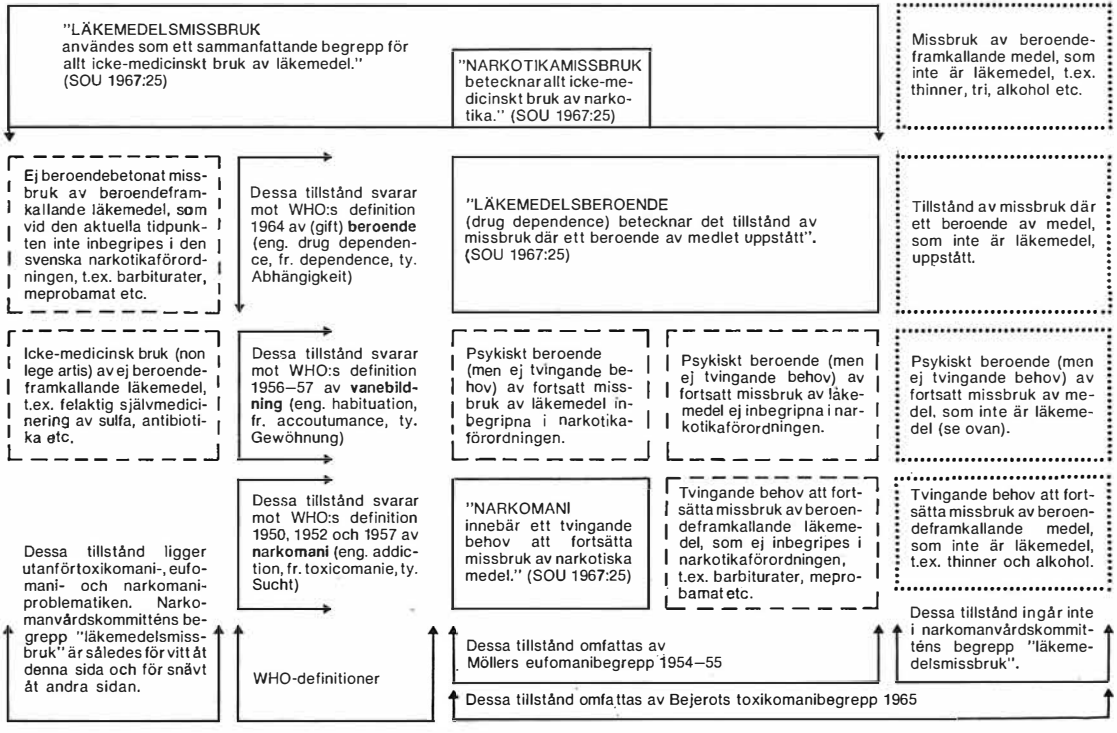
speciella medel. Genom att frågan om agens vidgas till att omfatta alla toxikomaniframkallande medel blir det aktuella missbruksmedlet (och dess toxicitet, vanebildande eller tillvänjande egenskaper etc.) i det enskilda fallet principiellt sekundärt i förhållande till den sjukes *tillstånd* kroppsligt, psykiskt och socialt. Alla former av (avancerat) giftberoende kan inom toxikomanibegreppets ram sammanföras till den sociala och medicinska kategori av närbesläktade sjukdomskomplex, som de erfarenhetsmässigt utgör. Om sjukdomen framkallats av alkohol, morfin, kokain, centralstimulantia eller thinner är principiellt (men inte i alla avseenden praktiskt) lika sekundärt som om den sjuke dricker, äter, snusar (kokain!), sprutar eller sniffar nervgifterna.

Toxikomanibegreppet som referensram ger alltså möjlighet till ett mera dynamiskt medicinskt och socialt synsätt beträffande uppkomst, diagnostik, behandling och särskilt prevention. Vad diagnostiken beträffar blir det inom toxikomanibegreppets ram naturligt att använda flerdimensionella, beskrivande diagnoser. Vi skall exemplifiera detta med några fiktiva diagnoser, där de enskilda leden givetvis är oberoende och variabla: "Toxikomani av amfetamintyp; epidemisk, intravenös, subkronisk, malign", "Toxikomani av alkoholtyp; periodisk (dipsomania vera)", "Toxikomani av barbiturattyp; terapeutisk, kronisk" etc.

Detta är en första fylligare presentation av det generella toxikomanibegreppet. Om begreppet visar sig vetenskapligt fruktbart kommer det troligen att utvecklas vidare, fördjupas, fasetteras och modifieras. Men detta får framtiden utvisa.

DEFINITIONSÖVERSIKT

Det är förståeligt om läsaren känner sig konfunderad över denna snårskog av termer och definitioner och slutligen kanske tappar orienteringen bland alla begreppen. Jag har dock velat ge denna omfattande begreppspresentation, då den är ett resultat av flera års toxikomanistudier och då det endast är ett fåtal, som har tid och möjlighet att på egen hand sätta sig in i alla dessa begrepp och den terminologiska förändring som skett och fortfarande pågår. Därtill kommer att jag vill lämna en utförlig redovisning av tidigare begrepp som bakgrund till presentationen av


"LÄKEMEDELSMISSBRUK
användes som ett sammanfattande begrepp för allt icke-medicinskt bruk av läkemedel."
(SOU 1967:25)
"NARKOTIKAMISSBRUK
betecknar allt icke-medicinskt bruk av narkotika." (SOU 1967:25)
Missbruk av beroendeframkallande medel, som inte är läkemedel, t.ex. thinner, tri, alkohol etc.
Ej beroendebetonat missbruk av beroendeframkallande läkemedel, som vid den aktuella tidpunkten inte inbegripes i den svenska narkotikaförordningen, t.ex. barbiturater, meprobamat etc.
Dessa tillstånd svarar mot WHO:s definition 1964 av (gift) beroende (eng. drug dependence, fr. dependence, ty. Abhängigkeit)
"LÄKEMEDELSBEROENDE
(drug dependence) betecknar det tillstånd av missbruk där ett beroende av medlet uppstått". (SOU 1967:25)
Tillstånd av missbruk där ett beroende av medel, som inte är läkemedel, uppstått.
Icke-medicinsk bruk (non lege artis) av ej beroendeframkallande läkemedel, t.ex. felaktig självmedicinering av sulfa, antibiotika etc.
Dessa tillstånd svarar mot WHO:s definition 1956–57 av vanebildning (eng. habituation, fr. accoutumance, ty. Gewöhnung)
Psykiskt beroende (men ej tvingande behov) av fortsatt missbruk av läkemedel inbegripna i narkotikaförordningen.
Psykiskt beroende (men ej tvingande behov) av fortsatt missbruk av läkemedel ej inbegripna i narkotikaförordningen.
Psykiskt beroende (men ej tvingande behov) av fortsatt missbruk av medel, som inte är läkemedel (se ovan).
Dessa tillstånd svarar mot WHO:s definition 1950, 1952 och 1957 av narkomani (eng. addiction, fr. toxicomanie, ty. Sucht)
"NARKOMANI
innebär ett tvingande behov att fortsätta missbruk av narkotiska medel." (SOU 1967:25)
Tvingande behov att fortsätta missbruk av beroendeframkallande läkemedel, som ej inbegripes i narkotikaförordningen, t.ex. barbiturater, meprobamat etc.
Tvingande behov att fortsätta missbruk av beroendeframkallande medel, som inte är läkemedel, t.ex. thinner och alkohol.
Dessa tillstånd ligger utanför toxikomani-, eufomani- och narkomaniproblematiken. Narkomanvårdskommitténs begrepp "läkemedelsmissbruk" är således för vitt åt denna sida och för snävt åt andra sidan.
WHO-definitioner
Dessa tillstånd omfattas av Möllers eufomanibegrepp 1954–55
Dessa tillstånd ingår inte i narkomanvårdskommitténs begrepp "läkemedelsmissbruk".
Dessa tillstånd omfattas av Bejerots toxikomanibegrepp 1965

toxikomanibegreppet och utförligt underbygga argumentationen för detta. Vi skall avsluta detta avsnitt med en komprimerad definitionsöversikt, presenterad i tabellform (tabell 1). I de med breda, heldragna linjer inramade rutorna återfinns narkomanvårdskommitténs terminologi och definitioner. "Läkemedelsberoende" är som synes det enda av de använda begreppen, som har motsvarighet i den aktuella WHO-terminologin. Kommitténs "narkomanibegrepp" svarar mot WHO:s tidigare addiction, men kommittén förutsätter att de aktuella missbruksmedlen är juridiskt klassificerade som narkotika i Sverige. De överordnade begreppen "läkemedelsmissbruk" och "narkotikamissbruk" har så vitt jag kan finna inte någon internationell motsvarighet. De representerar ett vagt språkbruk, är olämpliga i vetenskapliga sammanhang men kan möjligen ha ett berättigande i populärdebatt. Man får dock vara på sin vakt och se till att de populärföreställningar dessa termer representerar inte får makt över grundläggande vetenskapliga begrepp.

Toxikomaniframkallande medel

För att kunna förstå toxikomanierna som individuella sjukdomstillstånd och sociala massfenomen måste man oundgängligen ha vissa baskunskaper om de viktigaste toxikomaniframkallande medlens bakgrund och förekomst, farmakologiska effekter och medicinska användning (i de fall där medicinsk användning förekommer) liksom deras effekter vid missbruk och de sjukdomsbilder de då ger upphov till. Det är också värdefullt att veta något om de olika medlens legala status och deras roll i den illegala narkotikahandeln.

För den som är särskilt intresserad av kulturhistoria och etnofarmakologi beträffande dessa droger vill jag rekommendera den tyske toxikologen och polyhistorn Louis Lewins stora arbete "Phantastica", som utkom 1924. Under ett långt och intensivt forskarliv samlade och systematiserade Lewin gigantiska kunskaper på detta område och komprimerade dem i detta arbete. Den första engelska upplagan av boken kom ut 1931, men efter kriget var den en raritet tills den svenske toxikologen Bo Holmstedt förmådde förlaget att ge ut en ny upplaga 1964.

Beträffande de toxikomaniframkallande medlens farmakologi, bruk och missbruk finns det en mycket omfattande internationell litteratur, som svämmar över alla bräddar, då man kommer in på psykiatriska, socialmedicinska, sociologiska, sociala och juridiska aspekter på toxikomaniernas uppkomst, behandling och prevention. Ett par mycket informativa och vederhäftiga översiktsarbeten vill jag särskilt rekommendera för den som vill fördjupa sig i den amerikanska narkotikaproblematiken, som ännu är mera avancerad än vår. En lättläst informationsbok på hundra sidor är "Nightmare Drugs" av Donald Louria, docent i medicin vid Cornell University och ordförande i New Yorks läkarförenings nar-

kotikakommitté och i staten New Yorks narkotikaråd. Det andra översiktsarbetet är David W. Maurers och Victor H. Vogels "Narcotics and Narcotic Addiction", ett standardverk för fackfolk. Det arbetet avslutas med en sextiosidig ordlista över anglosaxisk narkomanslang.

Litteraturen är särskilt rik kring opiumgruppens medel, dit morfin och heroin hör. Opiatmissbruket är den äldsta av de missbruksformer vi skall beröra i det följande och den som av ålder stått i förgrunden för det medicinska, sociala och politiska intresset, om vi bortser från vår vanligaste allvarliga toxikomaniform — alkoholismen. Gott och väl nittio procent av den internationella facklitteraturen inom narkomaniproblematiken behandlar morfin- och heroinmissbruk, som sedan förra århundradet är det dominerande narkomaniproblemet i USA, som är i snabbt tilltagande i England sedan ett decennium och som de senaste åren också börjat expandera i vårt land efter att under decennier ha varit begränsat till några mycket små och speciella missbrukargrupper.

Kokain är ett annat gammalt missbruksmedel, som blir dubbelt intressant då det ses som bakgrund till missbruk av syntetiska centralstimulantia, vilket är det helt överväldigande problemet i svenskt missbruksmönster i dag. Tidigare har ett missbruk liknande vårt aktuella varit ett utbrett massfenomen endast i Japan och i mindre omfattning i några andra industriländer.

Cannabis (marihuana och hasch) är det äldsta av s. k. klassiska narkotika, dit också kokain räknas. Dessa tre medel kommer alla från växtriket, de har en lång kulturhistoria bakom sig och de omfattas alla av de internationella narkotikakonventionerna.

Läkemedelsindustrin har framställt en rad syntetiska läkemedel, som visat sig vara beroendeframkallande. En del av dessa preparat har framställts i strävan att finna starkt smärtstillande preparat med mindre tillvänjningsrisk än morfinets, men flera av dessa läkemedel har visat sig ännu farligare än morfinet självt.

Även lugnande och rogivande preparat och många av våra vanligaste sömnmedel har visat sig kunna ge upphov till tillvänjning och svåra beroendetillstånd. För att dessa risksituationer skall uppstå fordras dock som regel en längre tids bruk, ofta förenat med överskridande av rekommenderade terapeutiska doser.

Det finns emellertid åtskilliga exempel på hur psykofarmaka — och även andra läkemedel — som ursprungligen betraktats som helt ofarliga, så småningom visat sig kunna ge upphov till svåra beroendetillstånd även vid normal dosering. På 1950-talet publicerades exempelvis från flera ansedda psykiatriska kliniker undersökningar som syntes verifiera läkemedelsindustrins entusiastiska rapporter om att man äntligen funnit suveränt ångestdämpande medel utan tillvänjningsrisk, men några år senare hade vi de första narkomanerna på dessa nya lyckopiller. Detsamma gäller som bekant de centralstimulerande medlen, som ursprungligen ansågs så oskyldiga att de länge såldes receptfritt. Så är än i dag förhållandet i många länder, som ännu inte fått några större missbruksproblem av denna typ. Nu vet vi emellertid att de toxikomanier, som uppkommer efter en längre tids användning av centralstimulantia, särskilt när medlen injiceras direkt i venerna, i många avseenden är en allvarligare sjukdomsform än exempelvis den klassiska morfinismen.

EUFORISERANDE ANALGETIKA: OPIUMGRUPPEN

Under denna rubrik skall vi presentera inte bara de naturliga opiaterna utan också de halv- och helsyntetiska preparat som har opiumliknande egenskaper.

Historik

Opium utvinns som saft ur omogna frökapslar från opiumvallmon, *Papaver somniferum*. Redan under antiken var opium välkänt, och Homeros beskriver i Odysséen en dekokt, nepenthes, som Helena bjöd kung Menelaos gäster i Sparta. De som drack av denna dryck blev helt oberörda av omvärlden, och de skulle inte ha fällt en tår om så deras föräldrar hade dött eller om en nära anförvant skulle ha dödats inför deras ögon. Lewin konstaterar att det endast finns en drog i världen som har denna verkan, opiumsaften med sitt morfin, och påpekar att dess karakteristiska effekt, särskilt vid vanemässigt bruk, är just detta tillstånd av likgiltighet för allt utom det egna jaget.

Man räknar med att det gamla Mesopotamien, landet mellan Eufrat och Tigris, var opiets ursprungsområde. Det var känt där för 4 000 år sedan av sumererna, som kallade opiumvallmon för glädjeblomman. Perserna förde den till grekerna, varifrån romarna fick den. Det blev sedan araberna (de blev bekanta med opium genom romarna) som på 700-talet introducerade blomman och drogen i Indien och Kina. På 1400-talet var opiumhandeln i Fjärran Östern mycket omfattande, och Indien och Kina var då själva storproducenter.

Den gamla kinesiska opiumrökningen förefaller inte ha så gamla anor, som vi kanske föreställer oss i Europa. Före 1600-talet användes opium sannolikt uteslutande i olika beredningar och dekokter i Kina och annorstädes. I slutet av Ming-dynastin, under första hälften av 1600-talet, förbjöd kejsaren av okänd anledning den för kineserna främmande och exotiska tobaksrökningen, som hade introducerats av européerna. Opiumrökning syns därvid ha uppstått som ett surrogat för tobaksrökningen, och de kinesiska myndigheterna kom uppenbarligen ur askan i elden.

Opiumrökningen bredde snabbt ut sig i Kina och passiviserade sina habituéer. De kinesiska myndigheterna förde en ojämn kamp mot engelsmän och portugiser kring opiumhandeln på Kina. När det kinesiska motståndet mot den engelska opiumimporten från Indien hade blivit fast och beslutsamt, startade engelsmännen det beryktade opiumkriget (1839—42), ett av historiens mest cyniska, imperialistiska gangsterdåd, och lyckades tvinga det militärt svaga Kina på knä. För att spara främmande valuta blev kineserna i denna situation tvungna att återuppta den inhemska opiumproduktion, som de tidigare hade försökt utrota.

Mot slutet av 1800-talet var opiumrökningen mycket utbredd i Kina och Fjärran Östern. 1906 lyckades dock Kina förmå England att acceptera en successiv nedtrappning av opiumimporten och samtidigt förband sig kineserna att skära ned den inhemska produktionen, som skulle reduceras till att enbart täcka medicinska behov 1917. Men första världskriget kom emellan. Det gjorde också tibetanerna, som hade upptäckt att opiumodling var en lukrativ hantering i avlägsna bergsbyar. Tibetanerna var, liksom våra dagars preludinproducerande tyskar, spanjorer och italienare, kloka nog att inte börja använda giftet själva utan

koncentrerade sig på produktion, för tibetanernas del också en aktiv smuggling i stor skala på Kina.

Opiumodling förekommer i våra dagar främst i ett varmt och torrt bälte från Balkan (Ungern, Jugoslavien, Grekland) över Turkiet, Afganistan, Pakistan, Indien, Burma, Thailand, Laos, Vietnam och Sydkina. Iran förbjöd all opiumodling 1946, och Japan har en mindre produktion för eget medicinskt behov liksom Sovjetunionen (Kirgisien och Kasakstan).

Huvudparten av världsproduktionen av råopium sker för illegal handel och export, främst för den stora och penningstarka missbruksmarknaden i USA. Förenta Nationernas Committee on Narcotic Drugs uppskattar enligt Maurer och Vogel (1967) världsproduktionen av råopium till omkring 10 000 ton och den medicinska förbrukningen till 750 ton, dvs. av storleksordningen 7,5 % av totalproduktionen. Eftersom den illegala opiumhandeln är nationalekonomiskt betydande för en rad fattiga länder har Förenta Nationerna försökt pressa ned och kvotera den legala produktionen och samtidigt subventionera priserna, men fortfarande är de praktiska svårigheterna överväldigande och det internationella kontrollsystemet otillräckligt.

Farmakologi

Den intorkade opiumsaften stelnar till en mjuk, formbar, brun massa, råopium, som kan intorkas ytterligare till mörkbruna eller nästan svarta, fasta kakor. Det förekommer att råopium blandas direkt med tobak och rökes, men vid den orientaliska opiumrökningen kommer särskilt behandlat opium till användning.

Olika beredningar på totalextrakt av opium har som nämnts haft en mångtusenårig användning mot en rad symtom och sjukdomar. Ett sådant totalextrakt av opium i alkohol är *tinctura opii* eller opiumdroppar, som är ett verksamt och fortfarande använt medel mot vissa former av diarré. Tidigare har opiumdroppar på grund av sin i adekvat dosering milt euforiserande effekt använts mycket mot psykiska depressionstillstånd. I gängse dosering brukar sådan opiummedikation inte ge upphov till tillvänjning, men betydande risk föreligger om preparaten överdoseras i toxikomant syfte. Under 1800-talet var opiumdrickning av sådana tinkturer

och extrakt en vanlig missbruksform. *Tetrapon* är ett standardiserat helextrakt av opium; det brukar användas till injektion vid smärttillstånd och har en betydande tillvänjningsrisk.

Råopium innehåller en rad farmakologiskt högaktiva alkaloider av två huvudtyper med olika kemisk struktur och skilda egenskaper. Den ena gruppen, som representeras av *morfin* (10 % av totalopiet) och *kodein,* är smärtdämpande, rogivande och hostlindrande. Av dessa är morfinet i hög grad toxikomaniframkallande, medan det närbesläktade kodeinet, som ingår i många av våra vanligaste hostmediciner, är så ofarligt att det säljs receptfritt. Den andra gruppen består främst av *papaverin,* som är kraftigt kramplösande men inte smärtlindrande, och *noskapin* som är lika hostdämpande som kodein. Varken papaverin eller noskapin är beroendeframkallande, varför vi kan bortse från dem i detta sammanhang.

Morfin

Morfinet är den både kvantitativt och farmakologiskt dominerande opiumalkaloiden. Genom sin dominans i råopium och totalextrakt blir dessas farmakologiska verkan i huvudsak morfinets, liksom morfinismens symtomatologi är representativ också för annat opiatberoende. Morfinets egenskaper återfinns med smärre modifikationer även hos de halvsyntetiska *morfinderivaten* liksom hos de helsyntetiska *morfinersättningsmedlen,* som inte har någon kemisk släktskap med morfin. Även missbruk av dessa preparat visar i allt väsentligt samma principiella bild som morfinismen, varför vi kan inskränka oss till att utförligt presentera endast morfinets egenskaper och risker och därutöver lämna kompletterande upplysningar om övriga medel i denna farmakologiska huvudgrupp.

Morfinet isolerades redan 1803. Dess främsta medicinskt utnyttjade egenskap är den utpräglat smärtdämpande effekten. Morfinet ger dessutom en upplevelse av välbehag (eufori) och en överväldigande känsla av ro, men det finns personer som inte alls tål morfin utan blir illamående även av vanlig medicinsk engångsdos. En i medicinsk praxis komplicerande bieffekt av morfin är ökad krampbenägenhet i gall- och urinvägar. Även om mor-

finet också har en andningsdämpande effekt, som ibland kan vålla läkaren bekymmer, utgör morfinet den suveräna första hjälpen till en svårt smärtplågad olyckspatient och den ofta oumbärliga sista hjälpen till en döende cancersjuk människa.

Morfinet är dock som bekant även ett utpräglat beroendeframkallande preparat. Toleransstegring inträder mycket snabbt, även efter upprepade smådoser, och medlet måste alltså tillföras i successivt stegrade doser för att samma effekt som tidigare skall erhållas. Intimt förbundna med toleransstegringen i abstinensfenomenen. Efter små engångsdoser eller kortvarig korrekt medicinsk behandling uppträder inga påtagliga abstinensbesvär av något slag, men redan ett par, tre veckors regelbunden tillförsel av morfin är i många fall tillräcklig för att grundlägga morfinism. Väl etablerad är morfinismen förbunden med ett pockande begär att skaffa medlet till snart sagt varje pris, i första hand för att undvika de mycket plågsamma fysiska abstinensbesvären, i andra hand för att om möjligt få återuppleva morfinets positiva verkningar. De euforiska effekterna kommer dock snart i bakgrunden, och efter en intensiv smekmånad med morfinet får missbrukaren som regel föra en ständig kamp för att begränsa obehagen och sin dysfori och för att komma upp till ett vanligt psykiskt normaltillstånd.

Med den snabba utvecklingen av toleransökningen drivs doserna upp och kan i extrema missbruksfall nå upp till 50 gånger den för vanliga människor dödliga dosen och ett par hundra gånger den medicinskt brukliga dosen, som är 0,01 g.

Vid överdosering av opiater kan medlens andningsdämpande och allmänt funktionsnedsättande effekt medföra dödsfall i andningsstillestånd och cirkulationskollaps. Sådana tillstånd förekommer bland missbrukare och kan drabba både nybörjaren och den erfarne missbrukaren, som av någon anledning får en större dos än han avsett. Ett dödsfall i överdosering hos en debutant skall beskrivas utförligt senare.

Abstinenssymtomen vid morfinmissbruk är genomgående direkt omvända till de effekter morfinet givit vid den inledande behandlingen eller i början av missbruket. Möller (1955) har demonstrerat detta i en överskådlig tabell, som vi återger (tabell 2). Förutom de av Möller parvis ordnade verkningarna och symto-

Tabell 2. Denna uppställning efter Möller (1955) visar morfinets verkningar hos icke tillvanda personer och motsvarande abstinenssymtom hos morfinister.

Morfinets verkningar hos icke tillvanda personer	Abstinenssymtom hos morfinister
Eufori	Dysfori
Dåsighet, tillfredsställelse	Excitation, ångest
Vattenretention	Vätskeförlust och stor viktförlust
Ökat antal eosinofila celler i blodet	Minskat antal eosinofila celler; ökad utsöndring av 17-ketosteroider
Lätt fall i kroppstemperaturen	Stegrad kroppstemperatur
Miosis (pupillkontraktion)	Mydriasis (vidgade pupiller)
Nedsatt andningsfrekvens	Ökad andningsfrekvens
Nedsatt ventilation (luftkonsumtion)	Ökad ventilation
I regel nedsatt hjärtfrekvens	Ökad hjärtfrekvens (puls)
Ofta moderat nedsatt blodtryck	Blodtrycksstegring
Förstoppning	Diarré
Kväljningar och kräkningar	Kväljningar och kräkningar
	Gäspningar, tårflöde, svettningar och gåshud

men bör man nämna den ofta mycket svåra abstinenskrampen i buk- och extremitetsmuskulaturen.

Abstinensbesvären, som väsentligen är proportionella mot den aktuella doseringsnivån, blir vid intensivt missbruk och plötsligt avbrott i drogtillförseln utomordentligt kraftiga och allvarliga. De inleds av oro, ångest och rastlöshet redan 3—4 timmar efter den senaste dosen. Ytterligare några timmar senare tillkommer alla de symtom från olika organsystem, som framgår av tabell 2. Efter ett dygn kulminerar besvären, som obehandlade kan

bli ytterst plågsamma och stundom t. o. m. livshotande på grund av stora vätskeförluster i form av diarréer och kräkningar.

Dödsfall under opiatabstinens har rapporterats från Fjärran Östern men såvitt bekant aldrig från vårt land. Den dödliga abstinensen har då som regel utvecklat sig under en arrestering, där den sjukes tillstånd inte observerats eller blivit misstolkat.

Som ett belysande kuriosum kan i detta sammanhang nämnas att man i New York upptäckte en ny form av spädbarnsdödlighet för några år sedan. Det gällde nyfödda som det första dygnet efter födelsen fick feber, kramper, kräkningar, svåra diarréer och cirkulationssvikt. Barnen avled som regel under andra dygnet. Så småningom blev man på det klara med att det var fråga om barn till svårt morfin- eller heroinberoende mödrar, som förtigit sin narkomani för sjukhuspersonalen och själva underhållit sitt giftberoende under BB-vistelsen med hjälp av insmugglad narkotika. Eftersom dessa gifter passerar från den gravida modern till det ofödda barnet hade dessa barn således utvecklat ett fysiskt narkotikaberoende. Då gifttillförseln via navelsträngen upphörde i och med förlossningen kom barnen sedan snabbt att utveckla det dödliga abstinenssyndromet. Sedan man väl blivit uppmärksam på dessa tillstånd är de i princip enkla att diagnostiskt fastställa, då samtliga symtom omedelbart upphör vid morfintillförsel. När dessa barn tillförs narkotika av den typ modern missbrukat (eller snarliknande preparat) och doserna successivt skärs ned helt under loppet av en vecka eller tio dagar, är dessa barn sedan lika friska som andra barn och inte mera disponerade för narkomani än andra under förutsättning att de undgår moderns miljöinflytanden.

Adekvat behandling av ett utvecklat abstinenssyndrom innebär som regel fortsatt morfintillförsel i fallande doser under någon vecka, eventuellt tillsammans med andra lugnande mediciner. Denna *avgiftning*, också kallad *fysisk avvänjning*, innebär inte något nämnvärt problem vare sig för den sjuke eller för behandlande läkare. Om missbruksdoserna varit måttliga kan den fysiska avvänjningen ofta ske med hjälp av enbart andra lugnande medel än opiater. Avvänjning av denna typ bör dock som regel försiggå på sjukhus, då behandlingen annars nästan alltid är dömd att misslyckas; dessa problem skall diskuteras närmare

i ett senare avsnitt.

Det finns dock vissa grupper, som lyckats väl med icke-medicinsk avvänjning, främst negerorganisationen The Black Muslims och de amerikanska narkomanlänkarna Synanon. De accepterar för övrigt endast plötsligt och totalt avbrott i opiattillförseln. Denna metod kallas i narkomanslangen sedan gammalt "cold turkey" efter den kraftiga gåshud den sjuke får under avvänjningsfasen. Hos dessa amerikanska grupper utnyttjas de svåra abstinensplågorna på ett närmast religiöst-rituellt sätt som ett slags reningseld från narkomanin.

Det ligger således i sakens natur att alla abstinensbesvär vid opiatberoende, hur starka de än är, omedelbart försvinner vid förnyad drogtillförsel. Kroniska morfinister är vana att balansera sina abstinensreaktioner, och det är inte ovanligt att socialt stabila morfinister kan fungera med underhållsdoser. Sekundärsymtom inträder dock alltid, beträffande kroppsfunktionerna främst i form av avmagring, kronisk förstoppning och sexuella störningar: nedsatt könsdrift, ejakulationssvårigheter och till slut vanligen fullständig impotens. Hos opiatmissbrukande kvinnor händer det att menstruationerna upphör eller blir oregelbundna; detta brukar ofta misstolkas som graviditet.

Sexualsfären spelar i många fall en stor roll vid opiatmissbruk. Många äldre morfinister är personer som plågats svårt av sexuell missanpassning, homosexualitet eller starka, ovanliga perversioner, som de befriat sig från genom att döda libido. Morfinismen fyller då rollen av en vikarierande sexualdrift. Även när det gäller moderna missbruksformer som intravenös tillförsel av morfin (och andra opiater) är missbrukets roll som sexualsurrogat eller komplement påtaglig: den intravenösa tillförseln ger en orgastisk upplevelse, som förläggs till bukorganen. Detta fenomen går emellertid senare förlorat, när missbrukaren genom toleransstegringen tvingas upp i högre doser.

Morfinderivat

På grund av de svåra beroendetillstånd, som ofta uppkom vid bruk och missbruk av opium och morfin, började man tidigt söka efter andra kraftigt smärtdämpande medel, som skulle kunna

ersätta dessa klassiska analgetika. Kemins snabba frammarsch under 1800-talet gjorde det möjligt att förändra morfinmolekylen för att se om man den vägen kunde eliminera dess narkomaniframkallande verkan men behålla den smärtstillande.

Heroin. Som ett led i dessa strävanden framställdes 1898 *diacetylmorfin,* senare beryktat under namnet *heroin.* De första rapporterna om det nya medlet var uppmuntrande; det uppgavs vara starkare smärtstillande än morfinet självt, och tillvänjningsrisken skulle vara så obetydlig att heroinet förmodades bli det främsta hjälpmedlet att förebygga uppkomsten av morfinism.

Den första uppgiften — att heroinet var smärtstillande i ännu högre grad än morfinet — var korrekt; den faktorn hade varit enkel att bestämma laboratoriemässigt. Däremot visade det sig att man hade misstagit sig grundligt beträffande tillvänjningsriskerna: heroinet har en ännu större tillvänjningstendens än morfinet, som det slagit ut från missbruksmarknaden i USA. Effekterna, abstinensreaktionerna och beroendebilden motsvarar till alla delar vad man känner från morfinet, frånsett att tillvänjningen går snabbare och drogeffekten blir kraftigare och mera kortvarig, varför abstinenssymtomen också sätter in snabbare än för morfinet — endast några timmar efter föregående dos. Det psykiska beroendet och tendensen till återfall efter genomgången behandling visar sig också om möjligt ännu större vid heroinmissbruk än vid morfinism.

Heroinet totalförbjöds först i USA. På amerikansk begäran vädjade Förenta Nationernas narkotikaorgan 1956 till samtliga regeringar att förbjuda tillverkning och användning av diacetylmorfin, och rekommendationen torde ha efterkommits i praktiskt taget hela världen, England undantaget.

I samband med att heroinet eliminerades från den svenska läkemedelsmarknaden gjorde Takman (1964) en intressant iakttagelse. Under sitt kemiska namn diacetylmorfin hade heroinet ingått i flera mycket använda svenska hostmediciner, bl. a. Syrupus Syrco, utan att detta medfört några mera uppmärksammade problem. Takman skrev: "Den mycket stora konsumtionen i Sverige hade väckt internationell uppmärksamhet. Det var en konsumtion på legal medicinsk grund, som veterligt aldrig oroat den in-

hemska opinionen så länge ingen hade nämnt att diacetylmorfin och heroin var samma sak. Så vitt jag vet har ingen svensk forskare utnyttjat denna paradoxala situation — en uppseendeväckande stor legal konsumtion men få eller inga narkomanifall — för ett studium av narkomanins epidemiologi."

Även om Syrco-missbrukarna var betydligt vanligare än Takman kände till är iakttagelsen värd en analys. (Beträffande frekvensen Syrco-missbrukare kan man exempelvis hänvisa till ett intervjuuttalande av dr Carl-Magnus Ideström i Dagens Nyheter den 28 april 1954: "Det finns också en rad hostmediciner som innehåller morfinliknande ämnen och vilkas alltför vidsträckta användning lett till åtskilliga narkomanifall.")

De hypoteser, som man skulle vilja ställa upp på basis av Takmans iakttagelser är: 1) koncentrationen av heroin låg vid föreskriven dosering under en viss risknivå; 2) hosta är som regel en kortvarig åkomma, varför konsumtionen i flertalet fall bör ha inskränkt sig till dagar eller veckor; 3) någon euforisk effekt hade inte förväntats eller eftersträvats, varför en eventuell euforiupplevelse inte så lätt förbands med hostmedicinen; 4) vid hosta är som regel allmäntillståndet nedsatt på grund av förkylning eller liknande, varför en lättare euforisk effekt kan ha maskerats; 5) det är sannolikt mest äldre personer som skaffar sig hostmedicin vid förkylning; beroendetillstånd uppkommer möjligen inte lika lätt hos äldre som hos yngre; 6) i de fall ett beroende uppkommit hos en äldre person torde risken för överföring av missbruket till andra personer vara minimal; enstaka missbruksfall bland äldre bör alltså inte ge upphov till missbruksepidemier; 7) intagning genom munnen är erfarenhetsmässigt väsentligt mindre toxikomaniframkallande än genom injicering; detta gäller inte endast vis à vis intravenös injektion av narkotika (en metod uteslutande använd av missbrukare) utan även för den i kliniska sammanhang vanliga subkutana injektionen.

Av dessa hypoteser är troligen den sista den mest relevanta. I USA hade man (och har fortfarande) ett intravenöst heroinmissbruk av epidemisk typ, medan man i Sverige och många andra länder samtidigt konsumerade betydande mängder heroin i hostmedicin utan att mera påtagliga komplikationer inträdde. Dessa förhållanden påminner i hög grad om vårt problem i dag:

Vi har i Sverige tusentals personer som missbrukar Preludin intravenöst och är svårt fixerade vid sin toxikomani, medan tiotusentals, kanske hundratusentals personer äter Preludin och liknande bantningstabletter i andra länder med — ännu så länge — få kända beroendefall som följd.

Etylmorfin, hydrokon, hydromorfon och *oxikon* är alla liksom heroinet kemiskt modifierade varianter av morfin. De båda förstnämnda anses ha lägre tillvänjningsrisk än morfinet, de sistnämnda en likartad tillvänjningsrisk. Oxikonet, som uppges ha en mindre tendens än morfin att utlösa kramp i glatt muskulatur, används mest som smärtstillande medel i anslutning till operationer.

Kodein ingår dels i ringa mängd (0,5 %) i råopium, dels erhålls det genom bearbetning av morfin. Kodeinet verkar liksom morfinet hostdämpande genom en lugnande effekt på hostcentrum i förlängda märgen, men kodeinet har som redan nämnts så låg tillvänjningsrisk att det säljs receptfritt i vissa beredningar och begränsade kvantiteter.

Morfinersättningsmedel

Motgången med heroin och andra modifierade morfinpreparat har lett till att man framställt ett stort antal helt syntetiska morfinersättningsmedel utan släktskap med morfinet. Många av dem har visat sig vara smärtstillande i ännu högre grad än morfin men också tillvänjningsrisken har då som regel varit förhöjd i ungefär samma utsträckning. Goldberg (1967) nämner att "vissa av dem är 1 000—10 000 gånger mera aktiva än morfin. Redan bråkdelen av ett milligram och någon dags tillförsel är tillräckligt för att sätta igång hela beroendemekanismen och utlösa ett missbruk." Preparat av den typen släpps förstås aldrig ut på läkemedelsmarknaden, men de har ett stort teoretiskt farmakologiskt och neurofysiologiskt intresse. Av de i Sverige mera kända och använda morfinersättningsmedlen skall vi nämna några.

Dextromoramid, mera känt som *Palfium,* är starkt smärtdämpande och har minst lika stor tillvänjningsrisk som morfin. Palfium

är dessutom andningsdämpande i ännu högre grad än morfin, och flera akuta dödsfall i svenska narkomankretsar kan tillskrivas denna andningsdepression.

Ketobemidon med varunamnet *Cliradon* är både till effekt och tillvänjningsrisk starkare än morfin, enligt Maurer och Vogel (1967) "ett av de mest narkomaniframkallande (most addicting) läkemedel som någonsin upptäckts; det kommer troligen aldrig att godkännas för försäljning i USA". Substansen ingår även i kombinationspreparatet *Ketogin.*

Metadon har en mera långdragen effekt än morfin och har vid peroral medicinering (genom munnen) en lägre tillvänjningsrisk än morfin. Då metadonet — liksom andra morfinderivat och morfinersättningsmedel — kan vikariera för morfin och heroin och kupera abstinensreaktioner efter dessa korttidsverkande preparat, har metadonet kommit till användning såväl under avvänjning som vid underhållsbehandling av kroniserade fall av morfinism och heroinism. Amerikanarna Dole och Nyswander (Nimb, 1966; Gunne, 1966) har utformat en metod för behandling av heroinister med hjälp av daglig tillförsel av metadon i saft, utdelad och intagen varje morgon vid en behandlingscentral. För en närmare diskussion av denna metod skall vi återkomma i behandlingsavsnittet.

Det förtjänar påpekas att metadon i subkutan eller intramuskulär injektion, vilket är vanligt i medicinsk praxis, enligt Kjölstad (1966) medför lika stora tillvänjningsrisker som morfininjektioner. Den i missbrukarkretsar vanliga intravenösa administrationen är lika nedbrytande som det intravenösa morfinmissbruket.

Nalorfin är en särskilt intressant nära släkting till morfinet. Det verkar som en antidot, dvs. ett specifikt motgift, mot morfin och andra opiater och kan vid injektion omedelbart framkalla karakteristiska abstinensreaktioner hos en opiatberoende person. Nalorfinet används därför i många behandlingssystem och medger således en omedelbar och helt objektiv metod för att fastställa om en ambulant behandlad toxikoman har kunnat motstå sitt opiatbegär.

Nalorfinet kommer även till användning som motgift vid behandling av överdosering av morfin (och andra opiater), som det neutraliserar samtidigt som det stimulerar andningscentrum. Verkningsmekanismerna är ofullständigt kända men uppges av Rydin (1966) kunna förklaras genom substratkonkurrens.

Petidin med varunamnet *Dolantin* är ett i medicinsk praxis värdefullt preparat då det förenar en hög smärtstillande förmåga med en kramplösande. Ur tillvänjningssynpunkt är det dock jämställt med morfin.

Slutanmärkningar om opiatgruppen

Karakteriserande för den grupp av medel vi berört under samlingsnamnet opiater är således deras utpräglat smärtstillande effekt och deras fruktade, beroendeframkallande egenskaper, som vid minsta oförsiktighet tenderar att grundlägga såväl ett starkt psykiskt som ett fysiskt beroende. I motsats till praktiskt taget alla andra farmaka har läkemedlen i denna grupp (med undantag för kodein och de helt ofarliga alkaloiderna som papaverin m. fl.) inte någon säkerhetsmarginal, utan de måste doseras med yttersta kompetens och aktsamhet och ges på mycket snäva och bestämda indikationer om riskerna för narkomani skall kunna hållas inom försvarliga gränser.

Opiaterna är underkastade den strängaste narkotikakontroll i hela världen, och de kan inte utan betydande risker för uppkomst av nya narkomanifall (annat än undantagsvis) utlämnas till narkomaner för självmedicinering.

Opiatberoende är en allvarlig sjukdom och måste behandlas som en sådan. Avvänjning vid denna maligna toxikomaniform bör som regel försiggå på sjukhus, då den annars nästan alltid är dömd att misslyckas. Vi skall senare diskutera behandlingsproblemen vid olika toxikomaniformer i ett sammanhang.

Antalet opiatnarkomaner är mycket litet i vårt land, sannolikt under 200. De utgörs av tre sinsemellan helt olikartade huvudgrupper:

1) *Medicinalpersonal* som på grund av lättheten att komma över narkotika alltid är särskilt utsatt för risk. Louria (1966) rap-

porterar att 1 % av den amerikanska läkarkåren är opiatnarkomaner, och frekvensen torde vara lika stor i Sverige. Dessa problem diskuteras närmare på s. 424.

2) *Patienter* som blivit opiatberoende under medicinsk behandling av svåra och långdragna smärttillstånd, exempelvis vid cancer. Denna grupp måste förväntas öka allt eftersom cancerfallen genom avancerad radiologisk behandling uppnår en längre överlevnadstid eller botas helt.
3) *Missbrukare* som dragits in i opiatberoende av andra missbrukare; ofta är det fråga om mycket speciella särgrupper och subkulturer. Vi har i Sverige under decennier haft en liten krets — kanske ett hundratal — sådana fall. De senaste åren har en rad nya fall av opiatberoende uppstått i Stockholm på grund av preparatläckage från förskrivningar till narkomaner, som i sin tur bjudit andra eller sålt till den svarta marknaden. Till dessa intrikata problem skall vi också återkomma längre fram.

SEDATIVA OCH HYPNOTIKA

Bland rogivande och sömnframkallande medel har barbitursyrederivaten spelat en dominerande roll under första hälften av 1900-talet: de syntetiserades kring sekelskiftet och kom i kliniskt bruk 1903. Enligt Ideström (1955) dröjde det dock till slutet av 20-talet innan det blev känt att barbituraterna kunde ge upphov till narkomani. Då dessa preparat vållat tilltagande missbruksproblem, både långvariga eller kroniska tillstånd av toxikoman karaktär och akuta förgiftningar i berusningssyfte eller som uttryck för mer eller mindre allvarligt menade självmordsförsök, har man inom medicinen sedan länge strävat efter att ersätta barbituraterna med mindre farliga medel med lägre tillvänjningsrisk och giftighet. Denna utveckling har, med vissa allvarliga bakslag (t. ex. neurosedyntragedin), fört fram till en rad värdefulla preparat av vilka dock åtskilliga under ogynnsamma omständigheter — långvarigt bruk och dosökning utöver ordinationerna — visat sig kunna ge upphov till praktiskt taget lika allvarliga beroendetillstånd som barbituraterna.

Ideligen har ett likartat mönster upprepats kring introduktionen

av många nya psykofarmaka: den tidigare stundom mycket hurtfriska läkemedelsreklamen har förmått många läkare att ordinera nya preparat på ett alltför optimistiskt och frikostigt sätt till sina ångestplågade patienter, de initiala effekterna har många gånger varit mycket goda, patienterna har omedelbart erfarit en väsentlig lindring och läkaren har känt sig lättad — tills de första rapporterna om svåra beroendetillstånd vid de nya medlen publicerats i fackpressen. På senare år har dock förhandskontrollen av nya preparat skärpts och reklamen dämpats, men dessa faror kvarstår fortfarande. Som exempel på i och för sig utomordentligt värdefulla barbitursyrefria medel, som vid oförsiktig användning kan ge upphov till ett intensivt läkemedelsberoende, kan nämnas meprobamat (Equanil, Miltown, Meproban, Restenil m. fl.), glutetimid (Doriden), diazepam (Valium) och klormetiazol (Heminevrin).

Barbituraterna spelar fortfarande en mycket framträdande roll inom medicinen och antalet missbruksfall ökar såväl internationellt (Ettlinger, 1967) som i vårt land. Då den väletablerade barbiturismen är ett lika allvarligt och svårbehandlat tillstånd som exempelvis alkoholism eller morfinism är det befogat att låta barbituraterna tjänstgöra som typgrupp för toxikomaniframkallande läkemedel bland de rogivande och sömnframkallande medicinerna.

I vårt land har barbituratnarkomani särskilt studerats av Ideström som 1955 publicerade ett populärt referat av sin avhandling (1954) på området. Thorstrand (1965) har redovisat frekvensen barbituratförgiftningar vid Södersjukhuset (av 2 365 svåra förgiftningar under en tioårsperiod utgjorde barbituratintoxikationerna 76 procent av de fall där endast ett förgiftningsmedel kommit till användning), och Ettlinger (1967) har givit en komprimerad bild av barbituratnarkomanins kliniska bild.

Från pågående undersökningar av intravenöst missbruk bland stockholmspolisens klientel kan nämnas att barbituraterna blir allt populärare missbruksmedel även för intravenös användning, dels för att dämpa vissa fenomen uppkomna genom injektion av centralstimulantia, dels som enda missbrukspreparat, antingen därför att vederbörande uteslutande eller företrädesvis håller sig till detta preparat eller i brist på mer begärliga preparat (central-

stimulantia, opiater etc.). Samtidigt eller alternerande missbruk av olika medel blir allt mera utbrett, och barbituraternas roll i missbrukarkretsarna ökar snabbt. Särskilt populära är de preparat där substansen förekommer i pulvriserad form i små kapslar (Nembutal m. fl.) då denna beredningsform underlättar upplösning för injektion. Hundratals personer enbart i Stockholm injicerar numera regelbundet Nembutal ("Nebb") i stora doser. De missbrukade barbituraterna torde uteslutande härstamma från inhemska läkarförskrivningar, och många intravenösa missbrukare har vid intervju uppgivit att det inte vållar några som helst svårigheter att genom besök hos ett stort antal läkare få fram praktiskt taget obegränsade mängder barbiturater. En omfattande langning av dessa på legal väg erhållna mediciner förekommer jämsides med försäljningen av insmugglade, narkotikaklassificerade preparat.

Narkomani uppstår inte ens vid längre barbituratmedicinering om patienten strikt håller sig till de föreskrivna doserna; vid långvarig epilepsibehandling med extremt höga doseringar har dock enstaka missöden av denna typ inträffat. Faran med barbituraterna är således intimt förknippad med att patienten avviker från givna ordinationer och på egen hand ökar doserna väsentligt — eller kombinerar medicineringen med betydande alkoholkonsumtion! Om dygnskonsumtionen på detta sätt kommer att överstiga en viss kritisk nivå föreligger överhängande risk för toleransstegring, dosökning och narkomaniutveckling. Dosökningen fortgår sedan upp till 20—40 gånger gängse terapeutiska dygnsdoser, men avstannar där då förgiftningssymtomen sedan blir mycket besvärande eller vederbörande faller i djup sömn.

Små doser barbiturater verkar lugnande och rogivande på en person som inte har någon utvecklad tolerans för denna preparattyp, större doser ger sömn. Barbituratmissbrukaren däremot blir paradoxalt nog uppiggad och berusad av sina kraftiga doser. Han ter sig och beter sig därvid som en drucken men saknar givetvis karakteristisk alkoholdoft: han raglar eller får klumpiga och dåligt samordnade rörelser, han sluddrar, blir slappt upprymd och stimmig eller irritabel och stingslig. Beroende på om ett kortids- eller långtidsverkande barbitursyrepreparat intagits varierar tillnyktringen från 6—8 timmar upp till ett dygn.

Efter tillnyktringen inträder ett kort intervall om upp till något dygn innan abstinenssymtomen sätter in. Dessa är dels mera okarakteristiska som trötthet, ängslan och oro, dels mera karakteristiska som temperaturstegring, svettningar, skakningar och mycket ofta kramper av epileptisk typ. Stundom är det epileptiska anfallet det enda mera påtagliga symtomet under abstinensen. Då barbituratmissbrukare i många fall inte sätter anfallet i förbindelse med sin barbituratkonsumtion kan detta vålla avsevärda svårigheter vid diagnosen av anfallets natur, särskilt som vederbörande har en benägenhet att förtiga eller förneka sitt barbituratmissbruk. Eftersom plötsligt debuterande epileptiska anfall hos vuxna alltid väcker misstanke om hjärnskada, tumör e. l. blir omfattande undersökningar (s. k. luftskalle, färgskalle etc.) ofta erforderliga för att sådana orsaker till de epileptiska anfallen skall kunna uteslutas.

Abstinensbesvären vid barbituratmissbruk brukar kulminera under andra-tredje dygnet. Därefter förbättras patienten i många fall snabbt. Vid mera avancerat missbruk utvecklas emellertid under abstinensen i ett mycket stort antal fall (enligt Ideström hos omkring 60 procent) svåra psykotiska tillstånd vilka till förvillelse ter sig som delirium tremens. Vederbörande drabbas av syn- och hörselhallucinationer och paranoida vanföreställningar; den sjuke blir därvid svårt ångestladdad och orolig och kan lätt bli mycket våldsam och direkt farlig för sig själv och andra, då han i sitt psykotiska tillstånd gravt missuppfattar den omgivande verkligheten, både människor och döda ting. Dessa delirier är alltid livshotande tillstånd, men vid adekvat behandling kuperas de snabbt (intravenös barbiturattillförsel ger den sjuke omedelbar ro och sömn).

Givetvis fordrar dessa delirier akutbehandling med den psykiatriska klinikens speciella resurser. Men varje fall av utvecklad barbituratnarkomani fordrar sjukhusinläggning för avgiftning (successivt fallande barbituratdoser under fortlöpande laboratoriekontroll). Efter själva avgiftningen krävs en långvarig psykiatrisk sjukhusvård om patienten skall ha någon möjlighet att komma till rätta med sin sjukdom: Ideström nämnde 1955 3---4 månader; numera torde man vara böjd att rekommendera ännu längre vårdperioder.

Barbituratnarkomanin uppvisar inte bara kliniskt en stor likhet med alkoholismen; även farmakologiskt-fysiologiskt står dessa tillstånd varandra nära. Mellan barbiturater och alkohol föreligger nämligen s. k. korstolerans, vilket bl. a. innebär att individens reaktioner till båda dessa typer av medel förändras även vid missbruk av enbart den ena gruppens medel och att abstinensbesvär efter alkoholmissbruk kan kuperas med barbiturater och vice versa. Barbiturater och alkohol samverkar även till en förstärkt effekt, vilket utnyttjas av många gamla alkoholister; särskilt blandning av pentymal och pilsner är välkänd och vanlig. Vid dessa kombinerade rustillstånd kan berusningsgraden vara mycket stark men alkoholdoften obetydlig. Dessa "blandberusningar" har en längre verkan än alkoholberusningen och utgör genom den inbördes förstärkningen av de båda medlen väsentligt ökade risker för hjärt- och cirkulationssvikt, medvetslöshet och i olyckliga fall andningsförlamning eller kvävning genom uppkräkt maginnehåll.

Kroniskt barbituratmissbruk medför intellektuell och emotionell nivåsänkning på grund av hjärnskador och utvecklar sig lätt till socialt invalidiserande tillstånd. En mycket stor del, kanske huvudparten av våra nuvarande barbiturister, har primärt haft alkoholbesvär och successivt glidit över till barbituratmissbruk, ursprungligen för att kupera abstinensbesvär efter alkoholkonsumtion, senare som en billig och mera långvarig intoxikationsform. Dessa personer har dock som regel behållit sitt missbruk för sig själva eller inom små kotterier av vanligen äldre kamrater med likartade beroendeproblem. En helt ny situation har uppstått de senaste åren då ett stort antal unga människor börjat injicera stora barbituratdoser intravenöst regelbundet och under lång tid. Många av dessa missbrukare kommer med säkerhet att utveckla svår barbituratnarkomani, och prognosen torde i dessa fall bli avgjort dålig. Kontrollen över barbituratförskrivningarna måste därför omgående skärpas betydligt.

RUSFRAMKALLANDE MEDEL

Det finns en rad rusframkallande medel som alla vid upprepat och intensivt bruk så småningom kan ge upphov till svåra bero-

endeförhållanden vilka i fråga om individuella och sociala konsekvenser kan bli lika allvarliga och förödande som de egentliga narkomanierna. Alkoholen är vårt traditionella och socialt accepterade rusframkallande medel, men det finns också många andra mer eller mindre giftiga ämnen, som är rusframkallande: thinner, trikloretylen, bensin och plastlim för att nämna de i vardagsmiljön vanligast förekommande; därtill kan nämnas eter, kloroform och lustgas, som alla har medicinsk användning som narkosmedel.

Vad som ur toxikomanisynpunkt främst skiljer de rusframkallande medlen från morfin, kokain etc. är att de liksom barbituraterna inte ger upphov till svårt beroende om de inte missbrukas i stora kvantiteter under en längre tid, medan mycket små kvantiteter av våra klassiska narkotika inom loppet av dagar och veckor kan vålla en manifest narkomani. Sedan ett avancerat beroendeförhållande väl etablerats till alkohol, thinner etc. är detta behandlingsmässigt som regel lika svårt att komma till rätta med som de egentliga narkomanierna, och som sjukdomstillstånd står de varandra så nära att de hör hemma under samma gruppbeteckning: maligna eller allvarliga toxikomanier.

Alkohol

Alkoholen är känd och använd som rusmedel sedan historiens gryning. Detta sammanhänger med att alkohol lätt uppstår spontant i sockerhaltiga druv- och fruktsafter som blivit infekterade med jästsvampar och sedan står en tid i värme. Ett omfattande alkoholbruk utvecklades tidigt inom stora områden av världen, främst i de trakter som uppfyller vinrankans klimatologiska krav. Vissa kulturer, främst de muhammedanska och buddhistiska, har som bekant tagit avstånd från alkoholbruket, men detta torde numera vara på snabb frammarsch långt utanför den kristna världen, där det av ålder märkligt nog ingått bland de religiösa sakramenten.

Omkring 10 procent av männen och 35 procent av kvinnorna i Sverige använder aldrig alkohol. 80 procent av männen konsumerar små alkoholmängder (måttliga kvantiteter och mera sällan) medan resterande 10 procent är storförbrukare. Älmeby (1965) har beräknat att dessa storförbrukare svarar för omkring 80 pro-

cent av den totala spritkonsumtionen. För storförbrukarna utgör alkoholen ett allvarligt problem, och ungefär hälften av dem, 5 procent eller något mer av alla män i vårt land, har ett alkoholberoende av samma karaktär och styrka som det som karakteriserar narkomanierna. Bland kvinnorna är dessa avancerade beroendetillstånd betydligt ovanligare och gäller endast ungefär en procent av de vuxna kvinnorna, men alkoholmissbruk bland kvinnor ökar mycket snabbt sedan motboken avskaffades 1955; detsamma gäller alkoholmissbruk bland ungdom.

Alkoholismen torde numera kunna betecknas som vår främsta folksjukdom sedan tuberkulosen i huvudsak kämpats ned (tuberkulosen finns numera kvar främst som en slumsjukdom bland bostadslösa och socialt sedimenterade kroniska alkoholister i de större städerna). På rättsmedicinskt håll (Hj. Sjövall) beräknar man att 2—3 dödsfall per dygn inträffar enbart i Stockholm som direkt eller indirekt följd av alkoholskador. Det svåra alkoholberoendet medför en väsentligt stegrad sjuklighet i flertalet åkommor, särskilt i mag-tarmbesvär, hjärtbesvär, komplikationer i rörelseapparaten och nervösa rubbningar av mångskiftande slag. En påtaglig tendens till långdragna och diffusa ryggbesvär är ett välkänt fenomen hos alkoholskadade personer och torde i viss mån bero på alkoholens allmänt konditionsnedsättande effekt, på nerv- och muskelpåverkan och ibland på att den alkoholsjuke genom social nedtrappning får hålla till godo med okvalificerade, grövre och tyngre sysslor som han inte är van vid och inte orkar med. I många fall torde rygginsufficiensen dock utgöra en samlad kroppslig manifestation eller pseudosjukdom bakom vilken den alkoholberoende för sig själv och omvärlden vill dölja den primära sjukdom som med sina kroppsliga, psykiska och sociala komplikationer gör honom mer eller mindre arbetsoförmögen. Akut alkoholpåverkade och alkoholberoende personer är också enligt en rad undersökningar starkt överrepresenterade i trafikolyckor och olycksfall av andra slag. Vid ASEA i Västerås har Sven Lokander påvisat att arbetsfrånvaron är 3,8 gånger större hos arbetare som vid något tillfälle omhändertagits för fylleri jämfört med övriga ASEA-arbetare. Även om många andra faktorer är inblandade i ett sådant förhållande (primära psykiska störningar som föregått alkoholmissbruket etc.) torde alko-

holen ändå vara den viktigaste komponenten i sammanhanget.

Alkoholens roll i brottssammanhang är också betydande. Enligt Lundquist (1963) har man beräknat att tre fjärdedelar av alla våldsbrott begås under inflytande av alkohol. Även beträffande egendomsbrotten och den sociala missanpassning som dessa ofta är ett uttryck för spelar alkoholen en mycket framträdande roll.

Då det finns en omfattande och lättillgänglig litteratur att tillgå beträffande alkohol och alkoholism skall endast en mycket summarisk presentation göras här. För ytterligare studier hänvisas till handboken "Alkohol — vanor och verkningar", utgiven av Centralförbundet för nykterhetsundervisning (1967), läroboken "Psykiatri och mentalhygien" av Gunnar Lundquist (1963) samt för mer avancerade specialstudier klassiker som Jellinek (1960) och McCord och McCord (1960). En omfattande studie av den svenska alkoholdebatten och alkoholpolitiken har presenterats av Nycander (1967).

Alkoholen verkar i små mängder uppiggande och stämningsförhöjande, blyghet och inlärda hämningar dämpas, självkritik och omdöme avtrubbas och individen känner sig friare och gladare. Det är dock inte fråga om någon centralstimulerande effekt utan om en dämpande, depressiv verkan på storhjärnan, där våra överordnade psykiska funktioner samordnas och kontrolleras. Reaktionstiden förlängs och vid starkare påverkan blir muskelrörelserna osäkra, klumpiga eller oordnade. Den bedövande effekten på centrala nervsystemet tilltar vid ökad alkoholkoncentration i blodet; vid 2,5—4 promille inträder redlöshet och medvetslöshet; vid 4—5 promille inträder död i andningsförlamning. Före kloroform- och eternarkosens tillkomst utnyttjades alkoholens bedövande effekt inom kirurgin, och även omfattande extremitetsamputationer utfördes med höggradig alkoholberusning som enda bedövning.

Barbituraterna ger som vi erinrar oss inte upphov till narkomani om en viss konsumtionsnivå inte överskrids. Detsamma är förhållandet med alkohol. Vissa personer utvecklar avancerade alkoholvanor och blir långsamt allt mera psykiskt beroende av alkoholens effekter och ofta även av de miljöer, situationer och omständigheter som är förknippade med alkoholkonsumtion. Så småningom inträder en successiv toleransstegring, vederbörande

"tål mera" och kräver allt större doser för att uppnå samma effekt som tidigare. Detta missförstås som regel av den alkoholberoende som tolkar toleransstegringen som att motståndskraften mot alkohol ökat. I själva verket är en fysisk tillvänjning under utveckling och vederbörande blir allt mera bunden till alkoholen. Spriten blir en allt viktigare del av tillvaron, den beroende får ett lättväckt och pockande alkoholbegär, han får svårt att hålla måtta och dricker kanske så länge det finns alkohol att tillgå eller tills han faller i sömn. Vid uppvaknandet är olusten massiv och vederbörande börjar ta återställare för att kupera olustkänslor och illamående. På detta stadium är det fråga om ett direkt fysiskt behov efter alkohol, och alkoholhungern kan bli lika stark och imperativ som droghungern vid morfinism. Vid plötsligt avbrott i alkoholtillförseln efter en intensiv dryckesperiod kan abstinensbesvären nå alla grader från nervositet, oro och hjärtklappning upp till delirium tremens, som obehandlat är ett livshotande tillstånd med 15—20 procents dödlighet. Med adekvat behandling kuperas de deliriösa tillstånden numera som regel utan missöden, men den väletablerade alkoholismen är som bekant utomordentligt svårbehandlad. Den utveckling vi skisserat från kraftig överkonsumtion av alkohol till ett massivt beroende brukar som regel ta 8—10 år, men processen kan hos yngre personer med intensivt missbruk utvecklas inom loppet av 5 år.

Genom den rikliga eller obegränsade tillgången på alkohol och det starka sociala trycket och ceremonielet kring alkoholen är alkoholisten i många avseenden sämre ställd än exempelvis morfinisten eller amfetaministen, som i varje fall har det sociala trycket med sig och inte mot sig när han försöker återfå kontrollen över sitt giftberoende. Med den utvidgning av dryckesseder och alkoholkonsumtion som f. n. pågår mot bakgrunden av ökade ekonomiska resurser, ökad fritid, vidgade restaurangvanor i allt yngre åldrar, "en friare syn på alkoholen" etc. torde man få räkna med en betydande ökning av alkoholskadorna under de närmaste decennierna. Vi alla 80 procent som tar oss ett glas emellanåt, uppskattar det och har läget under kontroll dricker strängt taget på bekostnad av de 10 procent som är eller så småningom skall bli alkoholsjuka. I sista hand är det en moralisk fråga men den är så gigantisk att vi inte skall fördjupa oss i den här.

Thinner

Thinner eller förtunning förekommer i en rad fabrikat med varierande sammansättning. Av ingående organiska lösningsmedel (kolväten, alkoholer och estrar) utgör toluolen huvudbeståndsdelen i flertalet thinnerblandningar och är den av föreningarna som genom sin höga flyktighet och lipoidlöslighet svarar för huvudparten av berusningseffekten.

Sniffning tillgår så att en trasa eller trasselsudd indränkes med lösningsmedlet och tryckes mot mun och näsa under kraftig inandning. Karlsson (1963) uppger att 15 "dragningar" leder till excitationsstadium och efter ytterligare ett tiotal dragningar är berusningseffekten maximal. Tillståndet påminner då om alkoholberusning med förhöjd självkänsla, upprymdhet, talträngdhet och avtrubbning av hämningar och omdöme. Rörelserna blir klumpiga, vederbörande sluddrar och raglar, men som regel ligger sniffaren stilla under den tid av en kvart upp till en timme som ruset varar. Det är vanligt att successivt bygga på ruseffekten med ytterligare dragningar och på det sättet underhålla ruset under flera timmar. Sedan ruset klingat av inträder trötthet och dåsighet. Vid mera intensivt missbruk inträder en viss toleransutveckling och dosstegring. Samtidigt uppträder abstinenssymtom av samma typ som vid alkoholmissbruk: oro, nervositet, sömnsvårigheter, aptitlöshet och t. o. m. svettningar och skakningar. Lindström (1960) har beskrivit ett fall av utvecklat delirium tremens hos en 17-årig sniffare. Pojken var vanesniffare sedan två år tillbaka. Efter en intensiv missbruksperiod med tre—fyra timmars ihållande sniffning tre kvällar i rad uppträdde abstinensfenomen ett dygn efter sista ruset. Förutom svettningar och skakningar började pojken hallucinera för både syn och hörsel och han upplevde en rad paranoida vanföreställningar. Efter tre dygns delirium fördes han till sjukhus där deliriet kuperades efter ytterligare två dygn.

Thinnerns giftighet varierar med dess sammansättning. Stundom ingående bensolföroreningar har en hög toxicitet medan den vid sniffningen verksamma huvudbeståndsdelen toluol företer låg toxisk effekt på blodbild och benmärg. Akut leverförstoring och ömhet över levern rapporteras stundom i anslutning till intensivt

missbruk, men gängse laboratorieprov brukar inte utvisa grövre störningar av leverfunktionen. Dock är att märka att leverkapaciteten normalt är mycket stor och att uttalade leverskador vid exempelvis alkoholmissbruk ger sig till känna först efter en längre tids överkonsumtion.

Enligt Takman (1963) förekom enstaka smärre sniffningsepidemier i Stockholm redan på 40-talet, men det var först i början av 50-talet som sniffningen började uppmärksammas som ett massfenomen. Några säkra frekvenssiffror över sniffningens utbredning finns inte, men den förefaller av rapporter från skolor, sjukhus och polis ha dämpats under slutet av 50-talet och början av 60-talet för att därefter återigen ha ökat i frekvens. Det är praktiskt taget uteslutande fråga om gängmissbruk bland yngre tonåringar (12—17 år), men enstaka fall debuterar tidigare eller senare. För flertalet ungdomar som prövar på sniffning torde det röra sig om ett episodiskt missbruk, men för åtskilliga blir det fråga om ett intensivt och vanemässigt bruk under flera år. Av dessa inbitna sniffare övergår huvudparten till alkoholmissbruk under de senare tonåren, men några få fortsätter att sniffa intensivt även vid vuxen ålder.

Kasuistik: En kronisk thinnersniffare. Pat är född 1941; fadern är avliden och modern har alkoholbesvär. Som 15-åring började pat sniffa thinner i ett på sin tid mycket beryktat pojkgäng. Han utvecklade snabbt ett starkt beroende och blev liksom flertalet i gänget intensiv thinnersniffare. Under en längre tid ägnade sig pojkarna åt småstölder och mer eller mindre organiserad kriminalitet; de terroriserade sin stadsdel och en omfattande misshandel av andra ungdomar förekom från ligans sida. Efter ingripanden från polis och barnavårdsnämnd sprängdes gänget och flera medlemmar placerades ut i olika vårdformer. Pat fortsatte att sniffa thinner som tidigare medan övriga gängmedlemmar övergick till alkohol, i några fall senare till intravenöst medicinmissbruk.

Under årens lopp har pat vid ett flertal tillfällen vårdats på olika mentalsjukhus men som regel snabbt avvikit och omedelbart återfallit i thinnersniffning. Tidigare hade pat sporadiskt kortare tillfällighetsarbeten men på senare år har han varit heltidssysselsatt med att sniffa thinner.

Den 30 december 1966 inkommer pat självmant på en polisstation i Stockholm och anhåller om hjälp att bli intagen på

psykiatriskt sjukhus. Han är vid undersökningstillfället nykter och ordnad, enkelt klädd men hel och ren. Företer inga psykostecken av något slag; gott och väl normalbegåvad. Pat är intensivt vårdsökande och uppger att han den senaste tiden sniffat mycket kraftigt; han känner sig nu så nedgången att han inte klarar sig längre. Begär att bli inlåst på sjukhuset "för finns det en chans att sticka ut och sniffa kan jag inte hålla mej, det vet jag". Inlägges på vårdattest.

Vid kompletterande undersökning i efterhand visar det sig att pat enbart under den aktuella månaden redan vårdats på psykiatriskt sjukhus i tre perioder men varje gång avvikit, sista gången ett par dygn före den aktuella undersökningen. Även denna gång lämnade pat sjukhuset efter drygt en vecka.

Under flera år har pat ideligen omhändertagits svårt thinnerberusad ute på stan, där han brukar gå omkring med thinnerflaska och trasselsudd i händerna och sniffa öppet på gatorna. Enbart under mars 1967 omhändertogs pat thinnerberusad vid fjorton tillfällen. Han sov om nätterna i olika portgångar, uppträdde ofta mycket störande på gatorna och drog sig fram på småstölder och bettleri. Pat är välkänd av nykterhetsnämnden som dock inte kunnat erbjuda annat än frivilliga vårdarrangemang, då thinnersniffning faller utanför nykterhetsvårdslagen.

Troligen var denne 25-årige kroniske thinnersniffare tidigt svårt personlighetsstörd och torde med stor sannolikhet ha utvecklat en kronisk alkoholism om han inte blivit sniffare. Fallet demonstrerar dock den grava narkomanisering som kan uppstå vid thinnersniffning. Även om dessa kroniska sniffare är få är de dock inte alldeles sällsynta. Under den senaste femårsperioden har jag undersökt något halvdussin kroniker med mer än tioårig sniffning bakom sig. De har alla utom en varit svårt invalidiserade av sin speciella toxikomaniform. Undantaget är den äldste av dem, en 35-åring med en tjugoårig sniffningsanamnes. Denne veteran håller sig dock till en särpräglad substans (han har aldrig varit gängsniffare) och sniffar intensivt enbart kring veckosluten. Han har familj och barn och sköter ett manuellt arbete under veckorna. Samtliga dessa kroniker håller sig strikt till "sitt" speciella lösningsmedel och flera bedyrar att de inte ens skulle smaka alkohol om de blev bjudna. För den nämnde, socialt anpassade kronikern är detta enligt hustrun bevisligen korrekt.

Nylander (1963) har lämnat en redogörelse för 20 sniffare (pojkar) i åldern 11—17 år, vilka under åren 1957—61 vårdats på barnpsykiatrisk klinik (Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus i Stockholm). De sniffare som på detta sätt blir föremål för sjukhusinläggning, ofta på initiativ av skola eller barnavårdsnämnd, utgör givetvis en selektion av grava fall. Flera av de allra gravaste fallen torde dock placeras direkt på skolhem eller ungdomsvårdsskola då vissa sniffare brukar vägra att acceptera erbjuden sjukhusvård. Nylander påpekar att sniffningen är betydligt vanligare bland pojkar än bland flickor, som snarare har en tendens att ta till tablettmissbruk.

Flertalet av de 20 pojkarna i Nylanders material har en massivt psykopatologisk familjebakgrund. Av fäderna var 9 kroniska alkoholmissbrukare, vilket är en utomordentligt hög siffra; därtill var 2 straffade och 2 hade vårdats på mentalsjukhus, men detta ansluter sig nära till befolkningsgenomsnittets förhållanden. Av mödrarna var 2 kroniska alkoholmissbrukare, 3 var straffade och 7 hade vårdats på mentalsjukhus. 14 av de 20 sniffarna kom från ofullständiga hem. Kihlbom och Takman (1963) rapporterar samma bedrövliga familjebakgrund för ett material om 57 unga sniffare som varit aktuella vid Stockholms stads barnavårdsnämnd under ett par år i början av 60-talet: "Beträffande hemförhållanden har vi haft generösa kriterier på 'goda' hem. Grav psykisk sjukdom, massivt spritmissbruk, svåra och långvariga konflikter och splittring av hemmet har avskilts. 34 av de 50 pojkarna och samtliga 7 flickor har enligt denna beskrivning 'dåliga' hem."

De undersökta sniffarna hade som regel uppvisat en rad anpassningssvårigheter och beteenderubbningar långt innan de inledde sitt thinnermissbruk. Nylander rapporterar särskilt sömn- och aptitstörningar, kamratsvårigheter och asocialitet i form av skolskolk, snatteri och vagabondage bland dessa försymtom. Intellektuellt låg sniffarna inom normalzonen, men några enstaka välbegåvade och underbegåvade förekom i materialet.

Nylander beskriver sniffarna som i regel sensibla, impulsiva, lättpåverkade, motoriskt oroliga, okoncentrerade, omogna och uttalat egocentriska och fordrande. "Den *psykiska symtombilden* är i stort sett densamma vid alla dessa former av kroniskt missbruk. Patientens beteende präglas av impulsivitet och bristande

kontroll över impulserna. Sinnesstämningen är vanligen indifferent eller lätt euforisk och självkänslan förstärkt. För omgivningen liksom för sin egen person visar han påtaglig likgiltighet. Hans intressesfär är kraftigt inskränkt och motivationen dålig." Vanesniffarna beskrivs som uttalat trötta, ibland till den grad att de lägger sig ned och vilar var helst de kommer åt.

Även om initieringen av sniffning — liksom uppkomsten av flertalet andra former av avancerat giftmissbruk — närmast är att betrakta som ett symtom på bakomliggande individuella och sociala störningar av mångskiftande slag så försämras givetvis vederbörandes sociala prognos som regel av missbruket. Därtill kommer att ju mer en missbruksform blir spridd desto mindre påtagliga blir de predisponerande och utlösande faktorerna hos de nya individer som dras in i missbruket. Denna mekanism skall senare diskuteras närmare i avsnittet om epidemiska toxikomanier.

HALLUCINOGENER

Det finns ett flertal såväl naturliga som syntetiskt framställda substanser som på biokemisk väg framkallar en djupgående förändring av sinnesförnimmelserna och framkallar sinnesvillor, hallucinationer.

Den för vårt vidkommande mest aktuella hallucinogenen är haschisch-marihuana, beredningar av olika delar av den s. k. indiska hampan (*Cannabis sativa*), ett högvuxet, härdigt gräs, en av de många olika hamparter, som trivs i subtropiskt och torrt klimat. Den indiska hampan har en stark spridningstendens och växer därför numera vilt både i Mexiko och södra USA, dit den importerats sent. Växtens ursprungsområde och traditionella förekomst överensstämmer annars i huvudsak med opiumvallmons, men den indiska hampan har sannolikt inte fullt så gamla anor såsom naturmedicin och njutningsmedel som opiumsaften.

Beroende på växtförhållanden, skörde- och beredningsteknik erhåller cannabissubstanserna mycket varierande styrka. Från de torkade honblommorna och toppskotten beredes marihuanan, som vanligen ter sig som ett mellanting mellan finskuren tobak och hackade snören. Hasch är kåda från honblommorna, vanligen skördad med hjälp av stora läderförkläden, som saften får klibba

sig fast på medan skördaren drar blommorna mot kroppen. Haschen brukar transporteras (smugglas) i form av pressade, några centimeter tjocka kakor av handflate- eller skosulestorlek. Hasch och marihuana röks som bekant, vanligen i små pipor eller i form av specialpreparerade cigarretter, men andra inhalationsformer har beskrivits. Den gamle grekiske historikern Herodotos (484-—424 f. Kr.) berättar exempelvis hur de krigiska skyterna kring Svarta Havet brukade roa sig med att placera hasch på glödheta stenar och sedan ta fällar över sig och inandas haschångorna under dessa. Röken har en stark och karakteristisk kvalitet som påminner om brända rep. En rad andra beredningsformer av cannabis förekommer, avsedda att tuggas, ätas eller dricka, exempelvis den indiska drycken *bhang*.

Den verksamma hallucinogena substansen trotsade länge kemisternas analyser, men de senaste åren har cannabinolernas kemi utforskats och den verksamma beståndsdelen (eller i varje fall en av dem) syntetiserats som isomera tetrahydrocannabinoler. Vid inhalation är ruseffekterna snabbt insättande, de inträder redan efter några minuter, och består tre-fyra timmar. Vid det orientaliska intagningssättet genom munnen ökar riskerna för kraftig överdosering med åtföljande allvarliga, akuta psykotiska tillstånd, medan den vane marihuanarökaren med lätthet doserar sig till önskad påverkningsgrad.

Enligt en uppskattning gjord av WHO 1963 används olika former av cannabisberedningar mer eller mindre regelbundet av omkring 300 miljoner människor, huvudsakligen i Afrika och Asien. Man har refererat cannabisbruket och dess passiviserande, kontemplativa verkan såsom särskilt tilltalande för den österländska livsuppfattningen, medan alkoholens aggressionsutlösande effekter mera skulle passa in i den västerländska livsstilen. Hampgräsets och vinrankans olika klimatkrav torde dock vara en mera korrekt förklaringsgrund till dessa olika berusningsmedels traditionella utbredningsområden.

Följande avsnitt har tidigare publicerats (med undantag för referenser och slutkommentarer) på Expressens kultursida den 19 april 1967 under den redaktionella rubriken "Bevare oss för knarkhelgon!". (Originaltitel: "Haschbruket, LSD-kulten och den kemiska religionen".)

Sedan urminnes tider har medicinmän i många kulturer känt växter, som kunnat påverka människans medvetande och upplevelsefunktioner. Den muselmanske fanatikern och systematiske lönnmördaren Hasan ibn al-Sabbah, som konspirerade i Mellersta Östern i slutet av 1000-talet, höll sin sekt samlad och sina män lojala med hjälp av haschisch, som utgjorde en del av solden. Mördarsektens härjningar gav haschrökandet ett långlivat dåligt rykte, som en rad franska 1800-talsförfattare med Baudelaire i spetsen ivrigt försökte vederlägga. Men haschisch var välkänt i Kina redan för 5000 år sedan (drogen är utförligt beskriven i den legendariske kejsaren Shen Nungs farmakologi av år 2737 f. Kr.) och hade dåligt rykte redan då. På grund av sin hämningsupplösande effekt fick det epitetet "syndens frigörare". (Sinologer ställer sig dock tveksamma till denna tidiga datering och hävdar att dokumentet tillkommit något senare.)

Haschrökandet — liksom bruket av den ungefär fem gånger svagare marihuanan — medför ett berusningstillstånd, som har vissa likheter med alkoholpåverkan: förhöjd sinnesstämning och ökad självkänsla, sänkt självkritik och försämrat omdöme, sänkta hämningsfunktioner och en ökad sexualitet, som synes bero på avskärmning av hämningsmekanismerna. Kroniskt haschrökande reducerar emellertid sexualdriften och kan leda till impotens, dvs. samma fenomen som vid alkoholmissbruk och för övrigt även vid morfinism.

Andra fenomen vid haschrökandet, som påminner om alkoholeffekterna, är försämrad tids- och avståndsbedömning, avtrubbning av förmågan till rörelsesamordning och därmed en påtaglig trafikfarlighet. Alkoholen kan som bekant vid avancerat missbruk ge svåra fysiska abstinensbesvär (t. o. m. delirium tremens), men fysiskt beroende utvecklar sig inte vid haschbruket. Däremot kan det psykiska beroendet bli mycket starkt och svårt att bryta. De kostnader och de i vissa länder avsevärda legala risker, som det världen över förbjudna haschbruket medför, ger i och för sig ett mått på styrkan av det psykiska beroendet. Den som försökt sluta röka tobak vet hur intensivt ett psykiskt beroende kan bli.

Men haschbruket har en rad effekter, som saknas eller är obetydliga vid alkoholpåverkan. Främst kan nämnas en ökad suggestibilitet, förändrad upplevelse av ljud, som blir klarare, av

* noja

färger, som blir starkare, och av föremål, som blir mera "självständiga". Andra ruseffekter är ökad tankeflykt och ökat rörelsebehov liksom en för denna drog typisk tendens till tvångsskratt. Skräckupplevelser och svåra ångesttillstånd kan också uppstå. *

Direkta hallucinatoriska fenomen uppträder under haschruset, men mera framträdande är pseudohallucinationer bakom slutna ögon. Även kroppshallucinationer förekommer; det är exempelvis inte ovanligt att haschrökaren upplever att hans armar och ben är extremt långa eller mycket korta. Vid starkare berusning kan jagkänslan temporärt upplösas och den berusade mycket suggestivt uppleva "insikt i livets innersta mening", "uppnå en gemenskap med alltet" och liknande extatiska fenomen. Det är möjligt — och troligt — att dessa på några timmar övergående ruseffekter vid vanemässigt bruk kan lämna bestående spår och skapa benägenhet för en mer passiv, kontemplativ, världsfrånvänd tillvaro.

Kulten kring de milda hallucinogenerna marihuana och hasch är dock ganska vag och svag jämförd med den extatiska kult, som på senare år vuxit upp kring ett av de starkaste nervgifter vetenskapen känner, lysergsyredietylamiden, LSD.

I sina strävanden att ur mjöldrygan finna verksamma farmaka, främst mot migrän, syntetiserade Albert Hofmann vid det schweiziska läkemedelsföretaget Sandoz 1938 en serie lysergsyrederivat, bland dem LSD-25. Det var emellertid först 1943 som Hofmann av en tillfällighet fick i sig mikroskopiska mängder av substansen och strax upplevde ett trancetillstånd med fantastiska förändringar i varseblivning och föreställningsvärld. Inför hans slutna ögon spelade ett färgsprakande batteri av snabbt förändrade visioner av drömliknande natur, och han upplevde en märklig förändring av jagkänslan och medvetandefunktionerna.

Den schweiziske psykiatern W. A. Stoll, en nära vän och medarbetare till Hofmann, beskrev ingående LSD-effekterna redan 1947, men för övrigt kom det att dröja ganska länge, innan dessa revolutionerande biokemiska och neurofysiologiska upptäckter ledde till en mer intensiv forskning världen över kring hallucinogenerna. Här kom Aldous Huxley att genom sin skönlitterära produktion spela roll av pådrivare. Huxley blev som bekant på gamla dar begeistrad i hallucinogenerna och experimenterade myc-

ket med sig själv på egen hand. 1954 publicerade han *The Doors of Perception* och två år senare *Heaven and Hell*. Han dedicerade den första av dessa böcker "For M", där M står för meskalin, en mycket stark hallucinogen, som utvinns ur den mexikanskan peyotekaktusen.

Mest kända — beryktade måste man väl säga — av hallucinogenforskarna har de f. d. Harvardprofessorerna Timothy Leary och Richard Alpert blivit. Dessa, som båda är psykologer av facket, började 1960 arbeta med hallucinogenen psilocybin, känd sedan århundraden av indianer som "den heliga mexikanska svampen" och använd i religiös ritual. Senare övergick Leary och Alpert huvudsakligen till LSD-undersökningar. De experimenterade vilt på sig själva och stora grupper av Harvard-studenter. Verksamheten, som var omgiven med en enorm och alltför tidig publicitet, fick alltmer drag av kult och mysticism och spårade snart ur helt. 1963 blev Leary och Alpert avskedade från Harvard, sedan de brutit en överenskommelse att inte experimentera med de yngre studenterna.

Omgivna av hundratals hängivna proselyter, som under LSD-rus upplevt "jagets uppgående i universum" och "vunnit absolut insikt i den djupaste meningen med tillvaron", ämnade Leary och Alpert grundlägga ett knarkparadis på någon ö i Karibiska havet, men sällskapet kom aldrig iväg. Tidigare hade de tillsammans med några dussin entusiaster en tid odlat drogkulten i en storfamilj i Mexiko, men de mexikanska myndigheterna avbröt experimenterandet med "vidgandet av medvetandet". I stället startade man IF-IF, The International Federation for Internal Freedom, med huvudsyfte att propagera för att LSD och andra hallucinogener skulle få säljas fritt. För att informera om hallucinogenerna för vanligt folk och propagera för dessa intoxikationer som en väg till individuell frigörelse startade man "The Psychedelic Revue". IF-IF förbjöds så småningom av de amerikanska myndigheterna men har vuxit upp i form av Castalia Foundation och andra organisationer, som bl. a. drev LSD-pensionat, där hugade kunde hyra in sig och till facilt pris få kost, logi, LSD och "sakkunnig handledning av någon erfaren LSD-brukare", tills USA 1966 skärpte lagstiftningen kring LSD.

Förhållandena kring LSD har i USA snabbt utvecklat sig på

ett sätt lika fantastiskt som drogen själv. Innan LSD infördes under federal lagstiftning hade LSD-bruket spritt sig till mycket vida kretsar, via gruppen kring Leary och Alpert till en vildvuxen flora av sökare — från psykologer av facket till studenter, författare, artister, beatniks, bohemer och vanliga knarkargäng. Samtidigt har LSD-bruket alltmera tagit former som påminner om en religiös väckelserörelse. Castalia Foundation processar f. n. för att av USA:s högsta juridiska myndigheter bli erkänd som ett psykedeliskt religiöst samfund med legal rätt att använda LSD för rituellt bruk.

Det finns starka inslag av zenbuddhism i denna LSD-kult. Man har också utvecklat ett rituellt mönster, där den tibetanska dödsboken upphöjts till bibel. Alpert umgås med planer på att upprätta särskilda dödscentra, där döende skall ges möjlighet att gå hädan i LSD-rus och till skön musik. En kosmisk pånyttfödelse ingår också i vad dessa "Centers for Dying and Being Born" skall offerera trötta vandrare från vår jämmerdal.

Denna märkliga utveckling har en speciell historisk bakgrund, som man måste känna till, om inte hela "väckelsen" skall te sig oförklarlig. Mexikanska indianer har i århundraden ätit av peyotekaktusen vid sina årliga religiösa högtider och därvid kommit in i mycket intensiva trancetillstånd, som fått en religiös innebörd. Omkring 1870 spred sig detta religiösa peyotebruk till indianstammar inom själva USA, och dessa stammar har i samfundet The Native Church of America fått laglig dispens att använda peyote i religiöst ceremoniel.

Det märkliga är nämligen att inte bara peyote utan en rad andra hallucinogener och särskilt den starkaste av dem alla, LSD, kan ge upplevelser liknande den religiösa extas, som tidigare varit förbehållen religionsstiftare, helgon, orientaliska mystiker och heliga män. Centralt i detta intensiva trancetillstånd är det temporära upphävandet av jagkänslan och alla referenser till tid, rum, verklighet och logik. Vederbörande uppfylls av en extatisk känsla av att skåda de absoluta sanningarna och med våldsam intensitet "förstå" livets djupaste hemligheter, som alltså plötsligt framstår i förklarat ljus. Vad som händer neurofysiologiskt är sannolikt att vissa högre hjärnfunktioner kopplas ur och lämnar fältet fritt för starka känslor och en filmisk bildupplevelse

Jfr. Å V Ström Religionspsykologi

som liknar drömupplevelserna; men vederbörande är vaken och medveten om sin vakenhet.

Dessa tillstånd, som religionshistorien lämnar en mångfald beskrivningar av, kan förutom av intensiv religös meditation som sagt framkallas av LSD och peyote men också av stark haschintoxikation och märkligt nog även av extrem utmattning,* långvariga monotona kroppsrörelser, långvarig sömnlöshet och febertillstånd. Dessutom förekommer som bekant liknande tillstånd ibland vid schizofreni.

Karakteristiskt är att dessa kristillstånd har en sådan känslomässig intensitet, att vederbörande sedan han återvänt till sina vanliga sinnens verklighet i många fall är fullständigt övertygad om att de psykotiska upplevelserna inte bara är i djupare mening sanna och mera äkta än de upplevelser våra sinnen och vårt normala medvetande bjuder oss utan de uppfattas som representerande *den absoluta sanningen.*

I våra storstäder har vi alltid haft en del schizofrena mystiker och profeter, som vandrat omkring och förkunnat sin sjuka föreställningsvärld. Från beatnikkvarteren i New York och från andra amerikanska storstäder rapporteras nu dussintals kringvandrande LSD-framkallade Messias-gestalter som alla är övertygade om att vara den utvalde och som alla besitter den absoluta sanningen.

Den som vill ta del av hur en svensk fil. lic. i psykologi kan uppleva LSD-sanningen bör studera Ord och Bilds s. k. tonårsnummer (nr 1, 1967). Där presenterar Claes Janssen ett märkligt och förföriskt LSD-evangelium.

Jag tror inte det är någon tillfällighet att Leary, Alpert och flertalet andra nyfrälsta in- och utländska LSD-entusiaster också är psykologer. Det kan förefalla paradoxalt att man just i de kretsar, som tidigare legat i bitter fejd med psykiatrerna om psykets biokemiska grundvalar och som gärna velat se psyket som en från kroppen avskild del, nu återfinner den största hänförelsen. Naturvetarna och medicinarna har med sin biologiska grundsyn en annan respekt för livsfunktioner, som utvecklats under miljoner år, och blir de som får varna mot farorna, dämpa entusiasmen och försöka tillvarata de potentiella utvecklingsmöjligheterna. LSD har öppnat de hittills mest intressanta teoretiska aspekterna på schizofrenins neurofysiologiska bakgrund. Det är synd

* profeter i öken, Lawrence

att denna forskning skall kompromettеras av en knarkreligion och en mängd kemiskt producerade helgon och profeter.

Professor Bo Holmstedt gav 1965 en ingående skildring av den tyvärr inte alldeles ovanliga typ av olyckshändelse i vetenskapens och medicinens värld som Leary och Alpert representerar (Dagens Nyheter 11.3.65). Sektens senare öden och äventyr och förvandling till kvasireligiös folkrörelse återspeglas i Alpert-Cohen-Schillers dialogbok "LSD" (1966). Det är en mycket givande bok som har en intressant tillkomsthistoria. Cohen är framstående psykiater med stor erfarenhet av terapeutisk LSD-användning; han är utomordentligt kritisk mot Leary-Alpert-rörelsen men övertalades att ställa upp för en diskussionsbok. Man kom överens om vilka frågor som skulle diskuteras, och detta visade sig så småningom nästan vara det enda man kunde enas om. Alpert och Cohen skrev samtidigt sina diskussionsinlägg till alla frågeställningarna innan man bytte bidragen för kritik och slutkommentarer till varje fråga. Schiller har skrivit förordet och illustrerat boken med ett märkligt och delvis skakande bildmaterial. Den är billig (under 10 kronor) och kan rekommenderas till den som önskar en fyllig introduktion till LSD-problematiken. En mycket omfattande svensk översikt över hallucinogena substanser och deras verkningar har utarbetats av Netz (1967).

Problemet med hallucinogenerna, främst cannabispreparaten, har ju sköljt över Västeuropa de senaste åren, men vi har som vi senare skall se i vår översikt över missbruksutvecklingen i Sverige efter kriget haft smärre grupper av marihuanarökare, främst i jazzkretsar, sedan början av femtiotalet. Den omfattande internationella massrörelsen för legalisering av cannabispreparaten, som för närvarande går fram med samma diffusa men effektivt penetrerande kraft som ett ungdomsmode, är ett led i en allmän internationalisering av en rad tidigare till olika länder och kulturkretsar knutna missbruksformer. Vi skall återkomma till en diskussion om dessa fenomen i samband med olika toxikomaniers uppkomst- och spridningsmönster.

Slutligen vill jag ytterligare understryka cannabispreparatens allvarliga inverkan på sinnesfunktionerna och muskelkoordina-

tionen (Ciba 1965, Solomon 1966) och därmed sammanhängande trafikfarlighet. Medan alkohol som bekant mycket enkelt kan avslöjas genom blodanalys är det ännu komplicerat att påvisa förekomsten av cannabinoler* I den mån haschbruket griper omkring sig måste givetvis standardmetoder utarbetas och apparatur anskaffas också för analyser av denna typ.

Det är *möjligt* att det kan föreligga ett direkt samband mellan den omvittnat vida utbredningen av haschrökning bland popband och den likaledes mycket höga olycksfallsstatistik som deras turnébilar drabbas av: 7 döda och 60 skadade på ett år enligt Aftonbladet (23.8.67). Om det skulle visa sig föreligga ett sådant (statistiskt) samband innebär detta givetvis inte att hasch skulle vara medansvarigt vid alla eller ens huvudparten av trafikolycksfallen av denna typ. En rad andra faktorer spelar här in: förarnas ungdom, hetsen mellan olika engagemang, bristen på sömn och vila, de långa körsträckorna etc. Popbandens olycksfallsbenägenhet förefaller dock så anmärkningsvärd att den kräver fortsatt observans, kanske införande av färdskrivare av den typ man redan har för långtradartrafiken.

STIMULANTIA

Kokain

Historik

Kokainets hemtrakter är de varma, subtropiska dalarna i Anderna, där kokabusken, *Erythroxylon coca,* med sina kokainhaltiga blad har en mycket gammal historia. Den första europé som kom i kontakt med kokan var erövraren Francisco Pizarro, som 1533 trängde in i Peru och fann att indianerna tuggade dessa blad med stor förtjusning och tillskrev dem förmågan att döva hunger, törst och trötthet, döda sorger och bekymmer och skapa lycka. I den gamla Inka-kulturen hade kokaineffekterna ursprungligen spelat en religiös och rituell roll, men på 1500-talet tycks kokatuggandet främst ha varit ett njutningsmedel.

Vid tuggandet av kokabladen, vanligen med en tillsats av kalk eller aska, frigöres mycket små mängder kokain. En sådan tuggdos har en kortvarig verkan, ungefär 40 minuter, och detta — en *cocada* — var inte bara det gamla tidsmåttet i Anderna utan

* Jfr. Nelhans 21

också ett längdmått: den väg man kunde vandra på ett kokainrus — omkring tre kilometer på slättlandet och två kilometer i bergen.

De nya herrarna, conquistadorerna, gick hårt fram vid mitten av 1500-talet och drev indianerna till tvångsarbete på gruvfält och plantager och utnyttjade deras kokaberoende genom att betala dem med kokablad. På 1560-talet förbjöds denna rovdrift i Peru, och kokahandeln förklarades — liksom långt senare vår sprithantering — som statsmonopol. I praktiken fortsatte dock kokaodlingen och tuggandet som tidigare.

1844 isolerades kokainet ur kokabladen, som innehåller en dryg procent kokain. 1885 introducerades kokainet i den moderna medicinen. Därmed fick kokainet en världsvid spridning och gav snabbt upphov till svåra missbruksfall, först bland läkare och andra naturvetare, snart också bland författare, politiker och konstnärer. På 1930-talet hade kokainmissbruket i Tyskland enligt Lewin spritt sig ned till de sociala bottenskikten, de prostituerade i storstäderna och deras beskyddare.

Efter det andra världskriget försökte Förenta Nationerna komma till rätta med den internationella kokaintrafiken. 1950 rekommenderade FN en femtonårig successiv nedskärning av kokaodlingarna och därmed kokatuggandet i Sydamerika, men Perus och Bolivias representanter protesterade med hänvisning till att det inte var bevisat att kokatuggandet var skadligt för höglandsindianerna. Maurer och Vogel (1967) kommenterar detta syrligt: "Detta är ett intressant exempel på det sociala accepterandets roll i varje land där vissa droger är allmänt brukade." 1962 samtyckte dock alla sydamerikanska stater till att kokatuggandet inte var önskvärt och förband sig att reducera kokaodlingarna till att motsvara medicinska behov.

Kokatuggandet fortlever dock ännu i dag bland indianerna i Peru, Bolivia, Ecuador och nordvästra Brasilien, och bland vissa indianstammar i Bolivia lär praktiskt taget 100 procent av den vuxna befolkningen vara kokatuggare.

I USA har kokainismen aldrig haft samma spridning som opiatmissbruket. Kokainet är enligt Louria dubbelt så dyrt som heroinet och betraktas i viss mån som ett missbruksmedel för välbeställda. Louria konstaterar att den illegala kokainhandeln i

USA är i tilltagande men tror inte att kokainet "någonsin kommer att bli ett stort problem i USA". Detta har man dock anledning att ställa sig frågande till när man begrundar kokainets farmakologiska egenskaper.

Farmakologi

Kokainet är ett centralstimulerande medel och ett utomordentligt starkt sådant. I den form indianerna intar det — i låg koncentration och genom munnen — är effekten måttlig, men hunger och törst dämpas och kroppslig och psykisk trötthet elimineras under drogeffekten. Detta kan vid kontinuerligt bruk ge upphov till hälsovådlig näringsbrist och avmagring liksom omedveten fysisk överansträngning, då kroppens naturliga larmsystem sätts ur spel. Några fysiska abstinensbesvär utvecklas inte, men det psykiska beroendet blir starkt. Det indianska kokatuggandet förefaller dock vara ett mycket oskyldigt giftberoende jämfört med den västerländska formen av kokainism, som är en utomordentligt allvarlig sjukdom.

Det är det raffinerade kokainet — ett vitt, luktlöst, bittert pulver — som kommer till användning för missbruk i USA och Europa. Kokainet administreras på många olika sätt: det kan ätas eller drickas men vanligare är intravenös injektion och snusning. Att kokainet kan snusas beror på att det absorberas genom slemhinnorna. En annan anledning till snusningsmetoden är den korta verkningstiden. En avancerad kokainist som håller sig till injektionstekniken kan ha behov att ta en injektion varje timme! Kokainsnusandet brukar ge upphov till lukthallucinationer och lokala inflammationer i näsan; stundom perforeras så småningom nässkiljeväggen.

De psykiska verkningarna av kokainet är ytterst starka, och de euforiska effekterna överträffar även heroinets. Kokainet ger, särskilt vid intravenös applikation, en yällustkänsla av abnorm och overklig intensitet. Dessutom inträder megalomana föreställningar om den egna personens omåttliga fysiska och psykiska resurser. Det är naturligt att en drog med sådana effekter snabbt ger upphov till ett starkt psykiskt beroende hos nästan alla som börjar använda den.

* storhetsvanföreställningar

Trots att inga fysiska abstinensreaktioner uppträder efter det kortvariga lyckoruset tenderar missbrukaren att vilja "tända på" igen så snart omständigheterna medger. Efter en tid inträder medlets negativa effekter: känslorusen följs av stark ångest och paranoida föreställningar, dvs. förföljelseidéer, ofta ytterligare stegrade till paranoida hallucinationer. Under dessa psykotiska tillstånd kan kokainisten begå helt oväntade och omotiverade handlingar, hoppa ut genom fönster för att undkomma inbillade förföljare etc. Den psykotiske kokainisten är livsfarlig inte bara för sig själv utan också för andra: han kan plötsligt attackera personer som han genom missuppfattning tror vill skada eller kanske mörda honom. Attackerna från den sjukes sida är i dessa situationer alltid ett uttryck för självförsvar mot inbillade faror och våldsmän.

Många kokainister försöker tillvarata de euforiska rusen och samtidigt förebygga eller balansera ångesten och de paranoida reaktionerna genom att blanda kokain och morfin eller genom att kupera ångesten med efterföljande morfininjektion.

Någon toleransstegring i egentlig mening föreligger inte ens vid intensivt missbruk, men Lewin nämner fall som kommit upp i mycket stora doser. Goldberg (1967) påpekar att dosökning kan förekomma i början tills individen ställt in sig på sin individuella nivå, men att tillförseln därefter brukar hållas på en konstant nivå.

Trots avsaknaden av toleransstegring och fysiska abstinensreaktioner torde kokainismen i dess västerländska former vara den allvarligaste och mest svårbotade av alla toxikomaniformer. Lewin beskriver hur vetenskapsmän, som förmodligen stått honom nära som vänner eller medarbetare, fullständigt brutits ned och gått under i kokainism. Den sjuke utvecklar en passion för giftet som gör allt annat i livet sekundärt eller likgiltigt. Lewin citerar ett brev från en kokainist; det utmynnar i en sats som visar att våra dagars psykedeliska litteratur har haft sina föregångare: "Gud är substansen!" Även efter årslång behandling i drogfri miljö tenderar kokainisten att återfalla så snart tillfälle ges.

Förutom sin starkt centralstimulerande effekt har kokainet även en lokalbedövande förmåga, då det appliceras på slemhinnor. På grund av de utpräglat toxikomaniframkallande egenskaperna

används kokainet dock numera mycket litet i modern medicin, nästan uteslutande inom ögonkirurgin.

Till en jämförelse mellan det vegetabiliska kokainet och moderna, syntetiska centralstimulantia, deras effekter och missbruksbilder, skall vi återkomma sedan vi studerat dessa aktuella problempreparat.

Slutanmärkningar om kokain

I Sverige fanns på 1930-talet en mindre kokainismepidemi i skådespelarkretsar, men för närvarande torde vi inte ha något kokainmissbruk i landet, i varje fall inte i våra vanliga missbrukargäng. På grund av den snabba internationaliseringen av olika missbruksformer och missbruksmedel måste dock vaksamheten vara skärpt, och ett eventuellt uppblossande av kokainmissbruk måste omedelbart mötas med adekvata motåtgärder, bland annat långtidsbehandling av de smittade, vilket i fall av denna typ torde bli detsamma som tvångsbehandling.

Syntetiska centralstimulantia

Historik

Det starkt centralstimulerande kokainet medför som vi såg en så överhängande tillvänjningsrisk och ger lätt upphov till en så allvarlig toxikomani, att dess centralstimulerande förmåga aldrig kunnat utnyttjas medicinskt. Försök hade dock gjorts tidigt, bland andra av Freud, som enligt Linde (1954) provade kokainet på sig själv med tanke på att senare eventuellt införa det i psykiatrisk praxis, men Freud övergav snart dessa planer. Också från militärt håll visade man tidigt intresse för detta starkt centralstimulerande medel, och en tysk militärläkare Aschenbrandt prövade 1884 kokain på soldater. Försöksverksamheten nedlades dock snart, och Linde berättar inte hur det gick för soldaterna.

Amfetamin, det klassiska syntetiskt framställda centralstimulerande medlet och typsubstansen för hela den stora gruppen av efterföljare, introducerades 1935 i klinisk medicin av Prinzmetal och Bloomberg (Eysenck, 1961, s. 643).

Amfetamin, som i anglosaxisk litteratur ofta kallas *benzedrin,* har tidigare saluförts under inhemska fabriksnamn som *Fenedrin* och *Leodrin,* men dessa produkter är för länge sedan nedlagda. Bland den långa raden av utländska synonymer kan några av de mera kända nämnas: *Centramina, Maxiton, Neoton* och *Simpatina.*

Verkan

De första åren såldes amfetaminet receptfritt (i Sverige till 1939) och blev mycket populärt på grund av sin förmåga att förjaga trötthet och pressa ned sömnbehovet. Bland amerikanska studenter och även bland europeiska kom medlet tidigt till omfattande användning, särskilt i samband med tentamensläsning. Det var inte bara det nedsatta sömnbehovet utan också en ökad känsla av energi, självsäkerhet, välbehag, associationsrikedom och talförhet som gjorde amfetaminet uppskattat. De objektiva studieresultaten blev dock inte de förväntade, då associationerna blev ytliga, ofta vitsiga, och självkritiken avtog liksom de känsligare kvaliteterna i omdömet; också talförheten torde ha imponerat mera på studenterna själva än på professorerna.

Redan i januari 1941 publicerade Ivy och Krasno i *War Medicine* (refererat efter Maurer och Vogel, 1967) en undersökning, där 147 medicine studerande fick små mängder amfetaminsulfat under tre dagar. 113 rapporterade att de hade känt sig uppiggade, 72 hade känt sig upprymda och 61 angav ökad koncentrationsförmåga. 38 tyckte att de önskade fortsätta att använda amfetamin. 38 av de 147 studenterna visade således redan efter tre dagar benägenhet för amfetaminberoende eller "addiction proneness", som Maurer och Vogel kallar sådan beroendebenägenhet.

Den ganska omfattande användningen av amfetamin i studentkretsar förde trots allt sällan till utvecklingen av en allvarlig toxikomani. Till detta bidrog att amfetamindoserna var relativt låga jämfört med vad som senare blev brukligt i missbrukarkretsar, likaså att ändamålet med bruket inte var att framkalla eufori; främsta orsaken var dock sannolikt den omständigheten att drogumgänget som regel blev kortvarigt eller periodiskt.

Under andra världskriget kom amfetamin till vidsträckt användning i militära sammanhang. Eftersom medlet dövade trötthetskänslan och tillfälligt ökade den subjektiva — och i någon

liten mån också den objektiva — fysiska prestationsnivån torde flertalet länder ha använt amfetamin för att hålla uttröttade soldater vakna flera dygn i sträck i samband med pågående krigsoperationer. Det är troligt att denna mycket vidsträckta användning av amfetamin under kriget i viss mån bidrog till att förbereda marken för det omfattande civila amfetaminmissbruk, som omedelbart efter kriget sköt fart i en rad länder, främst bland ungdom i Japan men också i Danmark, Sverige, England och USA.

Till den svenska narkotikaepidemins utveckling skall vi senare återkomma i detalj. För den farmakologiska presentationen av denna grupp behöver vi bara nämna några av de viktigaste tendenserna och milstolparna.

Eftersom amfetaminet bland annat även är slemhinneavsvällande (genom kärlkontraktion) kom det tidigt till användning för inhalation vid snuva och förkylning. Tillvänjningsrisken vid denna användning visade sig vara betydande, kanske främst på grund av den nästan momentana absorptionen och den omedelbara centralstimulerande effekten. Dessa inhalationspreparat blev mycket snabbt föremål för missbruk, inte bara bland patienter utan även i viss utsträckning bland läkare, som tog sig några sniffar emellanåt för att dämpa trötthet eller öka välbefinnandet.

Intravenös användning av amfetaminhaltiga inhalationspreparat och uppslammade lösningar av krossade amfetamintabletter förekom tidigt enligt Maurer och Vogel, dock troligen inte förrän kring krigsslutet. Samtidigt rapporterade Norman och Shea (1945) de första psykotiska tillstånden framkallade av amfetaminmissbruk.

Särskilt svårt blev amfetaminmissbruket i Japan. Enligt en rapport från japanska hälsovårdsministeriet (utgiven 1964) började en stor kvantitet amfetamin (enligt brev från professor Z. Kaneko metylamfetamin) från militära överskottslager strömma ut på marknaden vid krigsslutet. Amfetaminet blev särskilt eftertraktat av hemförlovade militärer, som lärt sig uppskatta preparatet under kriget, men också — enligt hälsovårdsministeriet — "bland författare, underhållningsartister, ungdomsbrottslingar och prostituerade (service girls)".

De japanska myndigheterna gjorde 1947—48 ett ödesdigert

misstag, då man skulle försöka hejda det snabbt expanderande missbruket: man lät överföra en väsentlig del av amfetaminproduktionen från tabletter till injektionslösningar och räknade optimistiskt med att dessa endast skulle komma till användning för sjukhusbruk vid akuta sömnmedelsförgiftningar etc. Åtgärden bidrog i hög grad till att många missbrukare övergick till intravenös administration, och denna missbruksform fick därefter en mycket stor omfattning.

1949 rekommenderade den japanska regeringen läkemedelsindustrin att upphöra med amfetamintillverkningen, men effekten uteblev "eftersom rekommendationen inte byggde på någon lag". Då förhållandena snabbt förvärrades antog parlamentet 1951 en ytterligt rigorös lag (lag nr 252) beträffande allt handhavande av centralstimulantia (awakening drugs). Lagen föreskrev sträng kontroll över import, tillverkning, överlämnande, mottagande, innehav, överlåtelse och användning av amfetaminer, som endast fick tillverkas på ettårslicens. Medlen fick enbart handhas på sjukhus och endast av vederbörande överläkare personligen. För varje använd dos måste överläkaren notera fullständiga identitetsdata för patienten, noggrant ange indikationen etc. Även för dessa institutionschefer, liksom för forskare som hade med amfetamin att göra, utfärdades licenser för ett år i sänder. Enligt lagen var det förbjudet att ge amfetamin till missbrukare, och straffen för överträdelse var betydande.

Trots den utbyggda kontrollen ökade amfetaminmissbruket de närmaste åren och kulminerade 1955—56, då antalet amfetaminister i Japan uppskattades till 550 000 personer, huvudsakligen ungdom mellan 20 och 30 år. Flera hundra tusen missbrukare tog medlet intravenöst.

Då missbruksmarknaden vid denna tidpunkt till övervägande del försörjdes genom illegal import och illegal tillverkning inom landet skärptes lagen 1954 och 1955. Alla råmaterial för amfetamintillverkning blev underkastade samma kontroll som tidigare det färdiga amfetaminet, och betydande straffskärpningar infördes. Så riskerade exempelvis en läkare, som bröt mot de refererade bestämmelserna upp till tre års fängelse.

De repressiva åtgärderna kulminerade 1954, då 55 664 personer arresterades i Japan för olika former av brott mot lagen om

centralstimulantia. Därefter fick myndigheterna snabbt läget under kontroll, och 1958 blev endast 271 personer arresterade av samma anledning; 1962 hade siffran dock återigen stigit något, till 531 fall. Antalet amfetaminmissbrukare sjönk också mycket snabbt, men några aktuella siffror har inte gått att få fram. Missbrukarna torde dock numera endast räknas i procent av frekvensen under den period då epidemin grasserade som värst. Däremot rapporterar flera av mina japanska kontakter att ett massmissbruk av barbiturater har börjat skjuta fart de senaste åren, ett fenomen som vi också känner från missbrukarkretsarna här hemma.

Japanerna har demonstrerat hur man kan kämpa ned en massepidemi av avancerat medicinmissbruk. Danskarna har visat hur man i en begynnande epidemisituation bringar läget under kontroll och förebygger en massepidemi. Också i Danmark fick amfetaminmissbruket fotfäste omedelbart efter kriget, men de danska myndigheterna var föredömligt observanta. Man genomförde en omfattande receptundersökning 1948—49 och kunde på detta sätt diagnostisera ett stort antal amfetaminmissbrukare och ett betydande antal läkare med mycket lättsinnig förskrivningspraxis. Efter erforderliga lagändringar vidtog den danska Sundhedsstyrelsen en rad kontrollåtgärder och införde fortlöpande bevakning av alla former av narkotikaförskrivning. Det mycket smidiga och framgångsrika danska systemet presenteras utförligt i ett särskilt kapitel.

Tack vare att en större missbruksmarknad aldrig hann etableras på basis av frikostiga läkarförskrivningar och eftersom många amfetaminmissbrukare ännu inte hade kroniserats, när bevakningssystemet trädde i funktion 1950, skapades i Danmark aldrig underlag för någon illegal narkotikamarknad av betydenhet. Det torde på goda grunder kunna hävdas att man i Danmark, där amfetaminmissbruket 1948—50 sannolikt hade en större omfattning än i Sverige vid samma tidpunkt, på enbart administrativ väg lyckades förhindra utvecklingen av en massepidemi av den typ vi fick i vårt land.

Liksom vi tidigare sett att besvikelserna med morfinet och heroinet ledde till att industrin försökte framställa nya ersättningspreparat som skulle äga stampreparatets fördelar men inte

dess nackdelar, syntetiserades och prövades en rad med amfetaminet kemiskt eller farmakologiskt närbesläktade substanser mot trötthetstillstånd, depressioner och senare främst som bantningsmedel.

Dexamfetamin, det ursprungliga amfetaminets närmaste släkting, visade sig ha något mildare effekter och har under fabriksnamnet *Dextenal* fått en viss användning som psykostimulerande och aptitnedsättande medel, men tillvänjningsrisken är betydande. Pharmakonomiakommittén har i Pharmaconomia Svecica (1967) sagt ifrån att beträffande både amfetamin och dexamfetamin "den viktigaste indikationen är narkolepsi. Användning på andra indikationer bör vara ytterst restriktiv".

Metamfetamin har kraftigare central och svagare perifer verkan än amfetamin. Det saluförs fortfarande i Sverige under fabriksnamnet *Methedrinal*.

Fenmetralin eller *fenmetrazin* syntetiserades 1953 av tyskarna Thomae och Wick och introducerades som bantningsmedel; det blev senare herostratiskt ryktbart under fabriksnamnet *Preludin*; en synonym är *Cafilon* och ett kombinationspreparat med samma substans är *Nystenal*. Dessa preparat, som alla numera är indragna från den svenska läkemedelsmarknaden, fick snabbt en vidsträckt popularitet då de dels reducerade aptiten, dels också i viss mån medförde en förhöjning av sinnesstämningen och gav en känsla av arbetslust och energirikedom. Just dessa senare egenskaper i förening med en avtagande effekt och tendens till dosökning var olycksbådande. De första missbruksfallen publicerades i England av Bethell redan 1957 (Borg, 1960).

I oktober 1958 lämnade Berggren den första svenska medicinska rapporten (publicerad i Opuscula Medica, mars 1959) om avancerat svenskt preludinmissbruk, men till detta skall vi återkomma i avsnittet om den svenska epidemihistoriken.

1959 publicerades i England de första fallen av preludinpsykos (Silverman, 1959). Ett stort material kom nästan samtidigt från Maudsley Hospital i London, varifrån Evans (1959) meddelade att man under ett halvår hade haft 16 fall av preludinmissbruk,

varav 12 var akut psykotiska på grund av preludinintoxikation. De var synnerligen talträngda, ångestladdade och företedde en misstänksamhet som i flera fall övergått i förföljelseidéer, några var desorienterade och flertalet hallucinerade, främst för hörseln men även synhallucinos rapporterades. Den psykotiska bilden försvann snabbt efter det preludintillförseln avbröts, men en patient var psykotisk i tre månader. Abstinensbesvären utgjordes av oro, ångest, depression och trötthet, "noe som innebar fare for residiv", skrev Borg (1960) i sitt referat och redogjorde också för liknande företeelser i Norge.

Inte mindre än 11 av de 16 fallen i Evans material var kvinnor. Genom sitt större intresse att hålla sig slanka var kvinnorna uppenbarligen mera riskexponerade för det nya, farliga bantningsmedlet. Evans fann dock att dessa första engelska preludinister inte var några genomsnittspatienter. Hos flertalet av dem fann han likheter med andra toxikomanigrupper: alla utom en var ogifta eller frånskilda och 13 hade missbrukat andra medikamenter eller alkohol tidigare, det vill säga det var fråga om en särskilt ömtålig patientgrupp.

Först 1966 drog Boehringer Sohn in Preludinet från den svenska marknaden efter upprepade påstötningar och ett långvarigt opinionstryck, men produktionen fortsätter liksom försäljningen på världsmarknaden, även om recepttvång införts i många länder. Också andra fabrikanter (i Italien, Frankrike, Ungern etc.) tillverkar fenmetralin med eller utan licens från Boehringer Sohn, som på ett anmärkningsvärt sätt och rimligtvis mot bättre vetande länge hävdade att preludinnarkomani var ett exklusivt svenskt fenomen. Boehringer Sohns vetenskaplige ledare, professor Walther Graubner, har vid personliga sammanträffanden framfört detta till mig både 1965 och 1966; tyvärr hade jag vid den tidpunkten inte hittat de äldre utländska rapporterna, men dessa kan rimligtvis inte ha varit obekanta för fabrikantens forskningschef. Utomlands har företaget även hävdat att den svenska epidemin i sig är ett utslag av välfärdssamhället, vilket onekligen är att göra det väl lätt för sig.

Metylfenidat, mera känt som *Ritalina* och *Lidepran* (det ingår också i kombinationspreparatet *Plimasin*), spelar också en fram-

trädande roll i det här sammanhanget. Ritalina, jämngammalt med Preludinet, är en schweizisk produkt från Ciba; det introducerades på världsmarknaden 1954 som ett milt centralstimulerande medel mellan amfetamin och koffein, har en nära kemisk och farmakologisk släktskap med amfetamin och företer betydande risker för vanebildning. Ritalina har som bekant också blivit ett mycket begärligt missbruksmedel i vårt land, nästan i paritet med Preludin. Enligt läkemedelskatalogen "FASS 1967" rekommenderar fabrikanten preparatet vid bland andra följande indikationer: "Tillstånd med abnorm trötthet, nedstämdhet, svaghetstillstånd under konvalescens, bristande koncentrationsförmåga. Narkolepsi samt för att motverka icke önskvärd sedativ effekt av andra farmaka." Indikationerna förefaller alltför vida trots fabrikantens observandum: "Ritalina bör liksom övriga psykotonika användas med sträng indikationsställning och icke ges regelbundet under längre tid."

Redan 1956 rapporterade Juchem enligt Borg (1961) att patienter som fick Ritalina kände sig "bevingade", de tyckte att "benen gick av sig själva" och många tycktes "få sina psykiska konflikter på avstånd", men Juchem anade tydligen inte toxikomanirisken. 1959 tog Rioux (Borg, 1961) upp spörsmålet om inte Ritalina var "addiction-producing", och året därpå publicerades det första fallet av fullt utvecklad ritalinatoxikomani av Jacobsen (1960). Ungefär samtidigt publicerade Noreik (1960) ett fall av ritalinatoxikomani, som är intressant därför att det enligt min erfarenhet är något av ett typfall. "Pasienten hadde tidligere misbrukt andre medikamenter og alkohol, hadde hatt flere opphold tidligere i psykiatriske sykehus og hadde vist seg krakilsk, oppfarende og samtidig bagatelliserende når det gjaldt egne vansker. Under ritalinpåvirkning fikk han øket selvfølelse, ble våken, rastløs, fikk følelsen av å ha det travelt. Han begikk i løpet av 2 år en rekke bedragerier, klarte å lure en rekke næringsdrivende som gav ham forskudd på varer som aldri ble levert. Han hadde aldri tidligere vist direkte kriminelle tilbøyeligheter. Reseptene skrev han til dels selv." (Citerat efter Borg, 1961.)

Just denna stämnings- och aktivitetsförhöjande ritalinaeffekt i förening med åtföljande ökat självförtroende och nedsatt omdöme har en utpräglat kriminalitetsutlösande verkan. Exakt det-

samma gäller vid preludinmissbruk, vilket påpekats av Rylander (1966), som nämner att dessa missbrukare känner att "man kan klara allting, problem och svårigheter glider i bakgrunden; om de inte helt bleknar bort, tycker man sig hitta nya utvägar, att bli herre över dem. 'Ibland tror man sig vara oövervinnelig. Man är säker på att kunna göra vad som helst utan att det händer en något'."

Amfepranon är en annan nära släkting till amfetaminerna men substansen har en svagare centralstimulerande effekt och möjligen även en lägre aptitnedsättande verkan. Med denna grundsubstans har en rad bantningsmediciner lanserats (*Danylen, Dobesin, Tylinal, Tikobes, Obesidyl* etc.). En avtagande effekt brukar inträda efter några veckor, varvid patienterna tenderar att höja doserna på egen hand. Svåra toxikomanier av samma typ som vid amfetaminmissbruk kan uppstå. En svår tikobesmissbrukare i Stockholm har jag de senaste åren utfärdat vårdintyg för vid tre olika tillfällen då vederbörande varit helorolig, hallucinerat och företett den för centralstimulantia klassiska akuta, paranoida, schizofreniforma psykosen.

Farmakologi

De syntetiska centralstimulerande medlen (amfetamin, dexamfetamin, metamfetamin, fenmetralin, metylfenidat och amfepranon) visar alla i huvudsak likartade effekter om än med variationer i styrka och effektmönster. De är alla påtagligt beroendeframkallande och de visar alla vid intensivt missbruk i huvudsak samma symtomatologi. Differensen mellan centralstimulerande effekt och toxiska biverkningar, alltså inte den beroendeframkallande förmågan i sig, är möjligen större för dessa medel än för kokainet, men annars *synes väletablerade amfetamin-preludin-ritalinatoxikomanier väsentligen te sig som kokainism.* Då de syntetiska preparaten är mildare än kokainet och den terapeutiska bredden större bör toxikomanirisken vara väsentligt mycket mindre, men jag kan av litteraturen om kokainismen inte se att den i princip skulle skilja sig från dessa på syntetiska centralstimulantia grundade toxikomanier.

Tabell 3. Farmakologiska effekter och symtom vid bruk och missbruk av kokain respektive syntetiska centralstimulantia.

Effekter och symtom	Författare som verifierar effekter av respektive symtom vid	
	kokain och kokainism	syntetiska centralstimulantia och amfetaminism etc.
Psykiskt beroende	Goldberg	Connell, Goth, Maurer & Vogel
Eufori	Goldberg, Lewin	Goldberg, Louria
Känsla av kraft	Maurer & Vogel, Lewin	Goth, Rylander
Eliminerar bekymmer	Kolb,	Borg, Rylander
Överskattning av egen förmåga	Maurer & Vogel Goldberg	Borg, Liljedahl
Stimulering av intellektuella funktioner	Kolb, Maurer & Vogel	Goldberg ("subjektivt") Maurer & Vogel, Louria
Blandmissbruk med opium vanligt	Kolb, Louria, Maurer & Vogel	Goldberg, Louria Maurer & Vogel
Blandmissbruk svårare att bota än opiatberoende enbart	Kolb	Goldberg
Upptagenhet av tankar på giftet (preoccupation)	Maurer & Vogel	Bejerot
Störda arbetsvanor	Maurer & Vogel	Borg, Krantz
Ångest	Kolb, Goldberg, Maurer & Vogel	Goldberg, Rylander
Paranoida psykoser med hallucinos (främst för hörseln, även synen)	Goldberg, Kolb Maurer & Vogel	Bejerot, Connell, Goldberg, Rylander
Våldshandlingar under inflytande av paranoid psykos (försvarsattack)	Goldberg, Louria, Maurer & Vogel	Bejerot, Connell, Goldberg, Rylander, Maurer & Vogel

Effekter och symtom	Författare som verifierar effekter av respektive symtom vid	
	kokain och kokainism	syntetiska centralstimulantia och amfetaminism etc.
Långdragna psykotiska tillstånd (månader) förekommer	Goldberg, Maurer & Vogel	Borg, Rylander
Depression i abstinensen	Goldberg	Louria
Rastlöshet	—	Goldberg, Louria, Maurer & Vogel
Pratsamhet	—	Louria, Maurer & Vogel
Motverkar trötthet och sömn	Goldberg, Maurer & Vogel	Goldberg, Louria Maurer & Vogel
Nedsatt törst	Goldberg	Bejerot
Nedsatt aptit	Kolb, Lewin, Maurer & Vogel	Goldberg, Goth Maurer & Vogel
Stark avmagring	Kolb, Lewin, Maurer & Vogel	Bejerot
Viss toleransutveckling förekommer	Lewin, Maurer & Vogel	Goldberg, Maurer & Vogel ("stor")
Initial dosökning, ej tolerans	Goldberg	Bejerot
Visst, obetydligt fysiskt beroende	Kolb	Oswald & Thacore
Fysiskt beroende saknas	Goldberg, Louria, Maurer & Vogel	Goldberg, Goth, Louria
Plötslig fysisk lustkänsla ("thrill")	Kolb	Bejerot, Rylander
Ökad sexuell förmåga	Kolb	Rylander
Stimulerar fysisk kraft	Lewin	Goth
Stimulerar fysisk aktivitet	Lewin, Maurer & Vogel	Goldberg, Maurer & Vogel

Effekter och symtom	Författare som verifierar effekter av respektive symtom vid	
	kokain och kokainism	syntetiska centralstimulantia och amfetaminism etc.
Fysisk utmattning efter en tids kontinuerligt missbruk	Kolb, Maurer & Vogel (citerar WHO)	Goldberg, Louria, Monroe & Drell
Ryckiga rörelser vid starkare påverkan	—	Bejerot ("spasmliknande") Maurer & Vogel
Småskakningar, tremor	—	Louria, Maurer & Vogel
Epileptiforma anfall	Kolb, Lewin, Maurer & Vogel	—
Vidgning av pupillerna	Maurer & Vogel	Bejerot, Maurer & Vogel
Svettningar	Maurer & Vogel	Louria, Maurer & Vogel, Rylander
Pulsstegring, hjärtklappning	Goldberg, Lewin, Maurer & Vogel	Goldberg, Maurer & Vogel, Rylander
Blodtrycksstegring	Maurer & Vogel	Goldberg, Maurer & Vogel, Rylander
Cirkulationskollaps och plötslig död kan förekomma	Goldberg, Maurer & Vogel	Liljedahl
Lokalbedövningseffekt	Goldberg, Maurer & Vogel	—
Slemhinneavsvällning genom kärlkontraktion	Goth	Goldberg Maurer & Vogel
Lokalanvändning inom ögonkirurgin	Goth	Goth
Antidot (motgift) till opium	Kolb, Maurer & Vogel	Goth

Effekter och symtom	Författare som verifierar effekter av respektive symtom vid	
	kokain och kokainism	syntetiska centralstimulantia och amfetaminism etc.
Antidot till alkohol	Kolb, Maurer & Vogel	—
Antidot till barbiturater	Kolb, Maurer & Vogel	Goldberg, Goth
Verkan mindre än en timme	Goldberg, Maurer & Vogel	—
Verkan mer än två timmar	—	Bejerot

Trots genomgång av en omfattande litteratur på området har jag inte någonstans funnit en jämförelse genomförd mellan kokainismen och de på syntetiska centralstimulantia grundade toxikomanierna. Vissa författare nämner visserligen kokainet och de syntetiska medlen tillsammans med koffein under samma kapitelrubrik, "Stimulant drugs", men andra för av traditionella skäl kokainet till avdelningen "hard drugs" tillsammans med opium och cannabis, medan syntetiska centralstimulantia förs till "soft drugs" tillsammans med barbiturater, brompreparat etc. I en symtomöversikt i tabellform (tabell 3) skall vi ställa kokaineffekter och kokainism samt farmakologiska effekter av syntetiska centralstimulantia och motsvarande toxikomaniformer mot varandra och ur mängden av samstämmiga vittnesbörd notera några författare som dokumenterar effekterna vid respektive medel.

Världshälsoorganisationens karakteristik av kokain- och amfetaminberoende

WHO:s Expert Committee on Addiction-Producing Drugs införde, som vi såg i definitionsavsnittet, 1964 det nya drug-dependence-begreppet som ersättning för de äldre addiction- och habi-

tuation-begreppen. Man kompletterade de nya definitionerna med individuell karakteristik av fem huvudgrupper av läkemedelsberoende (av morfin-typ, kokain-typ, cannabis-typ, barbiturat-typ och amfetamin-typ).

Mot bakgrunden av vår systematiska jämförelse mellan kokainets och de syntetiska centralstimulerande medlens verkningar (tabell 3) och de sjukdomsbilder de kan ge upphov till finns det anledning att också jämföra WHO:s karakteristiker av dessa två huvudgrupper av toxikomaniframkallande agens.

WHO:s karakteristik (1964) av giftberoende (drug dependence) av kokaintyp respektive amfetamintyp.

A) *Karakteristik av beroende av kokaintyp*

"Läkemedelsberoende av kokaintyp beskrives (is described) som ett tillstånd uppkommet genom upprepad administration — på periodisk eller kontinuerlig basis — av kokain eller en substans (agent) med kokainliknande egenskaper (properties). Det karakteriseras av:

1) En överväldigande önskan (overwhelming desire) eller behov (need) att fortsätta att bruka medlet och att komma över det till varje pris;
2) Frånvaro av toleransökning för att uppnå samma effekt vid fortlöpande administration; vid mera frekvent episodiskt bruk tas drogen med så korta intervaller att en intensiv toxisk reaktion kan byggas upp;

B) *Karakteristik av beroende av amfetamintyp*

"Läkemedelsberoende av amfetamintyp är ett tillstånd uppkommet genom upprepad administration — på periodisk eller kontinuerlig basis — av amfetamin eller substans (agent) med amfetaminliknande verkningar (effects). Det karakteriseras av:

1) En önskan (desire) eller ett behov (need) att fortsätta att bruka medlet;
2) Konsumtion av stigande mängder för att erhålla kraftigare stimulerande och stämningsförhöjande verkningar (greater excitatory and euphoric effects) eller för att mera effektivt motverka depression och trötthet åtföljs i viss mån av toleransutveckling;

3) Psykiskt beroende till medlets effekter på grund av subjektiv och individuell uppskattning av dessa effekter;
4) Frånvaro av fysiskt beroende och därför frånvaro av abstinenssymtom vid plötsligt avbrott i tillförseln av medlet; avbrott (withdrawal) åtföljs av psykiska störningar manifesterade i begär (craving) efter medlet.

Vid kokainbruk kan skadeverkningarna på individen vara indirekta som följd av individens upptagenhet (preoccupation) av giftbruket (drug taking), likaså beroende på undernäring och infektioner som vanliga komplikationer, eller direkta som svår toxisk reaktion till följd av snabb och upprepad tillförsel vid episodiskt bruk. Skadeverkningarna för samhället sammanhänger med individens upptagenhet av giftbruket, med ekonomiska förluster och brott mot samhället som följdföreteelser. Vid giftberoende av kokaintyp till följd av kokabladstuggande tillkommer anorexi, förändrade arbetsvanor och viktförlust som ytterligare karakteristika."

3) Psykiskt beroende till medlets effekter på grund av subjektiv och individuell uppskattning av effekterna av medlet;
4) Frånvaro (general absence) av fysiskt beroende så att karakteristiskt abstinenssyndrom inte uppstår vid avbrott i tillförseln av medlet.

Amfetaminerna tenderar att framkalla anorexi, ihållande och kraftiga (exaggerated) psykomotoriska rubbningar och psykiska störningar (disruption of mental function), till och med förekomsten av toxiska psykoser. För samhället sammanhänger skadeverkningarna delvis med medlets psykomotoriska verkningar (t.ex. som olycksfallsframkallande faktor)."

WHO:s definitioner eller sjukdomsbeskrivningar är tyvärr osystematiska, vaga, ofullständiga och i vissa avseenden osannolika eller felaktiga. Man är exempelvis böjd att ifrågasätta om kokainets förmåga att framkalla anorexi, dvs. långvarig och kraftig aptitförlust, liksom avmagring och förändrade arbetsvanor kan vara exklusivt förbunden till kokatuggandet och inte skulle före-

komma vid vanemässigt missbruk av rent kokain. Att arbetsvanorna "förändras" är en mycket ofullständig upplysning; sannolikt vill man framhålla att de försämras, då kokatuggandet annars inte borde vara något socialt utan endast ett medicinskt problem.

Toxikomani av amfetamintyp (dit alltså preludin- och ritalinamissbruket etc. hör) har jag stor personlig erfarenhet av och dessa definitioner kan vi således nagelfara mera kritiskt. Här bör man observera att tablettätande med största sannolikhet inte lika snabbt ger upphov till ett fixerat beroende som den intravenösa missbruksformen, som också tenderar att progrediera snabbare. Att amfetamin-preludin-ritalina-ätaren inte blir lika psykiskt beroende av sitt medel som kokainsnusaren finns det ingen som helst anledning att betvivla. Däremot är det fullt möjligt — närmast troligt tills motsatsen bevisats — att den toxikoman, som injicerat syntetiska centralstimulantia under en längre tid (kanske några år), är mera psykiskt beroende av sitt missbruk än de kokatuggande indianerna. Detta bör man försöka utröna även om en jämförelse av detta slag är svår att genomföra. Möjligen kan man se om det går att använda sexualdriften som likare, men båda medlen påverkar i viss mån själva sexualdriften (eller i varje fall det sexuella intresset), varför jämförelsen blir komplicerad. I Lexington har man dock tidigare gjort många liknande jämförelser mellan drogpreferenser vid fritt val etc. Att många preludinister "till varje pris" försöker skaffa mera tabletter är dock välkänt inte bara för polisen utan också för många läkare och patientanhöriga.

Dosökning vid missbruk av syntetiska centralstimulantia är ett vanligt fenomen, men det är tveksamt om denna dosökning som WHO vill göra gällande är av principiellt annan natur än den som initialt förekommer vid kokainismen. Många preludinister ökar doserna ganska snabbt i början av sin missbrukskarriär för att sedan ställa in sig på en högre nivå, kanske 100—300 tabletter per dygn, men någon ytterligare stegring därefter har jag inte observerat bland de omkring 2 000 intravenösa missbrukare, som ingår i mitt undersökningsmaterial.

Fysiska abstinenssymtom i traditionell mening saknas vid såväl kokainism som vid toxikomani av amfetamintyp; de abstinensbesvär som förekommer är reaktiva och består i trötthet, hunger

och törst. Depression under amfetaminabstinens rapporteras av många författare, men av vad jag sett är det mera fråga om dysfori, alltså olustkänslor med irritabilitet och affektlabilitet men utan den hämning — handlings- och tankeförlamning — som är karakteristisk för depression i egentlig mening. Språkbruket är dock vacklande kring dessa symtom, och i psykiatriska sammanhang menar man som regel något annat med depression än i vanligt vardagligt och kroppsmedicinskt språkbruk. Några väsentliga skillnader mellan naturprodukten kokain och de syntetiska medlen tycks således inte heller föreligga i detta avseende.

När WHO kommer in på sociala skadeverkningar vid avancerat missbruk av syntetiska centralstimulantia är man illa informerad. Vi vet att det inte är som ökade olycksfallsrisker, som dessa toxikomaner i första hand angår samhället, även om deras rastlösa oro och kringflackande i bilar ständigt utgör en trafikfara. Som regel får ju dessa toxikomaner inte bara "förändrade arbetsvanor" utan flertalet av dem blir över huvud taget helt ur stånd att utföra ett ordnat arbete. Detta gäller inte bara huvudgruppen av våra preludinister, som sannolikt varit primärt psykiskt och socialt störda och som fungerat dåligt redan innan de blev missbrukare; deras situation har bara ytterligare försämrats. Även en rad tidigare socialt välanpassade personer — yrkesarbetare, kontorister, studenter och akademiker etc. — har blivit svårt socialt invalidiserade av sin preludintoxikomani och oförmögna att för någon längre tid sköta ett arbete. Sannolikt är de syntetiska medlens kriminalitetsframkallande effekt också fullt jämförbar med kokainets.

Jag vill således ifrågasätta om inte toxikomani etablerad av den centralstimulerande naturprodukten kokain väsentligen är samma sjukdom som toxikomani på basen av syntetiska centralstimulantia. Varje syntetiskt medel har i viss mån sin egenart — liksom kokainet har sin — men i allt väsentligt syns de höra hemma under samma hatt liksom morfinet och morfinersättningsmedlen.

JÄMFÖRANDE PREPARATÖVERSIKT

För en översikt av olika beroendeframkallande medels egenskaper bör de viktigaste preparaten och deras effekter ordnas tabellariskt.

Tabell 4. Beroende-framkallande medel — en översikt (Efter Goldberg, 1967).

	Beroende	Dosökning (från terap. dos)	Abstinens-symtom	Tid för att framkalla beroende	Risk vid regelb. bruk (i procent)	Dosökning nödvändig för verkan	Frekvens i befolkningen (per miljon)
MORFINGRUPPENS MEDEL							
Heroin	++++	100—200 ×	++++	1—2 veckor	70—100	Nej	5—20
Morfin	+++	100—200 ×	+++	2—4 „	50— 70	Nej	5—20
Metadon	++	50—100 ×	++	4—6 „	30— 50	Nej	1—5
SÖMNMEDEL	++	15— 40 ×	++/++++	månader	0,1	Ja: 5—10 ×	1 000
LUGNANDE MEDEL	+	10— 20 ×	++	„	0,01	Ja: 10—15 ×	10
ALKOHOL	++	10— 20 ×	+/+++	år	2—3	Ja: 10—15 ×	20—30 000
KOKAIN							
Kokablad peroralt	+	—	?	månader—år	0,1—1	Nej	1—100
Kokain intravenöst	+++	—	+/++	dagar—veckor	1—10	Nej	1—10
CENTRALSTIMULERANDE MEDEL							
Amfetamin	++	20— 50 ×	+/++	månader	0,01	Ja: 10—20 ×	25—50
Fenmetralin (bl. a. Preludin)	++	15—200 ×	+/++	„	0,01	Ja: 15—30 ×	25—500
CANNABIS	+/++	?	+	veckor—mån.	0,1—1	?	1—100
HALLUCINOGENER	+/+++	10—100 ×	+/++	dagar—mån.	5	Ja: 10—100 ×	1—100

I litteraturen finns ett flertal sådana sammanställningar som varierar något i detaljerna. Vi väljer att återge en tabell som utarbetats av professor Leonard Goldberg (1967) (tabell 4).

Det bör observeras att fysiska och psykiska abstinensbesvär inte separerats i tabellen. Abstinensfenomen vid bruk av centralstimulantia är praktiskt taget uteslutande av psykisk natur och väsentligt mindre uttalade än besvären i alkoholabstinensen, där det rent fysiska inslaget ofta är betydande. Den vid kokain vanliga snusningsmetoden anges i litteraturen genomgående ge ett utomordentligt starkt beorende.

Frekvenssiffrorna varierar mycket starkt internationellt. Antalet personer beroende av centralstimulantia torde i vårt land numera överstiga den i tabellen angivna högsta frekvensen. Därtill kommer att ökningen 1966—67 synes ha varit större än tidigare. Risksiffrorna avser "terapeutiska doseringar", inte missbruk. De är vad beträffar de centralstimulerande medlen avgjort för låga.

Socialmedicinsk indelning av toxikominerna

Avancerat medicinmissbruk har som bekant de senaste åren fått en mycket vidsträckt spridning i vårt land, och utbredningen i kriminella storstadskretsar är nu av uppenbar epidemisk karaktär. I samband med detta har en intensiv narkotikadebatt blommat upp. Att narkomanidebatten hittills varit så motsägelsefylld och stundom förvirrad har till stor del berott på att man talat om helt artskilda företeelser under allmänna beteckningar som "narkomani", "narkotikamissbruk", "knarkning" etc. Kliniska resultat, som åberopas för att stödja den ena eller andra uppfattningen beträffande behandling och prognos vid olika missbruksformer, härstammar också från så helt olika klientel att allmänna slutsatser och jämförelser lätt blir meningslösa eller missvisande.

Gängse indelningar av narkomanier har nästan uteslutande utgått från en farmakologisk gruppering efter de ämnen (eller grupper av ämnen) som konstituerar narkomanierna (morfinism, kokainism, amfetaminism etc.), en indelningsgrund som vi följde i föregående kapitel.

WHO nämner i en rapport 1964, att man nyligen observerat "en epidemiliknande spridning av sömnmedelsmissbruk inom en viss region" och sammanfattar: "Plötsliga förändringar i valet av missbrukspreparat bland olika grupper inom en befolkning eller, som ovan nämnts, inom ett visst område, antyder enligt (WHO-) kommitténs uppfattning förekomsten av sociologiska och miljömässiga faktorer, helt vid sidan av individuella motiv, bland medicinmissbrukets uppkomstmekanismer." Det förefaller som om WHO huvudsakligen har ägnat sitt intresse åt farmakologiska, kliniskt-terapeutiska och juridiska aspekter på narkomanierna, medan socialmedicinska och sociologiska angreppsvinklar kommit i bakgrunden.

Beträffande uppkomstmekanism, smittrisker och prognos tror jag det är utomordentligt viktigt — ja, direkt nödvändigt — att införa *en tvärgående socialmedicinsk dimension rakt igenom alla dessa farmakologiska grupper, en indelning efter generiska grunder.* En indelning av denna typ blir vad man inom socialmedicinen kallar *epidemiologisk,* och termen används här på ett vidare sätt än när man talar om infektionssjukdomar (läran om dem benämns klinisk epidemiologi).

Jag anser att man kan särskilja åtminstone sex epidemiologiska huvudtyper av toxikomanier och åtskilliga underavdelningar till dem:

1) Av läkare medvetet etablerade toxikomanier
2) Av läkare omedvetet etablerade toxikomanier
3) Själv- eller autoetablerade toxikomanier
4) Epidemiska toxikomanier
5) Endemiska toxikomanier
6) Pandemiska toxikomanier

Låt oss nu i detalj analysera dessa epidemiologiska enheter för att undersöka hur fruktbar denna infallsvinkel på toxikomaniproblemet kan vara.

AV LÄKARE MEDVETET ETABLERADE TOXIKOMANIER (MEDVETET IATROGENA)

Vad är nu detta? Jo, det gäller naturligtvis ingenting annat än de svårt smärtplågade cancerpatienter och andra som — för att deras sista levnadstid skall bli dräglig — måste ges opiatgruppens läkemedel i successivt stegrade doser allt efter som toleransen utvecklas. I dessa fall utgör den tillstötande toxikomanin som regel inte något som helst problem, vare sig för patienten som tillförsäkras de stegrade doserna allt efter behov, för läkaren som med fullt förtroende kan skriva ut narkotiska preparat även för självmedicinering i form av tabletter, suppositorier etc. eller för samhället. Den enda väsentliga risk, som den här typen av narkomani erbjuder, är om några större partier narkotika skulle komma på drift i samband med ett plötsligt dödsfall. I och med att cancerfallen genom förbättrad strålningsterapi etc. får en längre över-

levnadstid eller till och med botas helt kan dock även denna narkomaniform komma att representera avsevärda terapeutiska problem.

AV LÄKARE OMEDVETET ETABLERADE TOXIKOMANIER (OMEDVETET IATROGENA)

Detta är genast en betydligt mera heterogen grupp än föregående.

Först har vi de relativt få men alltid uppmärksammade fallen av terapeutiska missöden kring folk som fått medel ur opiatgruppen mot svåra smärttillstånd, t. ex. olycksfalls- och operationspatienter, kanske vanligare patienter med återkommande gallstens- och njurstensanfall. Här bidrar den sociala miljön mycket till riskmomenten. En patient som lever ute i landsorten och har sin provinsialläkare att ty sig till är i detta avseende mycket bättre skyddad än den sjuke storstadsbon, som utlämnas till ständigt alternerande jourhavande läkare. Har man på landsbygden eller i småstaden en gallstenspatient, som gång på gång behöver akuta kuperingar av smärttillstånd, ser läkaren antingen till att patienten kommer under operation eller att vederbörande i fortsättningen inte får den här typen av smärtstillande preparat. Men i en storstad som exempelvis Stockholm kan en patient i princip ta hem jourhavande läkare flera gånger per dygn utan att vederbörande läkare känner till att patienten några timmar tidigare fått en spruta av den kollega som då hade jourpasset. Storstadspatienterna är alltså även här särskilt riskexponerade.

Trots allt syns det dock vara mycket få fall av morfinism, som uppstått genom terapeutiska missöden. Många morfinister vill, när man försöker rekonstruera deras anamnes, gärna hävda att de blivit morfinister på det här sättet, men om man gör en grundlig socialmedicinsk utredning och samlar in och går igenom alla deras akter, journaler etc. visar det sig att den här genesen till morfinism är ytterst sällsynt. Fallen brukar i stället höra hemma under någon av våra följande grupper.

Däremot finns det en annan mycket viktig grupp av toxikomanier uppkomna genom terapeutiska missöden: det är de talrika patienter som blivit svårt tillvanda till olika former av psykofarmaka. Det gäller i första hand barbituraterna, som ju har

skrivits ut i enorma mängder under decennier, och många — kanske flertalet — fall av barbiturism har ursprungligen grundlagts genom vanliga förskrivningar.

Erfarenheten tycks visa att barbituraterna är särskilt riskabla när de används som dagsedativa, vilket var vanligt förr. När barbituraterna används som sömnmedel, på ett adekvat sätt är väl bäst att tillägga, är tillslagsrisken däremot så låg att det vid normal dosering och inte konstant bruk knappast föreligger någon väsentlig fara; trots detta försöker man numera komma bort från de barbiturathaltiga sömnmedlen. När barbituraterna används som dagsedativa för att kupera ångesttillstånd brukar ångesten — denna individens larmreaktion på en omedveten fara — försvinna tillfälligt under barbiturattäcket. Om ångestgenesen sedan inte bearbetas utan finns kvar, har den en tendens att arbeta sig igenom detta barbiturattäcke. Patienten brukar då själv öka doseringen och blir återigen symtomfri för en tid — tills det är dags för dosökning igen. På det sättet kan patienten nästan omedvetet smyga sig in i barbiturism och komma upp i doser på 30—40 gånger de terapeutiska. Vid den tidpunkten har redan ett fysiskt beroende inträtt och svåra abstinensbesvär tillstöter då medlet går ur kroppen; i detta tillstånd kan patienten som tidigare nämnts råka ut för epileptiforma anfall och till och med fullt utvecklade delirier. Obehandlat kan ett sådant abstinenssyndrom bli livshotande.

Precis samma utveckling har vi haft med meprobamaterna. Det finns många andra preparat, som är aktuella i det här sammanhanget. Främst skulle man kanske peka på tillvänjningsrisken vid långdragen behandling med Heminevrin — ett i och för sig utomordentligt värdefullt läkemedel — och Valium.

Med den intensitet varmed industrin förser marknaden med nya psykofarmaka och med den ofta glättade och optimistiska läkemedelsreklamen (den intresserade hänvisas till min och John Örtengrens undersökning i Läkartidningen nr 45, 1965) är det ofrånkomligt att många läkare inte är införstådda med vanebildnings- och tillvänjningsrisker för vissa preparat; för nya preparat kommer ibland inte ens specialisterna underfund med detta förrän efter flera år!

En vacker dag förklarar kanske en patient, låt oss säga en

ångestneurotiker som länge hållits kompenserad och funktionsduglig med hjälp av olika psykofarmaka, att han "helt enkelt inte kan vara utan den där medicinen" som givit så god effekt. Även en insiktsfull och ambitiös läkare kan gå bet på att hejda ett läkemedelsberoende, som nått detta till synes oskyldiga utvecklingsstadium. När patienten förs över på ett annat preparat förklarar kanske vederbörande vid nästa besök — som då brukar komma snabbare än vanligt — att "den nya medicinen inte alls var så bra" och pockar på att få återgå till det första preparatet.

Här inträder en krissituation mellan läkare och patient, och det är nu viktigare än någonsin att man ger sig och patienten god tid att diskutera igenom den uppkomna situationen och alla risker som hopar sig. Även om läkaren tidigare haft en mycket god kontakt med sin patient löper han nu risk att patienten bryter kontakten och går till en kollega som, ovetande om det redan etablerade läkemedelsberoendet, skriver ut det medel patienten framför önskemål om — det gäller ju dessa skenbart ofarliga barbiturater, meprobamater etc. När också den läkaren efter en tid börjar inse att allt inte står rätt till vandrar patienten snabbt vidare till nästa läkare osv.

Även här är storstadsbefolkningen särskilt riskexponerad, och frekvensen av denna typ av iatrogena toxikomanier bör i huvudsak vara proportionell mot läkar- eller i varje fall praktikertätheten i området. (Detta är alltså inte riktigt samma sak: Umeå, Uppsala och Lund har exempelvis, genom att de är utbildningscentra men trots detta relativt små städer, en mycket hög läkartäthet men en — i förhållande till Stockholm — relativt sett låg praktikertäthet).

Denna andra epidemiologiska huvudgrupp — genom läkarbehandling omedvetet framkallade toxikomanier — är betydande. I förbigående skulle jag vilja nämna att också utformningen av det svenska sjukförsäkringssystemet ökar riskerna för dessa beroendetillstånd. I Sverige kan nämligen en patient i princip vandra runt till så många läkare som de ekonomiska och transporttekniska möjligheterna medger, och hos åtskilliga — alltför många — kan patienten sannolikt utan större svårighet få recept på barbiturater, meprobamater etc.

I England däremot är förhållandena något annorlunda. Det

engelska hälsovårdssystemet är uppbyggt på grunden av ett kontraktförhållande mellan patienten och en viss "general practitioner", en allmänpraktiker. Är man missnöjd med sin läkare får man säga upp bekantskapen, men det brukar ta någon månad innan man blir överförd till en annan praktiker. Detta system hindrar eller i varje fall motverkar den tendens till överkonsultation och överkonsumtion av läkemedel som vi onekligen har i Sverige, främst i våra större städer.

Det engelska sjukförsäkringssystemet är emellertid också det behäftat med en rad betydande olägenheter, och jag är inte beredd att rekommendera en övergång till detta för vår del. Däremot bör man med hjälp av elektroniska kommunikationsmedel (automatisk databehandling, linjebunden arkiv-TV, telex etc.) så småningom kunna eliminera svagheterna på detta område i vårt medicinalsystem. Dessa problem har jag utförligt diskuterat i Läkartidningen för ett par år sedan (nr 17, 1965).

Även för denna andra epidemiologiska huvudgrupp — av läkare omedvetet etablerade toxikomanier — torde smittrisken vara mindre än för efterföljande tre grupper, enär patienterna som regel är socialt stabila och ansvarskännande.

Inducerade — med min terminologi alltså *smittade* — sekundärfall av toxikomani förekommer dock bevisligen även kring patienter i denna grupp.

SJÄLV- ELLER AUTOETABLERADE TOXIKOMANIER

Vi kan särskilja åtminstone tre principiellt olika grupper av självetablerade toxikomanier:

a) medicinalpersonal och anhöriga till dem;
b) passivt autoetablerade toxikomanier av typen "olycksfall i arbetet";
c) aktivt autoetablerade toxikomanier.

Vi skall i tur och ordning diskutera dessa olika undergrupper till vår tredje generiska huvudtyp av toxikomanier.

a) Medicinalpersonal och anhöriga till dem

De utgör en riskpopulation som levererat en klassisk kärngrupp bland de självetablerade toxikomanierna; det är alltså fråga om läkare, veterinärer, apotekare, sjuksköterskor etc. som på grund av den lätthet med vilken de kan komma över narkotika är utsatta för särskilda frestelser och risker. Vi känner till att läkarhustrurna också i viss mån delar dessa risker med sina män. Beträffande läkarhustrur har Evang (1967) uppmärksammat det intressanta förhållandet att det mycket ofta är fråga om ett "folie-à-deux"-förhållande mellan kvinnan och hennes likaledes medicinberoende make, vilken då som regel torde vara den primärt sjuke. (Se Inghe, 1967)

Louria (1966) uppger att en procent av den amerikanska läkarkåren är narkomaner, vilket i det här sammanhanget betyder att de är beroende av "hard drugs" som morfin, heroin, kokain etc. Mycket talar för att problemet är av samma storleksordning i Europa. Nimb (1961) har ingående studerat detta problem i Danmark. Då man från Sundhedsstyrelsens sida med bestämdhet hävdar att frekvensen klassiska narkomanier bland yngre läkare avtagit mycket starkt, sedan den kontinuerliga narkotikabevakningen sattes i system 1950, bör man räkna med att vi numera är sämre ställda än danskarna även i detta avseende. För vårt vidkommande har problemen diskuterats mera allmänt av bland andra Ettlinger och Rylander (1965).

Gruppen narkomaniserad medicinalpersonal i vårt land bör rimligtvis ha tilltagit numerärt under efterkrigstiden, men det är inte närmare känt om detta skett mer eller mindre proportionellt mot den snabba ökningen av sjukvårdens personalkader. Medan denna grupp tidigare klart framstod som ett mycket allvarligt toxikomaniproblem, har den i den aktuella toxikomanidebatten dock kommit helt i skuggan av andra, mångfaldigt större och socialt mera alarmerande missbrukargrupper.

Medan myndigheterna länge stirrade sig så blinda just på dessa hittills berörda "äldre" toxikomaniformer (alltså isolerade singelfall av terapeutisk eller autoetablerad natur) att man inte upptäckte att landet drabbats av en ny typ av toxikomani som massfenomen — en epidemisk form — anser jag mig ha funnit flera konkreta belägg för att de ansvariga numera är så helt

fångade av det nya massfenomenet, att en uppenbar fara föreligger för att denna klassiska "yrkessjukdom" inom läkarkåren och medicinalpersonalen inte längre uppmärksammas på samma sätt som tidigare.

Ingen annan yrkeskategori torde ha så hög narkomanifrekvens som läkarkåren. Detta belyser upplysningens begränsade möjligheter inom toxikomanipreventionen: när en läkarutbildning inte skyddar bättre än så mot allvarlig toxikomani — om medlen är lättillgängliga — bör man av detta dra slutsatsen att det för preventionen är avgörande att de farligaste medlen elimineras helt eller görs ytterst svåråtkomliga. Till detta problemkomplex och olika aspekter på det skall vi återkomma i flera sammanhang i fortsättningen.

b) Passivt autoetablerade toxikomanier

Till denna grupp skulle jag vilja räkna dem som accidentellt fastnat för missbruk av ett tekniskt lösningsmedel eller liknande som de kommit i kontakt med under sin yrkesutövning, t. ex. inom måleribranschen. Det torde knappast finnas någon måleriarbetare som inte någon gång blivit kraftigt påverkad eller berusad av thinner eller andra lösningsmedel, när han arbetat i dåligt ventilerade rum, cisterner etc.

Kasuistik: "Den olycklige skomakaren". För tio år sedan hade jag som patient en skomakare som av en ren tillfällighet hade kommit att missbruka trikloretylen. Han använde detta lösningsmedel — troligen mot arbetslagstiftningens bestämmelser — då han reparerade gummistövlar i sin lilla och dåligt ventilerade verkstad. Patienten utvecklade en svår tillvänjning till detta synnerligen giftiga lösningsmedel. Vi fick flera gånger lägga in honom för avvänjning och vård på mentalsjukhus, först frivilligt, senare — när han blev allt sjukare och inte ville medverka till vård — genom tvångsinläggning. Det gick dock inte att rädda honom, utan han dog efter några år i leverskador, orsakade av den ständigt upprepade triförgiftningen.

Inom industrin förekommer ett betydande antal lösningsmedel, som är toxikomaniframkallande på detta sätt. En normal per-

sonlighet har inte behov av att upprepa berusningstillstånd av den här typen utan vederbörande ser i fortsättningen till att han arbetar under bättre ventilationsförhållanden eller förändrar på något sätt arbetsprocessen. Hos en avvikande personlighet däremot kan en enda sådan olycklig tillfällighet grundlägga ett svårt missbruk.

c) Aktivt autoetablerade toxikomanier

Här kan man särskilja två underavdelningar med i hög grad flytande övergångar. Det är i stort sett fråga om ett och samma syndrom men två olika tillvägagångssätt: dels patienter som i toxikomant syfte omedelbart avviker från givna ordinationer och grundlägger ett missbruk av läkemedel som de fått förskrivna på vanligt sätt, dels personer som själva aktivt letar sig fram till icke-medicinska toxikomaniframkallande medel, som är främmande som njutningsmedel i vederbörandes kulturkrets.

Patienter som i toxikomant syfte omedelbart avviker från givna ordinationer. Det är här fråga om folk som söker läkare i direkt avsikt att komma över tabletter, vanligen olika former av sedativa eller hypnotika (pentymal, Nembutal, meprobamat etc. är populära för användning i berusningssyfte), ofta intagna tillsammans med öl eller vin. Här har det tidigare nästan undantagslöst varit fråga om personer som redan lidit av någon annan toxikomaniform, vanligen alkoholism. Vederbörande har hört talas om barbituraternas ruseffekter och försökt komma över dessa preparat för att uppnå billiga och långvariga berusningstillstånd. Några lämnar sin ursprungliga missbruksform och odlar i stället den nya, t. ex. barbiturism.

Medan det för denna missbruksform tidigare nästan uteslutande rörde sig om äldre, socialt havererade, kroniska alkoholister, "ölgubbar", har denna berusningsform de senaste åren fått en mycket snabb spridning bland vinddriven ungdom i Stockholm. Spridningsmekanismen är dock här av annan typ, och vi skall återkomma till detta fenomen i samband med det epidemiska missbruksmönstret.

De "tablettfyllerister" som utvecklar exempelvis en barbiturism på basen av läkemedelsförskrivningar, som erhållits på falska pre-

misser och avsiktligt använts med nonchalerande av doseringsföreskrifter etc., är inte iatrogena — genom läkarverksamhet framkallade — fall på samma sätt som de tablettberoende neurotikerna, som vandrar från läkare till läkare. I de flesa fall vi nyss berört spelar läkaren ungefär samma omedvetet passiva roll som järnhandelsexpediten vilken säljer ett rep som vederbörande sedan går hem och hänger sig med.

Personer med aktivt autoetablerad toxikomani till tekniska lösningsmedel m. m. Detta är personer som på egen hand letar sig fram till ett icke-medicinskt och i kulturkretsen inte vanligt eller accepterat bedövnings- eller berusningsmedel och utvecklar ett beroende till detta. En rad tekniska lösningsmedel kommer här till användning: thinner, eter, trikloretylen, T-sprit, hårvatten etc. men även olika vegetabiliska ämnen.

I gruppen aktivt autoetablerade toxikomanier är det som regel fråga om ett psykiskt svårt skadat och svårbehandlat klientel. Behandlingsprognosen vid väl etablerad toxikomani i denna grupp är särskilt dålig, då toxikomanin i dessa fall spelar rollen av regulator — exempelvis som medel för verklighetsflykt — i en gravt störd personlighet, och individen innerst inne inte vill göra sig av med sitt missbruk utan endast komma ifrån dess fysiska, psykiska, ekonomiska och sociala komplikationer. Blandmissbruk — ett samtidigt eller alternerande bruk av en rad olika förgiftnings- och berusningsmedel, alltefter råd och lägenhet — bör förväntas i denna grupp.

Smittsamheten kring dessa autoetablerade fall varierar givetvis i hög grad med personligheten, åldern, det missbrukade medlets egenskaper och lättillgänglighet etc., men denna grupp torde vara den potentiellt mest smittsamma av dem vi hittills berört. Här finner man ofta beröringspunkter med vår fjärde grupp, de epidemiska massmissbruken. Många av dessa epidemier — särskilt påtagligt när det gäller lokala och sporadiska sniffningsepidemier bland ungdom — har ursprungligen initierats av någon missbrukare med aktivt autoetablerat missbruk. Vi skall exemplifiera detta förhållande i epidemidynamiken.

1966 hade den amerikanska tidskriften Playboy en artikel om hallucinogener. Där nämndes bland annat att en viss frösort —

Ipomoea eller Morning Glory — var hallucinosframkallande och att man i stort sett endast behövde en sjuttiofemöres fröpåse för att komma in i ett rustillstånd av LSD-karaktär. En yngling i Eskilstuna läste artikeln, gick till blomsterhandeln, köpte några påsar och provade. Runt honom uppstod sedan en liten tillfällig missbruksepidemi, som omfattade en handfull tonårspojkar. På det stadiet tog en journalist i en Eskilstuna-tidning upp den lilla missbruksepidemin, och dagen därpå hade Expressen en halvsida om saken. Nästa dag fanns det knappast en fröpåse Ipomoea att köpa i en enda blomsterhandel i Sverige.

EPIDEMISKA TOXIKOMANIER

Många författare i den internationella litteraturen har av och till berört smittsamhet vid toxikomani, men såvitt jag kan se har ingen försökt att systematiskt skilja ut de smittsamma sjukdomsformerna från de övriga eller försökt applicera epidemibegreppet på dessa massfenomen. Jag skall här göra en fylligare presentation av problemet än den jag lämnat i Läkartidningen nr 50, 1965.

Först några ord om själva epidemibegreppet. I svenskt språkbruk har epidemier kommit att beteckna "farsoter" och "smittsamma sjukdomar" som pest, kolera, mässling, influensa — alltså mikrobburna infektionssjukdomar.

Det ursprungliga epidemibegreppet innebar dock endast en åkomma som drabbade en stor mängd människor (av grekiskans epi = på och demos = folk), och den karaktären har ordet bibehållit i anglosaxiskt språkbruk. I *The American Illustrated Medical Dictionary* (Saunders, Philadephia, 1948) heter det: "Epidemic, 1. Attacking many people in any region at the same time; widely diffused and rapidly spreading. 2. A disease of high morbidity which is only occasionally present in a human community. 3. A season of the extensive prevalence of any particular disease."

Här finns alltså ingenting om smittsamhet över huvud taget, endast om epidemins egenskaper som massjukdom. Samma innebörd ger *Encyclopædia Britannica* (1964): "Properly speaking

an epidemic is an unusually high incidence of a disease defined in time, place and persons and compared with previous experience."

Att ett svenskt uppslagsverk som *Focus* (1963) anser att epidemi är "tidvis utbrytande smittsam sjukdom" är helt korrekt enligt gängse svenskt språkbruk, men däremot är det mycket illa att man tror att epidemiologi är "lära om de smittsamma sjukdomarna". Vad man givit är den medicinska definitionen på "klinisk epidemiologi", medan den allmänna epidemiologin intresserar sig för *varje* sjukdom, defekt, näringsrubbning osv. och dess relation till population, tid, rum etc. I vetenskapliga sammanhang talar man exempelvis om olycksfallens och till och med om kroppslängdens eller hälsans epidemiologi.

Men åter till epidemibegreppet. Att det således förekommer vad som enligt internationellt språkbruk måste betecknas som epidemiska toxikomaniformer kan det knappast råda någon tvekan om. Men fråga är nu om vi inte med fullt fog också kan tala om epidemiska toxikomanier i den snävare, svenska innebörden av "smittsamma" sjukdomstillstånd. Om en sjukdom sprids från person till person och ingen kan drabbas av den utan direkt personlig kontakt med en som redan är sjuk är sjukdomen i princip smittsam; den behöver därför inte vara epidemisk (jämför gonorré och syfilis) men kan vara det (som exempelvis gonorrén i raggargängen).

Det intravenösa missbruket uppvisar enligt min uppfattning alla karakteristika på såväl smittsamhet som epidemi. Ingen debutant lär sig den avancerade intravenösa injektionstekniken utan att en annan missbrukare introducerar honom i den; det är alltså fråga om "kontaktsmitta" i en ny bemärkelse.

Sjukdomen företer alla för en epidemi välkända fenomen som snabb spridningshastighet, klar geografisk avgränsning, vissa åldersgrupper och befolkningsskikt drabbas medan andra åldrar och skikt är helt immuna etc.

Narkomanvårdskommittén har hävdat att likheten med epidemi endast är en analogi och till på köpet en falsk analogi (SOU 1967: 25, s. 162; ytterligare understruket av kommittésekreteraren Ingemar Rexed i Socialmedicinsk tidskrift nr 6, 1967). Detta visar att kommittén är fastlåst i ett ålderdomligt och ofruktbart

bakterie- och virustänkande. På samma sätt som andra vetenskapliga teorier och begrepp, t. ex. frågan om grundämnenas och ljusets natur, undergått en serie genomgripande förändringar allt efter som nytt kunskapsmaterial framkommit, måste givetvis också smittbegreppet utvidgas utöver mikrobernas nivå. Jag anser det fruktbart att tala om radioaktivt nedsmittat material, om mordbrands- och självmordsepidemier etc.

Som ett kuriosum, för att roa läsarna och sätta små kryp i huvudet på mikrobanhängarna, skall jag referera en fantastisk dansepidemi, som man hade bland fiskarbefolkningen på några japanska småöar i början av 60-talet. Jag såg en film om denna epidemi vid den psykiatriska världskongressen i London 1964. Folk — barn och vuxna — dansade omkring från morgon till kväll, man dansade fram då man skötte sina små åkertegar eller då man utförde hushållsbestyren.

Naturligtvis väckte dansepidemin stor uppståndelse, och flera vetenskapliga expeditioner med sociologer och psykologer sändes för att studera fenomenet. Smittsamheten var emellertid så stor att flertalet av de vetenskapliga observatörerna snabbt själva blev indragna, de dansade omkring och försökte intervjua så gott de kunde tills psykiatrisk expertis så småningom fick ta hand om både undersökning och behandling.

Grundelementet i dansepidemin hade ursprungligen varit masshysteri, men från avsnittet om hallucinogenerna minns vi att även ihållande rytmiska rörelser så småningom leder över i en form av berusnings- och trancetillstånd. Under medeltiden hade vi flera liknande dansepidemier i Europa. Att det intravenösa medicinmissbruket till sin natur är en epidemi och att sjukdomen har en hög smittsamhet — i varje logisk och meningsfull innebörd av ordet smittsam — vidhåller jag bestämt och anser mig kunna bevisa.

De epidemiska toxikomanierna har en rad karakteristika som skiljer dem från de toxikomaniformer vi tidigare berört. Vi skall nämna de viktigaste av dessa egenskaper:

a) Snabb spridning
b) Historisk avgränsning

c) Geografisk avgränsning
d) Etnisk avgränsning
e) Åldersmässig avgränsning
f) Kotteri-, grupp- och klientelavgränsning
g) Modekänslighet för preparattyp
h) Modekänslighet för administrationssätt

Alla dessa åtta karakteristika — som skall konstituera vårt nya sjukdomsbegrepp — måste granskas närmare.

a) *Snabb spridning*. Detta är ett så välkänt fenomen att det knappast behöver beläggas utförligt i detta teoretiska avsnitt. Några aktuella epidemier skall dock nämnas som exemplifiering av fenomenet.

I USA har man för närvarande flera olika missbruksepidemier. Den mest kända är det över hela kontinenten utbredda heroinmissbruket, som har undergått en genomgripande förändring de senaste femtio åren — från individuellt huskursbruk bland medelålders och äldre personer till ett epidemiskt missbruk, främst bland socialt rotlös och fattig ungdom i storstädernas slumområden men också med förgreningar både uppåt i åldrarna, i högre sociala skikt och ut i småstäderna. Till det amerikanska massmissbruket av heroin — det centrala problemet i den internationella narkotikalitteraturen — skall vi senare återkomma utförligt.

Det finns också dussintals lokalt avgränsade epidemier i USA, många av mycket bisarr karaktär. Från Los Angeles-området har man rapporterat en air-plane-glue-sniffing-epidemic, där många barn i de lägre tonåren dragits in. Ungarna köper toluolhaltiga modellklister, som de smetar på händer eller näsdukar och inandas tills berusningstillstånd uppstår. Det rapporteras vanebildning och beroendeutveckling av samma typ som vi känner från thinnersniffningen, och ungarna uppges använda sina godispengar och vad de kommer över till detta begärliga klister. När de egna tillgångarna inte räcker dras barnen lätt in i snatteri och småkriminalitet för att kunna köpa air-plane-glue.

Från USA berättas också om bensinsniffningsepidemier, som omfattar tusentals ungdomar inom flera relativt begränsade om-

råden. Den varianten av sniffning brukar helt enkelt tillgå så att ungdomarna skruvar av locken på bensintankarna och inandas ångorna tills de blir berusade; även här rapporteras en hög affinitet till missbruket.

Sedan har vi vår egen högaktuella epidemi av intravenöst medicinmissbruk. Jag skall senare lämna ett omfattande material kring vår epidemi, dess uppkomst, utveckling och snabba spridning samt redovisa ett siffermaterial från min undersökning av intravenöst medicinmissbruk bland stockholmspolisens klientel: Sedan april 1965 har cirka 20 000 personer — eller rättare sagt omhändertagna, då åtskilliga personer införts vid olika tillfällen — undersökts och mer än 2 000 intravenösa missbrukare (olika individer) diagnostiserats i detta projekt, som fortfarande pågår och som ger oss möjlighet att månad för månad följa epidemins förlopp i polisklientelet.

b) *Historisk avgränsning.* Från historiens gryning och framöver genom århundradena kan man iaktta serier av epidemiska toxikomanier. I de historiska översikterna till den farmakologiska genomgången nämnde vi några mycket tidiga epidemier (hasch, opium och koka) och några av färskt datum (syntetiska centralstimulantia, thinner och LSD).

Varje epidemi har således sin avgränsning i tiden. I vissa fall fördjupas ett epidemiskt missbruk, slår fast rot och blir stationärt; det ändrar då så småningom karaktär både till klientel och legal status och blir endemiskt, vår nästa socialmedicinska huvudtyp.

c) *Geografisk avgränsning.* Det ligger i spridningsdynamikens natur att de epidemiska toxikomanierna får någon form av geografisk avgränsning. Det kan gälla en skola, en stadsdel, en stad, en räjong eller ett land — de epidemiska toxikomanierna bromsas uppenbarligen upp av naturliga och politiska geografiska gränser.

Allt eftersom en epidemi utvecklas förändras givetvis de geografiska gränserna för den. Under det första decenniet av vår aktuella epidemi (1946—56) var den ett exklusivt stockholmsfenomen men 1956 hade epidemin med säkerhet nått Göteborg, och de senaste åren har spridningen resulterat i dussintals sekundärepidemier i en rad landsortsstäder. Medan den danska nar-

kotikapolisen och Sundhedsstyrelsen sommaren 1966 inte kände till ett enda fall av intravenöst medicinmissbruk i Danmark har man redan fått en dotterepidemi i Helsingfors, omfattande (åtminstone) några dussin personer. Från Norge har jag ännu inte hört något fall rapporteras, men det är med stor sannolikhet endast en tidsfråga innan myndigheterna upptäcker de första intravenösa missbrukarna i Oslo: i stockholmsundersökningen har vi diagnostiserat 3—4 norska medborgare, och några av dessa har återvänt hem.

d) *Etnisk avgränsning.* På samma sätt som de epidemiska toxikomanierna får sitt geografiska mönster på grund av den personliga kontaktens avgörande roll i spridningsdynamiken håller sig denna missbruksform i hög grad inom etniska gränser. Detta är ett välkänt sociologiskt fenomen som mer eller mindre gäller alla former av såväl sociala som asociala beteenden i en blandad population. För toxikomaniernas del visade Lichtenstein de stora differenserna mellan olika befolkningsgrupper (kineser-vita-negrer) i USA 1914 (O'Donnell & Ball, 1966), och Chein (1964) har beskrivit samma fenomen beträffande vit, svart och portoricansk ("spanish speaking") befolkning i New York i våra dagar.

I Sverige har vi denna intensiva epidemi av missbruk av centralstimulantia bland svenska kriminella, men vi har i stockholmsområdet tio à femton tusen, kanske ännu fler finländare — och många av dem har vistats länge i Sverige — utan att det förekommer mer än ett fåtal missbruksfall inom denna stora folkgrupp. De finländare vi hittat bland missbrukarna (ett trettiotal personer) har som regel bott i Sverige under flera år, några kom hit redan som krigsbarn. De som dragits med i missbruket förefaller ha kommit i mycket nära kontakt med svenska kriminella gäng och blivit smittade där. Den finska dotterepidemin i Helsingfors har med största sannolikhet grundlagts genom kontakter med den lilla finländska missbrukarkretsen i Stockholm; några har till och med blivit utvisade ur landet, vilket är mindre välbetänkt när folk lider av en epidemisk sjukdom!

Bland de tusentals utlänningar som ingår i stockholmsmateria-

let har vi också hittat ett par engelsmän, ett par jugoslaver och några tyskar som är intravenösa missbrukare. På det hela taget kan man dock hävda att utländskt medborgarskap i hög grad skyddar mot epidemisk toxikomani, även om man råkar bo mitt i epidemicentrum. När epidemin har brutit igenom en etnisk (eller geografisk) gräns bör man räkna med ett "normalt" utvecklingsförlopp för epidemin i den nya folkgruppen.

För att undvika missförstånd vill jag erinra om att intravenöst medicinmissbruk på intet sätt är en svensk specialitet utan förekommer sedan krigsslutet i USA, Japan, England, Frankrike och många andra länder. Frånsett att man i Japan numera mest missbrukar barbiturater är det främst morfin och heroin som används på detta sätt i andra länder. Intravenöst missbruk av centralstimulantia förekommer också i betydande utsträckning i USA, dock såvitt jag vet inte av vårt älsklingspreparat Preludin. Boehringer Sohn har dock aviserat planer på att starta en preludinfabrik i Västindien. De amerikanska myndigheterna brukar emellertid vara stränga när det gäller registrering av utländska farmaceutiska specialiteter och accepterade exempelvis aldrig det tyska Neurosedynet, som gav upphov till omfattande fosterskador i Europa. Har man i USA inte redan beviljat registrering av Preludin gör man givetvis klokt i att bestämt avböja detta preparat.

e) *Åldermässig avgränsning.* Varje toxikomaniepidemi synes ha sin egen åldersdistribution, och likartade epidemier i olika länder har en påfallande enhetlig åldersdistribution. Sniffarna av lösningsmedel, solution etc. är de yngsta; här brukar åldersprofilen centreras kring 12—15 år. Cannabisrökningen berör främst de högre tonåren och åldrarna närmast över 20. Detta gäller givetvis epidemisk cannabisrökning; vid endemiskt bruk är hela åldersskalan uppåt representerad. I vår injektionsepidemi är huvudparten av missbrukarna mellan 20 och 30 år, även om det som nämnts förekommer en tilltagande spridning åt båda hållen i distributionen. Den japanska amfetaminepidemin hade praktiskt taget exakt samma åldersfördelning som vår aktuella.

Allt eftersom en epidemi utvecklas och åldras förändras missbrukarnas åldersprofil: tidiga missbrukare kroniseras och blir äldre samtidigt som allt yngre åldrar dras in i det allt mer sprid-

da missbruket. På detta sätt tenderar ålderskurvan att bli mera flack, vilket för vår aktuella epidemi demonstrerats i SOU 1967: 25, bil. 5.

f) *Kotteri-, grupp- och klientelavgränsning.* De epidemiska toxikomanierna drabbar alltid främst speciella grupper och subkulturer. Frånsett thinnersniffningen, som (för närvarande) är en nästan exklusiv missbrukstyp för de yngre tonåren, initieras epidemierna ofta i särpräglade grupper och kotterier: de första amfetaminepidemierna omfattade universitetsstudenter, marihuanarökningen odlades länge speciellt i jazzkotterier etc. Även sedan epidemierna brutit igenom primärkretsen och fått en vidsträckt spridning syns en viss självbegränsning inträda till olika subkulturer — bohemkretsar, kriminella skikt osv. Men medan många ungdomar under sin utveckling endast brukar ha flyktig och kortvarig kontakt med olika subkulturer av detta slag och sedan återvända till mera ordnade levnadsformer, riskerar de vid utvecklingen av en allvarlig toxikomani (amfetaminism, morfinism etc.) att permanentas i subkulturer. De allvarligt sjuka blir många gånger — kanske som regel — oförmögna att genomföra en efter sina förutsättningar lämpad yrkesutbildning, de blir oförmögna till stabil familjebildning, klarar inte att sköta ett ordnat arbete etc.; de blir med andra ord i stor utsträckning förslummade.

Medan gångna tiders slum var en produkt av fattigdom, arbetslöshet och rättslöshet får vi i vårt land nu i snabb takt en nyrekryterad slum av helt ny typ: folk som på grund av toxikomani fallit nedåt utbildningsmässigt, ekonomiskt och socialt jämfört med sina föräldrar — samtidigt som utbildningsnivå och materiellt välstånd ökar snabbt för huvudparten av befolkningen.

g) *Modekänslighet för preparattyp.* De epidemiska toxikomanierna karakteriseras också av hög modekänslighet och rörlighet. Det är alltid ett visst preparat eller medel, som står i förgrunden vid en viss tidpunkt. Men den höga preparatpreferensen viker i den mån det är svårt att få tag på modepreparat; då får andra preparat ersätta dessa; ibland kan hela missbruksepidemin på detta sätt ändra karaktär.

Ett exempel på sådana reaktiva modeväxlingar lämnar vår nuvarande epidemi. När de centralstimulerande bantningsmedlen av typen Preludin gjorde sitt segertåg 1957—58 övergick flertalet amfetaminister till Preludin, inte enbart för att det nya preparatet var lättare att komma över utan även för att effekterna ansågs förnämligare. Här inträffade något som jag skulle vilja kalla för en mode- eller *epidemimutation*. Som vi erinrar oss från opiaternas historia — de kinesiska myndigheterna förbjöd ju tobaksrökning och initierade därigenom opiumrökning — kan dessa ofta irreversibla förändringar stundom bli mycket drastiska.

h) *Modekänslighet för administrationssättet.* Även medlens beredningsform och administrationssätt är utomordentligt miljö- och modebetonade i de epidemiska toxikomanierna. Under en period äter exempelvis alla sina tabletter, man "knaprar". Så börjar någon att spruta intravenöst, och plötsligt skall hela missbrukarpopulationen eller huvudparten av den gå över till den nya missbruksmetoden; även här är det alltså befogat att tala om epidemimutation.

Det kan vara värt att nämna att den intravenösa applikationen synes ha tillkommit under det andra världskriget, då man utbildade tiotusentals sjukvårdare i injektionsteknik; många av dessa måste rimligtvis ha varit narkomaner som på detta sätt lade sig till med denna nya metod, på amerikansk narkomanslang kallad "main-lining". Före kriget förefaller intravenöst medicinmissbruk av litteraturen att döma ha varit okänt i Amerika, även om den subkutana och intramuskulära applikationen har gamla anor, särskilt bland medicinalpersonal.

Fortsatt forskning kommer säkerligen att avslöja ytterligare en rad karakteristika för denna speciella toxikomanityp. Sannolikt emanerar många av de epidemiska toxikomanierna från ett enda fall av autoetablerad toxikomani: en gnista startar en social skogsbrand, som sedan har speciella förutsättningar för snabb spridning i samhällets undervegetation.

I förhållande till de generiskt olikartade toxikomaniformer vi tidigare berört (de genom läkarbehandling uppkomna och de

självetablerade) och oaktat att det kan vara fråga om samma missbruksmedel (exempelvis morfin) utgör de epidemiska toxikomanierna principiellt en annan sjukdomsform med speciell geografisk fördelning, riskpopulation, premorbid personlighet, resistens och mottaglighet, uppkomstmekanismer, smittsamhet, prognos och därmed också behandling och prevention.

ENDEMISKA TOXIKOMANIER

Hit vill jag räkna de former av toxikomani som uppstått på basen av ett socialt och konventionellt mer eller mindre accepterat bruk av ett nervgift. I den mån bruket är fullständigt socialt accepterat blir hela befolkningen riskexponerad, medan toxikomanierna vid de socialt vanligen inte accepterade epidemierna drabbar speciella särgrupper och outsiders. De endemiska toxikomanierna drabbar följaktligen en väsentligt mera "normal" selektion av befolkningen än såväl de epidemiska som våra andra, tidigare berörda toxikomaniformer.

Vissa av de endemiska missbruksformerna har sina rötter i en grå forntid: dit hör kokatuggandet bland de sydamerikanska och tobaksrökningen bland de nordamerikanska indianerna och alkoholismen inom vinrankans utbredningsområde. Eftersom alkoholbruket från början accepterats av kristendomen har alkoholismens geografiska utbredning länge gått parallellt med denna religion, medan man ända in i våra dagar varit förskonad från denna toxikomaniform i de muhammedanska och buddhistiska delarna av världen.

Andra endemiska missbruksformer kan man utan svårighet spåra tillbaka till en epidemisk spridningsfas, men de slog igenom med sådan kraft att de slutligen blev endemiska. Hit kan man räkna opiumrökningen i 1800-talets Kina, marihuana- och haschrökningen i Nordafrika och alkoholismen bland de nordamerikanska indianerna.

PANDEMISKA TOXIKOMANIER

Föregående fem grupper ingick i min ursprungliga socialmedicinska typbeskrivning av olika toxikomaniformer. Vid den första

nordiska socialmedicinska kongressen (Göteborg i juni 1967) föreslog Evang en värdefull komplettering: de pandemiska — de över hela världen spridda — missbruksformerna. (Inghe, 1967)

Till de pandemiska toxikomanierna kan vi då först räkna tobaksrökningen, nikotinismen. Evang påpekade att vi just nu — i den snabbt krympande världen med dess allt intensivare kommunikationer av alla slag — är inne i en fas av intensiv expansion av en rad tidigare geografiskt välavgränsade, sedan årtusenden stationära, endemiska missbruksformer, som snabbt håller på att få epidemisk spridning i nya kulturkretsar. Vi kan peka på den snabba spridningen världen över av de västerländska alkoholvanorna; samtidigt bryter marihuana- och haschrökningen in i de gamla alkoholområdena etc. Det är dock knappast fråga om någon växling från ett giftbruk till ett annat utan det blir ytterligare ett som adderas till de tidigare. Evang menade att starka ekonomiska intressen — inte enbart skotska whiskyfabrikanter — ligger bakom denna intensiva internationalisering av en rad tidigare lokalt avgränsade missbruksformer.

Det är ett gammalt och välkänt fenomen att giftbruk inom ramen för en endemisk tradition har en viss stabilitet: det finns vissa regler för giftumgänget och huvudparten av befolkningen kan hålla någon måtta i sitt bruk av det traditionella giftet. Detta kan illustreras av det europeiska alkoholbruket och de bolivianska och peruanska indianernas "måttlighetskokainism". Vid ett epidemiskt genombrott tar sig bruket andra former, och skadeverkningarna blir mycket massivare, vilket historien kan lämna många belägg för: indianernas kontakt med alkohol och den svenska och japanska ungdomens kontakt med centralstimulantia.

SLUTORD OM TOXIKOMANIERNAS SOCIALMEDICINSKA INDELNING

Ett meningsfullt och framgångsrikt preventionsarbete inom toxikomaniområdet måste i första hand basera sig på en riktig analys av missbrukets karaktär enligt en socialmedicinsk-generisk modell. Problemet kompliceras av att *iatrogena, autoetablerade och epidemiska former av toxikomani till ett och samma medel kan*

förekomma samtidigt vid sidan av varandra i samma land, såsom exempelvis morfinismen-heroinismen i USA. För en riktig tackling av problemet måste analysen göras grundligt och *varje enskilt fall diagnostiseras noggrant inte bara farmakologiskt och psykiatriskt utan även socialmedicinskt.* Profylaktiska, terapeutiska och repressiva åtgärder, som är meningsfulla när det gäller att bekämpa den ena formen av toxikomani kan vara kontraindicerade när det gäller ett missbruk av annat ursprung trots att det är fråga om samma missbruksmedel, t. ex. morfin. Hittills har, såvitt jag kan se av den internationella litteraturen, inga försök gjorts att analysera toxikomaniproblemen efter dessa linjer.

Även om grundelementen i preventionen är gemensamma för alla dessa olika former och typer av narkomani måste tyngdpunkten läggas på olika avsnitt av preventionsprogrammet beroende på vilken ruta i detta tvådimensionella system av medel och spridningstyper som man har att ta itu med. I samtliga fall fordras en samordnad orkestrering av olika former av åtgärder, men soloinstrumenten varierar allt efter karaktären av de missbruksformer som vid en given tidpunkt främst skall bekämpas i ett visst samhälle. Varje större socialmedicinsk problemlösning på detta område fordrar således allt efter omständigheterna sitt specialkomponerade partitur. I slutet av boken skall vi återkomma till en systematisk redogörelse för olika behandlings- och preventionsåtgärder.

Den danska Sundhedsstyrelsens narkomanregister

En studie i administrativ narkotikabevakning

HISTORIK

Åren närmast efter det andra världskriget ökade förbrukningen av amfetaminpreparat mycket snabbt och oroande i Danmark liksom i flera andra länder, bl. a. USA, Japan och Sverige. Då de danska myndigheterna saknade kännedom om läkarnas förskrivningsprinciper och amfetaminmissbrukarnas frekvens och epidemiologiska fördelning företog Sundhedsstyrelsen 1948 en undersökning: man infordrade från apoteken sammanställningar över samtliga expedieringar av amfetamin och amfetaminhaltiga preparat. Vid bearbetningen av detta material framkom emellertid att redovisningen var bristfällig, varför man 1949 införde ändrad rapportskyldighet ("kopieringspligt") för apoteken.

Med denna metod identifierades ett antal avancerade amfetaminmissbrukare liksom åtskilliga läkare med påfallande generös förskrivningspraxis i fråga om euforiserande preparat. Som en följd av undersökningen (som inte publicerats) tillsattes den 10 november 1950 en kommitté inom inrikesministeriet med uppgift att ytterligare utreda frågan om missbruk av euforiserande medel. Kommitténs arbete resulterade i en rad lagändringar och åtgärder:

1. Betänkande om missbruk av euforiserande medel (juni 1953);
2. avsnitt i apotekslagen av den 11 juni 1954 (lag nr 209);
3. sådana ändringar i "lov om udøvelse af lægegerning" (lag nr 168 av den 24 maj 1955 och lag nr 236 av den 9 augusti 1955) att rapportskyldighet beträffande förskrivningar och in-manu-medici-förbrukning av euforiserande medel kunde åläggas läkare

med anmärkningsvärd förskrivningspraxis; likaså infördes möjlighet för inrikesministeriet att vid behov införa viss begränsad ordinationsrätt för läkare som trots rapporteringsskyldighet och anmaningar inte kunde anpassa sig till rimlig förskrivnings- eller förbrukningsnivå;

4. lag nr 169 av den 24 maj 1955 om "euforiserende stoffer";

5. Sundhedsstyrelsens vägledning av den 1 juli 1956, "Cirkulære om bekæmpelse af eufomani", vars centrala parti inledningsvis skall återges, då det är av utomordentlig betydelse för den aktuella narkomanidebatten.

"IV. Ordinationer til personer, der hører til lægens sædvanlige klientel, og som må antages alene at lide af eufomani.

1. *Morfin m.v., tinctura opii og hydrokon (grupperne A, B og D).*

Det må i almindelighed betragtes som uforsvarligt at ordinere de pågældende stoffer til morfinister og andre eufomane personer, med mindre ordinationer sker som led i en rationel afvænningskur, eller indtil en sådan kan iværksættes.

Ordination af de nævnte stoffer (herunder også som injektionsvædske) bør herfor kun finde sted i enkelte tilfælde, når det foreligger enten et klart og rationelt forsøg på afvænning (som dog oftest mislykkes ved ambulant behandling, hvorfor forsøget ikke bør udstrækkes over længere tid), eller det foreligger en bestemt og klar aftale mellem lægen og patienten om, at patienten til nærmere aftalt tid skal indlægges på hospital til afvænning. I den tid, der under hensyntagen til patientens arbejde, økonomi eller andre praktiske forhold må hengå, før indlæggelse på hospital kan finde sted, bør lægen dels søge at holde dosis så lav som mulig, dels føre nøje regnskab med ordinationernes tidspunkt og størrelse. Om sådanne patienter bør lægen sende indberetning til amtslægen (i København stadslægen) med oplysning om patientens navn og adresse samt ordinationernes art, omfang og hyppighed.

Opfylder patienten til sin tid ikke de trufne aftaler om indlæggelse på hospital, eller nægter han på anden måde at efterkomme de anvisninger, som lægen i henhold til foranstående giver, bør lægen fremtidig nægte att ordinere vedkommende stoffer til ham i overensstemmelse med den almindelige regel, at en patient, hvis han nægter at følge de anvisninger på behandling som en læge angiver, selv må tage ansvaret for konsekvenserne heraf. Endvidere

bør lægen indberette forholdet til amtslægen (i København stadslægen).

2. *Kodein og ætylmorfin, kokain og amfetamin m.v. (grupperne C, E og F).*

Pludseligt ophør hos eufomane personer med indtagelse af disse stoffer medfører vel kraftigt ubehag, men ingen egentlige sværere abstinenssymtomer, hvorfor en længerevarende, gradvis afvænning med disse stoffer ikke er nødvendig.

Som almindelig regel bør derfor gælde, *at det i alle tilfælde må anses som uforsvarligt at ordinere disse stoffer til personer, der må antages alene at lide af eufomani.*

3. *Sovemidler (gruppe G).*

Vedrørende personer, der er forfaldne til sovemidler, gælder tilsvarende regler som under IV 1.

Overfor patienter, der har været indlagt på hospital til afvænning for eufomani, og som er udskrevet som afvænnede, bør der vises særlig agtpågivenhed. Det må anses for en grov kunstfejl at påbegynde ordination af morfin m.m. til disse patienter.

I tilfælde af mangeårig eufomani bør fortsat ordination av euforiserende stoffer gøres afhængig af samråd med embedslægen og eventuelt af resultatet af en sygehusindlæggelse."

RAPPORTERING

Som en följd av betänkandet utbyggdes ett kontinuerligt rapporteringssystem och en väsentligt skärpt övervakning av den legala narkotikahandeln. Apoteken ålades att förvara berörda recept i två år och månatligen — senast åtta dagar efter månadsskiftet — sända in maskinskrivna förteckningar över expedierade recept på dessa "kopieringspligtige" läkemedel till Sundhedsstyrelsen via amtsläkarna respektive stadsläkaren i Köpenhamn. På grund av den stora arbetsbelastning, som granskningen av dessa listor innebär, har det i praktiken blivit så, att listorna från Stor-Köpenhamn (Köpenhamn med amt) bearbetas av Sundhedsstyrelsen, medan landsortsmaterialet huvudsakligen granskas av amtsläkarna.

Två slags apoteksrapporter förekommer; därtill kommer rapporterna från läkare med rapporteringsskyldighet.

1. *Patientexpedieringar* med angivande av expedieringsnummer, datum, signering, utfärdande läkares namn, befattning eller verksamhet och adress liksom patientens titel, för- och efternamn och adress men märkligt nog inte födelsedatum. Att man inte medtagit födelsedatum sammanhänger med att man i Danmark ännu inte infört folkbokföringsnummer och att registrering efter födelsedatumprincipen därför inte kommit till mera allmän användning.

2. *Läkarförbrukningar,* dvs. expedieringar för användning i praxis eller för utställarens eget personliga bruk. Även här noteras löpnummer, expedieringsdatum, signering samt läkarens titel, namn och adress.

3. *Förskrivningsrapporter från läkare med "inberetningspligt".* Vissa läkare åläggs som nämnts skyldighet att månatligen och inom en vecka efter månadsskiftet inkomma med förteckningar över förskrivningar av euforiserande medel. På särskild blankett skall de notera samtliga recept och rekvisitioner av sådana preparat i kronologisk ordning med angivande av titel, namn och adress för varje patient, preparat och mängd samt diagnos och eventuella kompletterande upplysningar. När preparat till namngivna patienter sänds till eller avhämtas av läkaren skall detta markeras i rapporten, och en särskild notering görs vid utskrivning för praxis, eget bruk etc. Varje sådan månadsrapport avslutas med sammanställning av till patienter respektive in manu medici förskrivna mängder av respektive preparat liksom hos läkaren resterande lagerkvantiteter vid månadsskiftet.

Amtsläkarna skall ha gått igenom materialet senast tre veckor efter månadsslutet men arbetar för övrigt självständigt i dessa frågor. De har givetvis god lokalkännedom och känner som regel personligen de läkare de behöver ta kontakt med. Ämbetsläkarna har uppmanats att till Sundhedsstyrelsen alltid och skyndsamt rapportera medicinmissbruk hos medicinalpersonal.

REGISTRETS UPPBYGGNAD OCH INRE FUNKTION

Sundhedsstyrelsens narkomanregister hade dock trätt i funktion redan den 1 januari 1950 och har sedan starten skötts av en och samma befattningshavare. Registerföreståndaren har under denna

tid förvärvat en mycket omfattande personkännedom om narkomanerna och de narkotikaförskrivande läkarna i Danmark, och registret bygger till stor del på denna personkännedom. Då andra befattningshavare senare skall ta vid, behöver systemet sannolikt modifieras med sikte på ADB, men för närvarande arbetar registret på följande sätt:

Huvudparten av narkomanerna är koncentrerade till Stor-Köpenhamn, och det är i första hand rapportlistorna från de cirka hundra apoteken i detta område, som fingranskas av Sundhedsstyrelsen. Registerföreståndaren går personligen igenom alla dessa listor (för maj 1966 rörde det sig om 22 000 receptavskrifter för Stor-Köpenhamn), markerar alla suspekta fall, såväl patienter som ordinerande läkare, och extraherar på egen hand väsentligt material, som införs i registret. Kända narkomaner, både läkare och patienter, kollationeras med vissa mellanrum särskilt noggrant i listorna, och nyvunna erfarenheter inarbetas successivt i registret.

Narkomanregistret är uppdelat på två huvudregister — kartotek över patienter och över förskrivande läkare — och flera kompletterande arbetsregister.

I. *Patientkartoteket* består i sin tur av två huvuddelar, ett allmänt och ett för medicinalpersonal med narkotikaproblem.

A. *Allmänna patientkartoteket* är alfabetiskt uppbyggt och upptar noteringar om de narkotikaförskrivningar vederbörande erhållit. Då en mycket stor del av förskrivningarna förekommer på ofullständig eller falsk patientidentitet uppstår en rad svåra identifieringsproblem. Enligt dansk lag är det inte straffbart att vid läkarbesök muntligen uppge falsk identitet, adress etc., men det är straffbart att lämna falska uppgifter skriftligt. Läkarna har av Sundhedsstyrelsen uppmanats att i tveksamma fall be patienten nedteckna namn och adress (men inte nödvändigtvis födelsedatum) på ett papper, som sedan brukar förvaras tillsammans med journalkortet. På Sundhedsstyrelsen begär man vid behov att få se sådana lappar, och polisen brukar då som regel utan svårighet kunna identifiera vederbörande även i de fall uppgifterna är helt falska eller grovt förvanskade.

Identifieringsarbetet underlättas i första hand av att det faktiska antalet narkomaner i Danmark är mycket begränsat; det brukar röra sig om ett hundratal aktuella fall i registret varje år

och av dessa är ca 60 mer eller mindre permanent förekommande. I andra hand underlättas identifieringen av "narkomanprofilen", som genomgående är differentierad, mycket individuell och förbluffande konstant. Dessa särdrag noteras noga, vissa direkt i patientkartoteket, andra i särskilda arbetsregister.

1. *Preparatpreferensen* är det mest typiska och konstanta i narkomanprofilen och markeras med särskild färgkod i patientkartoteket. Vissa preparat och beredningar, exempelvis metadon eller amfetamin för injektion, leder direkt till misstanke om missbruk och föranleder i allmänhet närmare kontroll. Narkolepsipatienterna, vilka som regel är i behov av centralstimulantia, är få och välkända; noteringar görs likaså beträffande kända cancerpatienter med förbrukning av morfingruppens analgetika.

Mycket nära preparatpreferensen står tillvägagångssättet och den presenterade sjukhistorien, som ofta upprepas ordagrant: det är gallbesvär, njurstensanfall, en bortrest eller just avliden husläkare etc.

2. *Namnvariationerna* vid falsk identitet följer som regel ett bestämt mönster. Det ligger inte i det allmännas intresse att publicera dessa mönster, som varierar men är mycket konstanta individuellt. Dessa helt omedvetna tendenser vid val av falskt namn är till stor hjälp vid Sundhedsstyrelsens identifiering av recept på falsk identitet.

3. *Adressregister.* Då adressen enligt lag skall uppges vid narkotikaförskrivningar och då de vid falsk identitet som regel är uppdiktade, har man haft stor hjälp av ett särskilt adressregister. Vanligen är det fråga om välbekanta så kallade dåliga adresser, där förut kända narkomaner bott, ibland är det adresser som inte existerar i verkligheten. Även här förekommer ett anmärkningsvärt och omedvetet samband mellan falska namn och adresser, vilket underlättar identifieringen. En kvinnlig narkoman, född 1931, förekommer i registret under 20 olika namn och 300 olika adresser.

4. *Födelsedatumregister.* Även om födelsedatum som nämnts inte noteras regelmässigt vid narkotikaförskrivningar i Danmark förekommer dock ofta uppgift om födelsedatum, och ett särskilt arbetsregister har därför byggts på dessa data. Också här före-

kommer ett regelbundet mönster, som är till stor hjälp vid fastställande av falsk identitet.

B. *Medicinalpersonal med narkotikaproblem* har införts i ett separat register med särskilda färgkoder för läkare, veterinärer, tandläkare, farmaceuter och sjuksköterskor. Läkarna dominerar i denna grupp. Det ligger i sakens natur att sköterskor med eufomana tendenser inte förekommer på apotekslistorna, då de huvudsakligen kommer över sina preparat under sjukhusarbete; de är därför i vissa fall okända för Sundhedsstyrelsen. Tandläkarna har inte rätt att förskriva narkotika och är därför inte utsatta för några väsentliga risker i detta sammanhang. Några eufomana veterinärer förekommer och är kända, men bland den talrika farmaceutiska personalen är dessa problem ytterligt sällsynta, säkerligen mera beroende på den rigorösa interna apotekskontrollen än på svårigheten att lokalisera och diagnostisera fall av denna typ bland apotekspersonal.

II. *Förskrivningskartotek.* Alla läkare, vilkas narkotikaförskrivningar på något sätt visat sig anmärkningsvärda, förs som nämnts in i registret, och särskilda markeringar görs med färgtejp alltefter omständigheterna.

1. *Ej beordrad observation* är en arbetsnotering som registerföreståndaren använder som ett observandum under det fortlöpande interna arbetet.

2. *Beordrad observation.* Vid suspekta ordinationer eller rekvisitioner tillskriver Sundhedsstyrelsen vederbörande läkare, och skrivelsen har oftast en informativ karaktär. Om det gäller kända narkomaner informeras läkaren om Sundhedsstyrelsens erfarenheter av det aktuella fallet samtidigt som läkaren anmodas att meddela indikationen för ordinationen i fråga. Om patienten så vitt bekant inte lider av någon kroppslig sjukdom och därav betingade smärttillstånd etc., meddelar Sundhedsstyrelsens samtidigt att patienten bör inläggas för avvänjning eller, i vissa fall, att försök kan göras att avvänja patienten under ambulant behandling. Om läkaren fortsätter att förskriva narkotiska preparat på indikationen narkomani, instrueras läkaren ytterligare. Fortsätter läkaren trots detta med enligt Sundhedsstyrelsen uppfattning icke välgrundade ordinationer, ålägger Sundhedsstyrelsen läkaren månatlig rapportskyldighet.

3. *Rapporteringsskyldighet.* Denna har tidigare berörts. Sundhedsstyrelsen respektive amtsläkarna kontrollerar noggrant i apotekslistorna att den rapportskyldige verkligen noterat alla sina förskrivningar av kopieringspliktiga läkemedel och tar omedelbart kontakt med honom vid försummelse. Man fäster mycket stor vikt vid detta moment av bevakningsarbetet och hävdar, att många snabbt slarvar med rapporteringen, om man släpper på denna kontroll.

4. *"Hustruförbrukning".* En inte ovanlig förklaring till stora in-manu-medici-förbrukningar är att "hustrun behöver preparaten". Om man inte efter samtal med vederbörande läkare lyckas dämpa denna förskrivning överenskommes att någon kollega i fortsättningen skall sköta förskrivningarna, enär trycket på maken-läkaren brukar bli alltför stort men lättare kan balanseras av en annan läkare. I vissa fall torde bakom "hustruförskrivningar" dölja sig ett missbruk hos läkaren själv. Om vederbörande fortsätter att skriva ut euforiserande medel för sig eller hustrun och inte respekterar Sundhedsstyrelsens anmodan, införs begränsad ordinationsrätt.

5. *Begränsad ordinationsrätt.* I första hand uppmanas vederbörande att själv begära begränsad ordinationsrätt, vilket den berörde i den uppkomna tvångssituationen brukar finna sig i; i annat fall drar inrikesministeriet in ordinationsrätten beträffande narkotiska preparat. Läkaren har möjlighet att överklaga och få sitt ärende prövat inför domstol. Om domstolen fastställer ministeriets beslut kan förnyad domstolsprövning begäras efter ett år.

Den begränsade ordinationsrätten, som inte är tidsbestämd utan omprövas då så synes påkallat, har sedan 1955 berört ett hundratal läkare. Det har praktiskt taget aldrig läckt ut vilka läkare som haft begränsad ordinationsrätt. En aktuell och strängt konfidentiell lista utsänds till apoteken så snart det blir någon förändring i förteckningen, och apoteken beordras att makulera de gamla.

6. *Helt indragen förskrivningsrätt* och legitimation på dessa grunder har hittills under de sjutton år registret arbetat behövt tillgripas endast i ett tiotal fall.

REGISTRETS YTTRE FUNKTION

All inkommande information införs — efter sträng extraktion — i registret av registerföreståndaren, som däremot aldrig lämnar någon utgående information. Med en frekvens av ungefär en förfrågan per dag hör läkarkåren av sig angående patienter som är suspekta för missbruk. Föreståndaren tar emot samtalen och tar fram de eventuella uppgifter man har om patienterna och överlämnar materialet till byråläkaren eller expeditionssekreteraren, vilka direkt eller efter kontraringning diskuterar fallen med förfrågande läkare.

Av och till händer det att polisen begär upplysningar från registret. Samarbetet med polisen är gott men strikt reglerat. Den vägledande principen från Sundhedsstyrelsens sida är därvidlag att först begära att få studera hela den aktuella polisutredningen. "Endast om det då av omständigheterna framgår att narkomanin är av väsentlig betydelse för den straffrättsliga bedömningen av ärendet" utlämnas uppgifter från registret till polismyndigheten, vanligen av den jurist, som är knuten till registret. Den vanligaste typen av förfrågningar från polisen gäller misstanke om tablettmissbruk vid rattfylleri. Övriga förfrågningar från polisen brukar ske i samband med illegal narkotikahandel.

Köpenhamns läkarförening har ett särskilt organ, lægevagten, som organiserar jourverksamheten ute i stan. Detta organ för ett eget narkomanregister till ledning för jourläkarna, för vilka det uppges vara mycket betydelsefullt. Registret är uppbyggt efter helt andra principer än Sundhedsstyrelsens eget, varför jourtjänstens register är av begränsat värde för Sundhedsstyrelsen. Ett ömsesidigt utbyte av namnuppgifter och adresser sker dock kontinuerligt mellan dessa register.

Någon illegal import av euforiserande preparat utöver den marihuanavåg, som nådde Köpenhamn våren 1966, är inte känd hos Sundhedsstyrelsen eller den danska narkotikapolisen. Den illegala narkotikahandeln har, frånsett marihuanan, varit relativt begränsad, och preparaten har således uteslutande emanerat från legala förskrivningar.

En glädjande effekt av Sundhedsstyrelsens narkotikabevakning har också varit att de tidigare vanliga narkomanierna bland läkare kunnat bringas ned till en bråkdel av tidigare frekvens. Man

har nu mycket få unga narkomaniserade läkare i Danmark, enär tendenser till personlig konsumtion snabbt lokaliseras genom kontroll av apotekslistorna och vederbörande som regel brukar lyckas stabilisera sig efter intervention från Sundhedsstyrelsen. Vid konstaterat medicinmissbruk hos läkare brukar man från Sundhedsstyrelsen alltid tillråda psykiatrisk behandling, kontroll och långvarig stödkontakt.

DISKUSSION

I många avseenden överensstämmer narkotikasituationen i Danmark 1966 med den svenska tio år före importvågen, som i större utsträckning torde ha startat 1960. Sannolikt har den tidiga danska vaksamheten beträffande medicinmissbruk och den fortlöpande, smidiga men verksamma kontrollen över de legala förskrivningarna verkat kraftigt återhållande på spridningen av dessa former av medicinmissbruk. De har därför aldrig blivit massfenomen i Danmark, och därigenom har heller inte en marknadsefterfrågan av sådan storleksordning skapats att den lett till en organiserad importverksamhet med euforiserande preparat. Vad den allvarliga situationen i Sverige beträffar — med en utbredd missbruksepidemi och en huvudsakligen illegal drogförsörjning — fordras givetvis i första hand andra motåtgärder än en bevakning av de legala förskrivningsvägarna. Detta betyder dock inte att legal förskrivningspraxis kan lämnas åt sidan. Det finns ingen anledning att tro att svenska läkare skulle vara försiktigare och mer omdömesgilla beträffande förskrivning av euforiserande medel än sina danska kolleger, men många omständigheter talar för motsatsen.

Vad är det som har hänt?

För många ter sig kanske narkomanifrågan som ett nytt samhällsproblem som drabbat landet de senaste åren. I själva verket har en oavbruten successiv utveckling pågått från krigsslutet, och teorier om plötsliga, språngartade eller genomgripande förändringar i utvecklingen under denna tid är mera efterrationaliseringar för att rättfärdiga egna misstolkningar och felbedömningar än en återspegling av verkligheten såsom den gestaltar sig efter samtal med ett stort antal narkomanveteraner, initierade läkare och socialarbetare, narkotikapolisen samt gamla artiklar, riksdagsprotokoll, pressklipp etc.

För att kunna orientera sig i de senaste årens delvis mycket förvirrande narkomanidebatt och på ett säkrare sätt kunna värdera de förslag till samhällsåtgärder, som lagts fram från olika håll, måste man känna till utvecklingen av epidemin, men det är också intressant och utomordentligt lärorikt att ta del av den äldre debatten och tidigare framförda förslag till åtgärder. Epidemiutvecklingen och debatten är så intimt förbundna att de bäst skildras tillsammans.

Den tidigare situationen och debatten, exempelvis fram till 1960 då läkarnas förskrivningsliberalism dämpades kraftigt genom en aktion från medicinalstyrelsen, är särskilt intressant också ur den synpunkten att den belyser narkomanernas sociala missanpassning och kriminalitet även under den tid de ännu inte hade någon större svårighet att komma över medlen legalt till apotekspriser liksom den illustrerar missbrukets snabba spridning under denna period.

En del av det äldre materialet är informativt i största allmänhet, i andra fall representerar till synes bagatellartade informationer eller uttalanden antingen viktiga pusselbitar i utvecklings-

dynamiken eller försummade möjligheter att komma till rätta med problemen på ett tidigare stadium. Då det för den oinvigde i många fall är omöjligt att följa hur trådarna går i den invecklade väven skall det historiska materialet kommenteras alltefter-som det skildras. Att kommentarerna inte enbart är utslag av efterklokhet hoppas jag skall framgå av andra avsnitt i boken.

En reservation är på sin plats: det är välkänt att man lätt blir felciterad vid intervjuer, och några kan på detta sätt kanske tillskrivas yttranden som de inte fällt. I den mån liknande intervjuuttalanden återkommer vid flera tillfällen bör risken för återkommande felcitat vara mindre. Jag skall genomgående försöka markera när det är fråga om intervjuuttalanden och när uppgifter är hämtade från artiklar signerade av vederbörande själva.

KÄLLOR FÖR INFORMATION OM EPIDEMINS UTVECKLINGSFÖRLOPP

Då medicinmissbrukare och narkomaner liksom alkoholister förhållandevis sällan söker läkare eller sjukhus för sin huvudåkomma utan mest för olika kroppsliga och psykiska symtom och sekundäråkommor eller för sociala komplikationer i anslutning till toxikomanin, blir en uppskattning av problemets totala omfattning byggd på inläggnings- och diagnosstatistik, behandlingsjournaler från polikliniker etc. en mycket dålig mätare på det reella antalet toxikomaner i samhället. Detta gäller alldeles särskilt de missbruksformer som odlas och sprids epidemiskt i ungdomsgäng och kotterier. Här är direktintervjuer med veteraner av utomordentlig betydelse liksom de gamla pressläggen. Tidningarna är ju många gånger lyhörda informationskällor när det gäller nya tendenser, även om sensationsskriverier och andra omständigheter gör att pressmaterial alltid måste värderas ytterst kritiskt.

Det traditionella aktmaterialet — förutom sjukhusjournaler gäller det främst barnavårds-, nykterhetsvårds- och socialvårdsakterna — är värdefulla men grovmaskiga nät av mycket varierande standard. Polisens personakter torde i så fall utgöra ett betydligt finmaskigare nät än socialvårdsakterna för historisk forskning av detta slag.

För perioden före 1965 bygger redogörelsen i denna historik

främst på veteranskildringar, egna behandlingsfall, läkarjournaler, pressuppgifter och artiklar i fackpressen. Att rekonstruera en utveckling av det slag det här är fråga om är ett mycket tidskrävande pussel med många felkällor. Man bör erinra sig att även när det gäller att få fram objektivt tillförlitliga frekvenssiffror för olika toxikomaniformers dagsaktuella utbredning är det fråga om synnerligen intrikata socialmedicinska problem; vi skall återkomma till dem i ett avsnitt om metodproblem för epidemiologisk forskning på detta område.

När det gäller den äldre historiken får man ta fasta på allmänna tendenser och drag i epidemiutvecklingen och eftergranska bedömningar och rekommendationer från socialarbetare, poliser, läkare, journalister etc. som närmast konfronterades med problemen på den tiden det begav sig.

FÖRKRIGSHISTORIA

1906 års giftstadga reglerade handeln med opiumpreparaten. Efter Sveriges anslutning till 1912 års Haagkonvention tillkom 1930 års narkotikakungörelse, varigenom kokablad, cannabis och opiumderivat fördes in under specialregleringen och det bstämdes att (för rökning) bearbetat opium och cannabisharts (haschisch) inte fick införas, tillverkas, innehas eller saluhållas i landet.

Under åren 1937—40 sökte medicinalstyrelsen genom förfrågningar till vissa tjänsteläkare fastställa totalantalet narkomaner i Sverige. Man fann därvid ett 70-tal fall (SOU 1967: 25). Även om det här är fråga om ett mycket osäkert minimivärde belyser undersökningen dock den obetydliga roll problemet spelade i vårt land före kriget. Det var först med introduktionen av amfetaminpreparaten, som vi fick ett narkomaniproblem av betydenhet och också — både vad beträffar preparattyp och klientel — ett narkomaniproblem av kvalitativt annan art än tidigare.

Narkomanvårdskommittén lämnar följande redogörelse för den första fasen av den nya utvecklingen: ”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 med-

förde 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 tillfällighetsförbrukare." (SOU 1967: 25, s. 43)

Frånsett att danskarna som vi sett tidigt kunde göra en beräkning av missbruksfrekvensen och amfetaminpsykoserna inte upptäcktes förrän efter kriget (Connell, 1958) torde historieskrivningen vara korrekt. Young och Scoville (1938) hade visserligen beskrivit tre psykosfall tidigare, men det gällde amfetaminbehandlade narkolepsipatienter; fynden misstolkades och förmodades bero på att amfetaminerna mobiliserade latenta paranoida drag som skulle vara typiska just för narkolepsifallen.

DEN AKTUELLA EPIDEMIN

Redan under kriget nådde alltså den civila svenska amfetaminkonsumtionen en sådan omfattning att medicinalstyrelsen såg sig nödsakad att författningsmässigt jämställa amfetaminet med narkotika: senare upptogs det även formellt i narkotikakungörelsen av 1959. Vid krigsslutet torde amfetaminmissbrukarna i Sverige ännu i huvudsak ha bestått av individuellt isolerade konsumenter utan speciell grupp- eller gänganknytning även om missbrukarna av förståeliga skäl till stor del återfanns i yrkesgrupper med sena arbetstider och nattarbete.

Den svenska amfetaminepidemins embryonalstadium är inte systematiskt kartlagt. Uppgifter från ett flertal av de ursprungliga veteranerna, av vilka jag känner några privat och har haft andra som patienter, är dock i huvudsak samstämmiga. Ur socialmedicinsk och sociologisk synpunkt vore det dock utomordentligt värdefullt om någon eller några av dessa veteraner — av vilka flera är påfallande skrivkunniga — ville ta sig an historieskrivningen för denna epok av epidemin, då ännu bara några gnistor pyrde.

Redan 1946—47 fanns det i Stockholm en klart avgränsad missbrukargrupp av ny typ och annan karaktär än de tidigare isolerade individuella missbrukarna. De nya amfetaministerna hade rik-

liga kamrat- och kotterikontakter och utgjorde en snäv krets av bohemer, författare, skådespelare, musiker och andra konstnärer, som kom att samlas runt det litterära sällskapet Metamorfos, men någon organisation i egentlig mening var det knappast fråga om i dessa bohemkretsar. En viss förlagsverksamhet med lyrikutgivning förekom dock i sällskapets namn. Runt dessa kretsar centrerades tidigt en rad bisarra, vinddrivna och havererade existenser, och en äldre, avsigkommen medicinare kom tidigt att genom sin yrkeskunskap spela en viss roll. Efter flera års tablettmissbruk tillkom den intravenösa injektionstekniken i denna krets omkring 1952, men några enstaka missbrukare hade tagit morfin i subkutana eller intramuskulära injektioner tidigare.

Av den ursprungliga kretsen är nu åtskilliga döda sedan många år; några har begått självmord, andra har dött i direkt eller indirekt anslutning till sitt missbruk. En del lämnade tidigt missbrukarkretsen och torde ha tillfrisknat, men en betydande del, kanske majoriteten av de överlevande från primärkretsen, är fortfarande kroniska missbrukare av centralstimulantia, och flera är svårt invalidiserade av sitt missbruk. Många av dessa personer var sannolikt primärt störda, och missbruket var i dessa fall reaktivt till deras psykiska störningar. Sålunda förekom ett inslag av homosexuell eller bisexuell problematik hos åtskilliga i primärgruppen. I andra fall var det bohemromantik, gängdynamik och kotterimönstret i sig som främst förde till missbruket.

Åren omkring 1950 hade Café Nybrogård nära Nybroplan blivit en av amfetaministernas fasta punkter, klubben Söderstjärnan på Hornsgatan en annan. Vid denna tidpunkt hade missbruket redan fått en avsevärd spridning från den ursprungliga bohemkretsen och ut i asociala och kriminella kretsar. Enligt bestämda uppgifter från väl initierade sagesmän skall denna spridning ha gått via ett par konstnärsmodeller, som stod med ena benet i bohemkretsen och med det andra på gatan; sannolikt skedde dock spridningen på flera linjer samtidigt.

MITT FÖRSTA FALL

Våren och sommaren 1954 hade jag som med.kand. mitt första läkarförordnande som vikarie på socialläkartjänsten vid Stock-

holms barnavårdsnämnd och kom då för första gången i direkt kontakt med narkomaniproblematiken i ungdomsgängen. För att belysa hur utvecklat och spritt ungdomsknarkandet var i Stockholm redan vid denna tidpunkt skall jag utförligt referera mitt första fall och komplettera med autentiska utdrag ur behandlingsjournalen (dikterad omedelbart efter patientkontakten). Ovidkommande persondata har förändrats för att omöjliggöra identifiering.

Journal 330/54. En frånskild alkoholisthustru tar spontant kontakt med barnavårdsnämnden och meddelar att hennes 15-åriga dotter "plötsligt klappat samman och blivit som förbytt". Modern hade tidigare inte haft några väsentliga problem med flickan, som hade kommit hem i hygglig tid om kvällarna och tidigare skött skolan bra. Modern kände till att flickan sällskapade en smula med en några år äldre pojke, men några anmärkningsvärda omständigheter hade inte framkommit. I april 1954 försvann flickan plötsligt från hemmet och var borta tre dygn. Då hon kom hem var den tidigare lugna och formellt välordnade flickan orolig och agiterad, hon svor, röt och skällde och modern fick ingen som helst kontakt med henne.

Jag gjorde en akututryckning till hemmet och fann en stor, kraftig, välutvecklad 15-åring som låg och stönade i en säng och verkade intoxikerad. Sedan man sänt modern till apoteket i ett ärende kan man tala på tu man hand med flickan. Hon lugnar sig något men är ytterligt forcerad och talar snabbt utan att man just hinner ställa några frågor. Hon berättar att hon just blivit övergiven av sin kille "som hade tre andra tjejer, medan han gick med mig. Mig hade han bara för att ligga med. Det fick han väl kanske inte så mycket han ville med dom andra. Det där med Pelle kommer man väl över, men det var så djävligt att han stack. Det har två andra killar gjort också. Man är ju inte så snygg som många andra tjejer, men istället har man ju lite former och det är det killarna är ute efter. Jag stack hemifrån för jag trodde jag var på smällen. Jag låg kvar hos Pelle de där nätterna, för hans föräldrar var borta. Jag tänkte att det är bäst att barnavårdsnämnden får ta hand om den här historien, men sen var jag ju ändå inte på smällen."

Flickan hade debuterat sexuellt strax efter 13-årsdagen och varit tillsammans intimt med en grabb före den aktuelle. Hon

hade det senaste året varit utsatt för flera sexuella närmanden från vuxna män i släkten men lyckats avvisa dem.

Flickan som visade sig vara mycket välbegåvad (IK omkring 125—130), var talför på ett för amfetaminintoxikation karakteristiskt, hämningslöst sätt. Hon berättade att hon sista månaderna fört ett dubbelliv och ofta smugit sig ut sedan modern gått till en nattstädning. Om mornarna hade hon återigen legat i sin säng, men skolprestationerna hade snabbt blivit dåliga, hon hade börjat skolka en hel del från skolan och hålla till i kretsarna kring konditoriet Trubaduren på Västerlånggatan, Gazell Club i Gamla stan och Chico Bar vid David Bagares gata, alla tre vid den tiden ökända kontaktpunkter och missbrukscentra.

"Var och varannan på Trubban käkar narkotika, alla möjliga sorter, Fenedrin, heroin, opium och så förstås morfin." Själv hade hon tagit morfin tre gånger, "men jag blev bara sömnig och ville bara sova. Men då ska dom djävlarna som håller en med narkotika kliva på en först. Det är synd om många av dom där killarna som säljer morfin. Dom är såna där killar med komplex. Hade dom inte narkotika så skulle dom aldrig få komma på tjejerna. Dom börjar först med att ge tjejerna några tabletter och när tjejerna fått sitt begär skall dom dit — annars blir det inte mer tabletter. Ja, fy fan!" (Brukar du få ut något av samlag, med Pelle eller andra?) "Nej, det är det som är så djävligt. Då vore det åtminstone nån mening med det. Jag tycker bara det är äckligt. Jag brukar ofta kräkas efteråt." — — —

"Dom skrev nyligen i tidningarna att det finns så lite narkotika i Sverige. Det finns mycket mer än dom tror. Jag vet inte varför poliserna är berömda för sin blindhet. Det är ena klumpiga killar. Kommer instolpande på Trubaduren och haffar en och annan, men det hittar dom ju inget på. Man ser ju på flera hundra meters håll att det är snutar. Det går ju inte."

(Vilka är det som säljer narkotika på Trubaduren?) "Det är en djävla massa. Jag vet inte vad dom heter, det är inga som har sina egna namn på Trubban. Mej kallar dom 'Lill-Stintan' t. ex." (Säg något öknamn då?) "Ja, Fido sitter ju ofta och viftar med sina tabletter. Han är visst sjuk tror jag, så det är därför han får dom av läkare."

(Vad tycker du man skall göra åt killarna och tjejerna på Trubaduren?) "Det måste vara behandling, behandling, behandling!

Kan man fatta dom som vill tro att det ska hjälpa med en övervakare? Det är ju för nipprigt! Dom säger att vi ska sinnesundersökas, men det är ju övervakarna som skulle behöva sinnesundersökas." — — —

(Och tjejerna fnaskar för att få pengar till narkotika?) "Om dom gör! Du må tro att det är fart på stadshallickar och bondhallickar och stjärtgossar och hela bandet." (Vad är en bondhallick?) "Det är dom där killarna som stryker på Centralen och fångar upp bondtjejerna när dom kommer till stan." (Tycker du inte det är konstigt att stadstjejerna håller sig med hallickar, nu när det inte är nödvändigt för polisens skull?) "Nej, det är ju inte nödvändigt. Men dom flesta tjejer är ju så dumma så dom begriper ju inte det. Och så kan ju hallickarna vara bra, dom skaffar ju fram torskarna." (Har du fnaskat mycket?) "Nej, jag tycker det är så djävla äckligt. Det har blivit lite när vi köpt narkotika." (Du menar i samband med affären?) "Ja, just det." (Men du har väl gjort pengar själv också?) "Ja, tittat på några gubbar." (Du menar såna som hjälper sig själva?) "Ja, man kan få en 10—20 kronor för att se på. Fan vad dom är löjliga! Det är ju synd om dom. Sen sitter kanske deras tanter hemma med ungarna och har ont om pengar. Ett par gånger har såna där krakar fått pengarna tillbaka, men ibland har man ju snytit pengarna utan att gubbarna fått någon valuta för det. Ja, vilka typer har man inte träffat! Ett par dar polade jag med den där killen som stal 40 000 kr. Han är inte klok. Hasse heter han. Jag sa åt honom att du kommer att torska dit, men det begrep han ju inte. Nu sitter han väl hos polisen." — — —

(Hur fick du kontakt med kretsarna kring Trubaduren?) "Man beundrade ju dom där existentialisterna så mycket. Killar med skägg och tjejer med spikrakt hår. Dom lärde mig att man bara skall leva för dagen. Men det är skit alltihop; bara masker."

Då de ytterligt detaljerade uppgifterna om narkotikatrafiken var alarmerande och patienten själv var inställd på att bryta med gängen, övertalade jag henne att personligen komma och berätta om sina erfarenheter för barnavårdsnämndens ungdomsdelegerade, vilket hon också gjorde vid ett sammanträde i mitten av maj 1954. Ett stenografiskt protokoll över flickans berättelse togs upp, men nämndledamöterna föreföll inte särskilt skakade av

historien, som de troligen betraktade med mycken skepsis. Även den ordinarie socialläkaren var benägen att avfärda uppgifterna om det vitt spridda ungdomsknarkandet som ett utslag av ungdomlig rövarromantik, men i barnavårdsnämndens välinitierade och smått legendariska nattpatrull kände man redan då dessa miljöer mycket väl. Som med.kand. på mitt första, tillfälliga vikariatsförordnande kunde jag inte göra mycket åt saken, men assistent Bengt Melin i nattpatrullen gjorde ett halvår senare på eget initiativ en undersökning, som vi snart skall återkomma till.

Flickan fick intyg om skolbefrielse för de resterande vårveckorna, lämnade på vårt initiativ skyndsamt Stockholm och återvände till sitt gamla sommarhem i Småland, där hon tidigare under många år hade trivts mycket bra. Efter sex veckor ringde modern och talade om "att det kört ihop sig totalt hos sommarföräldrarna".

Jag ringde upp flickan som var upprörd och förklarade att hon inte stod ut en dag till, "det är alldeles förskräckligt tjatigt och gnatigt". Hon sällskapade tillfälligt med en 27-årig bonde, "som är snäll och rar; ledsen att behöva lämna honom men det kan inte hjälpas". Flickan återvände till Stockholm, gick omedelbart tillbaka till sina gamla knarkargäng och kunde inte klara ett ordnat arbete mer än några veckor. I oktober var situationen helt ohållbar: hon hade blivit indragen i avancerade, kriminella gäng och hade etablerat sig som langare i stor skala — utan att själv vara annat än tillfällighetsmissbrukare — och var mycket stolt över att "jobba i snösvängen", dvs. sälja knark, mest Fenedrin för en krona tabletten. Hon hävdade att en betydande del av tabletterna kom på recept från läkare, som hennes manliga kumpaner hade tumme på:

Det är en hel del (läkare) som måste, det är rena utpressningen och en del gör det för att dom får bra betalt . . . Ja, t. ex. dom har varit ute med några eller någon på något . . . och om det kommer fram till polisen så blir deras karriär förstörd och dom kommer inte att tjäna några pengar och deras fruar kanske går ifrån dom och barnen får dom inte ha hand om. Dom kanske kommer i fängelse.

Att denna flicka visste vad hon talade om framgår inte minst av hennes träffsäkra karakteristik av de abstinenssjuka morfinisterna: "Det ser man så tydligt; rinnande ögon och näsa och nervösa, det rycker i dem." Patienten var nu fängslad i sin roll som nattens drottning, hon hade anlagt en hård och cynisk mask. I ett tillfälligt telefonistarbete under sommaren hade hon tjänat 3: 75 i timmen, men på narkotikaaffärerna ansåg hon sig komma upp i 1 500—2 000 kronor i månaden, "skattefritt": "Det ska fan jobba, man klarar sej bra ändå. Jag känner så många som ger fan i att knega och dom klarar sig fint."

Det gick inte att få loss flickan ur de asociala gängen med mindre än att hon togs in på ungdomsvårdskola. Efter ett halvår på Ryagården och några kortare återfallsperioder blev hon gravid, gifte sig och kom så vitt vi vet efter de oroliga tonåren in i ordnade förhållanden.

VAR DET BARA RÖVARROMANTIK?

"Lill-Stintans" berättelser om dagdrivarnas och den undre världens narkotikavanor i Stockholm 1954 bekräftas från många håll vid denna tid, även från tjänstemän vid barnavårdsnämnden. I en intervjuartikel i Arbetaren (24.2.54) visar inspektör Erik Kinell och assistent Bengt Melin att narkotikamissbruket redan vid denna tidpunkt fått en betydande omfattning.

På kaféerna i Gamla stan, kring Nybroplan och i City hänger varje dag dussintals med tonåringar. Det är skolungdomar, ofta från välbärgade hem, som helt sonika struntat i plugget, driver omkring i gäng, leker bohemer, poeter och — narkomaner. Bland den mer "avancerade" stockholmsungdomen är det nämligen högsta mode att röka haschisch och marihuana eller att berusa sig medelst Fenedrin och sömntabletter. — — —

Homosexualitet och prostitution är fortfarande de allvarligaste ungdomsproblemen i Stockholm och som företeelser mer utbredda än narkotikamissbruket. Men detta är ett nog så stort problem ändå, därför att det är svårt att få något egentligt grepp om det. Problemen går dessutom i varandra. Man spårar mycket ofta samband mellan homosexualitet och narkotikamissbruk. Detsamma gäller prostitutionen. — — —

Och varför narkotika? — Svårt att ge ett uttömmande svar på, menar hrr Kinell och Melin, som dock håller för troligt att ungdomarna främst influerats av narkotikavanorna bland de amerikanska jazzmusikerna. Det verkar kanske långsökt, men är strängt taget inte förvånande med tanke på att ett mycket stort antal av dem som flitigast nyttjar narkotika hör hemma i stans olika jazzklubbar. Det har blivit ett mode; något som hör till. — — —

Fall av genuin narkomani har man blott ringa erfarenheter av på ungdomsbyrån. Men det händer att man får ta hand om 14—15-åringar, som råkat i klorna på narkotikagäng.

I samma artikel intervjuas dåvarande överläkaren vid Långbro sjukhus, docenten Gunnar Lundquist, som på tal om de aktuella missbruksmedlen gav en liten elegant narkomaniföreläsning:

Om alla gifter gäller att de försätter brukaren av dem i ett kraftigt rus. Det blir en flykt från vardagen, från verkligheten, som ger ett tillstånd av fullkomlig harmoni, styrka och oberoende. Alla gränser mister sin skärpa, allt blir mjukt, lätt och behagligt. Detta rus är ingenting annat än en regelrätt förgiftning av nervsystemet, som, om det upprepas och i synnerhet om det upprepas ofta under en tid, allvarligt skadar nerverna och hjärnan. Det mest fruktansvärda är ju egentligen att dessa skador till en början uppenbarar sig mycket långsamt, så långsamt och lömskt att det kan gå månader och år innan de framträder. En narkotikamissbrukare kan alltså, förutsatt att tillgången på gift är någorlunda jämn, hålla sig uppe och i verksamhet en lång tid. Han känner sig till på köpet piggare. Därför observerar han inte symtomen på de skador hans kropp utsätts för, åtminstone inte de djupare. Hans omdöme blir avtrubbat, tankeskärpan försämras, han blir oförmögen att behärska sig. Vad som främst gör narkomanen så beroende av giftet är det faktum att han får allt svårare att tåla livets vanliga påfrestningar. Han kan inte ta emot de små stötar, som för en något så när sund människa inte blir till större problem. För en narkotikamissbrukare ter sig alla små misshälligheter oproportionerligt stora. Han flyr in i giftet, allt oftare. (Arbetaren 24.2.54).

Lundquist tillade också att "i de flesta fall är redan det faktum att en ung människa någonsin *börjat* använda starka njutningsmedel ett tecken på svaghet". Det är mycket intressant att

notera att Lundquist redan vid denna tidpunkt kunde informera om att amfetaminmissbruket "kan föra med sig kronisk förgiftning med sjukliga föreställningar, förföljelsemani", en psykosform som först senare (Connell, 1958) blev mera allmänt känd i den medicinska litteraturen.

Under rubriken "Amerikanska jazzstjärnor har exporterat narkotikamissbruket hit" tar Carro Bergkvist i Aftonbladet (11.4.54) upp frågan om det utbredda narkotikamissbruket i musikerkretsar med anledning av en från ledare i svenska musikerförbundets organ "Musikern" (april 1954) där Sven Wassmouth gjort en skarp vidräkning med det tilltagande missbruket av sprit och narkotika.

Farorna hotar inte bara individuellt de yngre jazzmusikerna utan också deras familjer, föräldrar och närstående. — — — Mycket har skrivits om den amerikanska jazzen, dess ursprung och dess historiska utveckling. Tyvärr har nog historieskrivningen blundat för skuggsidorna och bara framhållit det "tjusiga", det "eggande" och det "föredömliga". Så långt har det kanske varit gott och väl, men hetsen och den alltmer hårdnande konkurrensen de amerikanska toppmusikerna emellan, samt sist men inte minst, samvetslösa managers har satt medel i händerna på jazzens utövare — medel som skenbart övervunnit trötthet, skenbart höjt prestationsförmågan, men gjort en stor del av förbrukarna till slavar under den kanske farligaste last som existerar — missbruket av narkotika.

Bergkvist noterar att Wassmouths artikel "är det första oförblommerade erkännandet från musikerhåll att det finns narkomaner inom den svenska musikerkåren. Hittills har alla uppgifter i den vägen grundats på rykten och skvaller. Men nu är det sagt, öppet och ärligt." Vidare enligt Wassmouth:

Ynglingar med fallenhet för musikeryrket ser i de amerikanska stjärnorna gudar, som de till varje pris vill efterlikna. Kontakter knyts vid de täta gästspelen här och unga svenskar får entusiastiska skildringar till livs om hur improvisation och annan "frigörelse" höjs bara man röker en enda (marihuana-)cigarrett.

I samma artikel intervjuas kapellmästare Arne Domnérus, som

berättar om en 25-årig saxofonist som blivit svårt narkotikaberoende.

Vi kolleger försökte på alla sätt att hjälpa och tala honom till rätta innan det var för sent, men det lyckades inte. Saxofonisten ifråga är nu intagen på sjukhus utanför Stockholm för avvänjningskur. Det var sannerligen i grevens tid. Hans hälsa är totalt undergrävd, all livslust är borta och på sistone har det inte varit mycket bevänt med hans musicerande ... Hans karriär är spolierad, en av våra största musikbegåvningar har uppenbarligen gått förlorad för narkotikabegärets skull.

NARKOTIKAPROBLEMET RIKSDAGSFRAGA

Föregående dag (10.4.54) hade riksdagsman Einar Rimmerfors (fp) i en enkel fråga till justitieministern efterlyst besked

om det nu aktualiserade narkotikamissbruket är av sådan omfattning att det motiverar en ökad vaksamhet från samhällets sida. Han undrade också om justitiedepartementet överväger att komma till rätta med narkotikaproblemet genom lagåtgärder. (Aftonbladet 11.4.54)

I en ledare i Folket (24.4.54) refereras och kommenteras dåvarande inrikesminister Hedlunds interpellationssvar:

Situationen är säkerligen värd att uppmärksammas utan att därför på något sätt förstoras. I går besvarade inrikesminister Hedlund en interpellation av folkpartiprästen Rimmerfors om narkotikamissbruket och vad man nu rimligen kan göra för att komma till rätta med det, och svaret gav klart vid handen att oseden inte har någon nämnvärd spridning i vårt land. De receptbelagda gifterna går det ju lätt att kontrollera. Medicinalstyrelsens kontroll ger inte vid handen att här föreligger någonting anmärkningsvärt. Inte heller polisen i Stockholm tycks ha någon känsla av att missbruket gripit omkring sig så att allvarlig fara skulle förefinnas. Alldeles tvärtom bibringades man av interpellationssvaret det intrycket att läget ingalunda är allvarligt.

De nya tendenserna får inte nonchaleras, skriver Folket, "var-

ningarna bör inte gälla enbart musikerna. De bör gälla alla." Vi bjuder på ytterligare en kommentar:

Någon statistik över skumraskaffärerna är omöjligt att åstadkomma och det tycks inte heller behövas i det här fallet. Alla är tydligen ense om att vi har början till ett narkotikaproblem och att alla klutar behöver sättas till för att stävja det i dess linda. Till och med högerorganet Medborgaren, som först anklagade herr Rimmerfors för att ha besvärat inrikesministern fullständigt i onödan, har nu vänt kappan och är inne på samma linje som interpellanten och övriga. (Tidningen Folkpartiet nr 4, 1954)

ÖKAT SÖMNMEDELSMISSBRUK EN NY NARKOMANIFARA

I samband med att dr Carl-Magnus Ideström disputerade vid Karolinska institutet på en avhandling om sömnmedelsförgiftningarnas natur och mekanism publicerade Dagens Nyheter (28.4.54) en intervju, där Ideström nämnde att svenska folket förbrukar 20 ton sömnmedel per år: 30 tabletter per person och år, lika för både spädbarn och hundraåringar. Undersökningen hade gett till resultat att tillvänjningsmekanismen förefaller vara densamma för alla olika barbitursyrepreparat (veronal, fenemal, pentymal osv.) och mycket lik alkoholtillvänjningen.

Missbrukaren söker den effekt av välbefinnande och säkerhet som medlen ger, och när han hunnit bli van uppfattar han inte den avtrubbning och slöhet som de åstadkommer och får slutligen ett så starkt behov att det blir praktiskt taget omöjligt för honom att avstå från medlen på egen hand: han har blivit narkoman. Avvänjningen bör ske på sjukhus gradvis, för att undvika svårare ångesttillstånd, delirier och andra komplikationer, och följas av en lång tids psykisk behandling för att säkra resultatet — det rör sig ofta om att avlägsna de psykiska balansrubbningar, som från början ledde till missbruket.

Den ständigt ökade sömnmedelsförbrukningen bör komma både läkare och allmänhet att inse att en verklig ny narkomanifara hotar, konkluderar dr Ideström. Det krävs både ökad kontroll och bättre upplysning — inte bara beträffande sömnmedel för övrigt.

Ytterligare om sömnmedelsmissbruket:

Ungefär 2 milj. recept på sömnmedel och lugnande medel expedieras årligen från svenska apotek, omtalar docent Gunnar Lindgren i medicinalstyrelsen. Konsumtionen tycks stiga år från år och i många fall är det berättigat att tala om missbruk. — — — Påtagligt är också att tablettätandet har stor skuld till ökat antal självmord och försök till sådant. Frekvensen har stigit nära tio gånger på tio år. (Aftonbladet 5.5.54)

DAGS FÖR NARKOMANIUTREDNING

Efter riksdagsaktionen av Rimmerfors och den stora publiciteten kring narkomanifrågorna 1954 beslutar sig medicinalstyrelsen för att göra en utredning. Vi återger ett TT-meddelande ur Göteborgs-Tidningen (12.5.54).

En utredning om förekomsten av narkotikamissbruk håller man på att planlägga inom medicinalstyrelsen, omtalar föredraganden i läkemedelsärenden, apotekare G. Krook. Utredningen kommer att bygga på de recept, som kommer in till apoteken i landet. Man skall samla in alla sådana recept för en månad, varefter de skall behandlas statistiskt. Dessutom får medicinalstyrelsen in rapporter om alla narkotikabeslag i samband med smuggling. Av allt att döma förekommer ingen smuggling i större skala. Narkotikakonsumtionen har ökat de senaste åren, frågan är bara om ökningen kan anses vara normal. Avsikten med utredningen blir att klarlägga om skärpta bestämmelser för förskrivning av narkotika är befogade. Senaste narkotikautredningen gjordes i Sverige i slutet av trettiotalet.

Redan från början kan man spåra medicinalstyrelsens oförmåga att ta itu med narkomaniproblematiken på ett genomtänkt och långsiktigt sätt. Fem år efter det den danska Sundhedsstyrelsen hade infört en fortlöpande kontroll över all narkotikaförskrivning och sedan missbruket i Sverige — och särskilt i Stockholm — redan klart kommit att överskugga de danska missbruksproblemen, är medicinalstyrelsen oförmögen till egna initiativ. Först när utomstående tar upp problemen och opinionstrycket nått ett visst tröskelvärde drar medicinalstyrelsen reflexartat igång egna utredningar, som genomgående blivit valhänta och halvhjärtade och

ofta resulterat i slumpartade men alltid otillräckliga motåtgärder. Under hela epidemiutvecklingen kommer, som vi skall se, medicinalstyrelsen att ligga ett — eller flera — steg efter epidemin. Detta måste rimligtvis främst bero på en ofullständig analys av problemen och kanske också på rädsla för att föreslå och hos statsmakterna genomdriva impopulära åtgärder.

Med anledning av den uppkomna situationen utarbetade G. Krook och G. Lindgren inom medicinalstyrelsen 1954 en promemoria, som i september publicerades i utdrag i Svensk farmaceutisk tidskrift (nr 25, 1954), varvid återgivande i dagspressen undanbads. Ur denna promemoria måste vi återge några längre avsnitt.

Med stöd av erfarenheter från en nyligen företagen utredning i Danmark, vars förhållanden i mycket påminner om våra, synes man vara berättigad antaga, att antalet missbrukare av narkotika (narkomaner, eufomaner) även i vårt land kan ha ökat under de senaste tio åren. Den löpande sjukdomsstatistiken ger i detta avseende ej tillräcklig ledning. För att erhålla en mera allsidig bild av narkotikamissbruket för närvarande torde krävas en särskild utredning. Det är angeläget att en sådan kommer till stånd, för att, sedan erfarenhet vunnits om eufomaniens nuvarande utbredning, frågan om lämplig organisation av den medicinska behandlingen av personer, som missbruka narkotika, skall kunna upptagas.

I rapporter från Förenta Nationerna har uttalats farhågor för tilltagande narkotikamissbruk bland ungdomen i vissa länder. Särskilt i USA tillhör detta ett av de allvarligaste problemen inom narkotikaområdet. Det finnes för närvarande icke något underlag för uppfattningen, att starkare farhågor behöver hysas för en liknande utveckling i vårt land. (Kursiverat här.) Frågan är emellertid av så allvarlig innebörd att detta spörsmål med särskild uppmärksamhet bör följas av de hälsovårdande organen för att i tid förebyggande åtgärder skola kunna vidtagas. — — —

Beslagen av narkotika ge icke stöd för uppfattningen, att den illegala handeln skulle utgöra något större problem i vårt land. (Kursiverat här.) Personer, som missbrukar narkotika, häri inbegripet fenoprominpreparat, vilka förefalla vara särskilt åtråvärda i detta sammanhang, synas skaffa sig dessa medel i stor utsträckning genom recept från läkare. Ej sällan sker detta genom att patienterna vandrar från den ena läkaren till den andra och genom oriktiga,

men ofta nog så trovärdigt utformade, uppgifter förmå vederbörande att skriva recept å det begärda medlet. En ännu mera restriktiv hållning från läkarens sida än den nuvarande torde därför vara påkallad. — — —

Den som förfallit till missbruk av narkotika skyr inga medel för att komma över giftet. Kan det icke uppbringas genom ordination av läkare, tillgripes ej sällan försök med *förfalskade recept*. Någon bestämd uppfattning av storleken av denna trafik är svårt att lämna. Den farmacevtiska apotekspersonalens rutinmässiga förtrogenhet med läkares handstilar och receptskrivningsvanor medför emellertid, att dessa försök mycket ofta misslyckas. I större orter, där ett flertal läkare äro verksamma, erbjuder kontrollen givetvis svårigheter. — — —

Då den centrala handläggningen av frågor rörande narkotika icke är splittrad på många händer finnas förutsättningar för att i vissa avseenden prohibitiva åtgärder mot illegal handel, missbruk m.m. snabbt kunna vidtagas. Ett enhetligt uppbyggt och välorganiserat apoteksväsen utgör därför ett värdefullt skydd mot att narkotika tillföres den illegala handeln. Slutligen bör framhållas att den på internationella konventioner uppbyggda narkotikakontrollen i vårt land förstärks genom en lagstiftning, som i åtskilliga avseenden går längre i restriktiv riktning än vad som är förhållandet i andra länder. Det är emellertid icke enbart genom lagstiftning eller genom ytterligare skärpning av gällande bestämmelser, som narkotikamissbruket framför allt kan och bör bekämpas. Viktigare är den medverkan som varje läkare i sin praktiska gärning kan åstadkomma samt måhända även en effektiv planering av de medicinska vårdåtgärderna för narkomaner.

Huvudparten av preparatförsörjningen till missbruksmiljöerna skulle, som vi senare skall se, ända fram till 1960 komma att emanera från läkarförskrivningar, men en omfattande langning med preparaten förekom tidigt. Krook och Lindgren vågade dock inte lita på uppgifterna från de socialarbetare, poliser och journalister, som rapporterade om den intensiva medicinlangningen på kaféer och jazzklubbar vid denna tidpunkt. "Beslagen av narkotika ge icke stöd för uppfattningen, att den illegala handeln skulle utgöra något större problem", var en felaktig slutsats som kan ha dragits av otillräcklig kännedom om polisens begränsade befogenheter och personella resurser 1954.

Lagen straffar nu endast med böter, vilka försäljarna för övrigt kalkylerar med i priserna, och polisen kan därför inte i misstänkta fall göra kroppsvisitation eller husrannsakan. (Tidningen Folkpartiet nr 4, 1954)

Det kommer en del gifter in till landet med fartyg från Frankrike och framför allt från Sydamerika. Vi har gjort undersökningar. Det är svårt att komma åt smugglarna. Det är inte innehavet av narkotika som är straffbart, utan handeln med den. (Kommissarie G. A. Andersson i Expressen 11.8.54)

Som regel kunde polisen således inte ingripa på enbart misstanke om langning utan endast om försäljaren togs på bar gärning i själva försäljningsögonblicket. Om man därtill beaktar att polisen för detta arbete endast disponerade spritpolisens två spanare, som samtidigt skulle bevaka den traditionella langningen, inser man att beslagsstatistiken var en otillräcklig bedömningsgrund i denna fråga.

"Polisen har ej kontroll över narkotika, önskar själv specialpatrull; Fenedrinet på kraftig frammarsch", är rubrikerna på en artikel av Rolle Ståhlström i Expressen den 11 augusti 1954. Vi citerar:

Polisen håller på att förlora kontrollen över den illegala handeln med narkotika i Sverige. Sedan 1952 har den inte gjort ett enda beslag. En narkotikaoffensiv mot Sverige skulle vara en enkel match för branschens storkungar på kontinenten. Det är inte polisens fel. Den gör vad den kan, men den saknar resurser för en effektiv övervakning. — — — Polisen är medveten om att den inte har situationen under kontroll. Vi skulle till varje pris behöva en speciell narkotikapatrull, säger kommissarie G. A. Andersson på statspolisen. Utan en sådan kommer vi till korta. — — —

I de flesta fall där polisen stöter på narkotika visar det sig att den är anskaffad på "lagligt sätt" — på recept från apotek. Vissa läkare skriver väl lättsinnigt ut narkotika. Polisen ser gärna att bestämmelserna skulle skärpas. Falska recept på stulna blanketter förekommer också i den illegala handeln. (Expressen 11.8.54)

Den mest utnyttjade möjligheten att obehörigt komma över narkotika är fiffel med läkarrecept. Personer, som till varje pris för-

söker komma åt narkotika, har utvecklat förslagna metoder att lura läkare och apotek. Det kan ske genom att vederbörande går från läkare till läkare och dukar upp samma trovärdiga historia, avsedd att få fram ett recept i hast. (Aftontidningen 29.8.54)

Den förhastade slutsatsen att det 1954 inte förelåg något "reellt underlag för uppfattningen att starkare farhågor behöver hysas för en liknande utveckling i vårt land" som i USA måste ha blivit ödesdiger. Med sitt lugnande besked kom författarna att invagga sig själva, medicinalstyrelsen, statsmakterna och allmänheten i ro fast branden redan hade fått fäste. Att den särskilda uppmärksamhet, som författarna rekommenderade att de hälsovårdande myndigheterna skulle ägna utvecklingen, under dessa omständigheter kom av sig är förståeligt. Tillsammans med författarnas felvärdering av en inventering av "I Sverige under 1954 på sjukhus behandlade fall av narkomani" (publicerad 1956) och en lika allvarlig missbedömning av Takman 1958 innebar detta att man definitivt tappade kontrollen över utvecklingen.

ATER TILL FÄLTET

Systemet att lura läkare tog sig många märkliga uttryck. Flertalet drabbade läkare torde ha varit alltför godtrogna, okunniga eller jäktade, vissa torde krasst ha sett mera till dagskassan än till yrkesetiken och några var själva alkoholiserade, narkomaniserade och svårt sjuka; i ett par enstaka fall blev senila läkare systematiskt utnyttjade. Det mest tragiska fallet gällde en gammal läkare, som i sin krafts dagar varit en framstående yrkesman, en stor idealist och nykterhetskämpe:

Handel med narkotika har visat oroande tendenser att öka, speciellt i Stockholm, där bl.a. fenedrintabletter utbjudes i betydande mängder. Från apotekshåll har påpekats till medicinalstyrelsen att vissa läkare tydligen är alltför frikostiga med narkotikarecept. Med anledning härav har medicinalstyrelsen inlett en kontroll av läkarrecepten på narkotika och har redan en namnlista på läkare av denna kategori.

En känd äldre stockholmsläkare figurerar i detta sammanhang. Personer som tidigare varit i kontakt med läkaren i fråga, har

utnyttjat hans ålder för att komma över Fenedrin. Under förevändning att tabletterna är det enda medel, som kan hjälpa dem undan en patologisk alkoholhunger, har de tillskansat sig avsevärda mängder narkotika. Läkaren, som handlat av ren idealitet, har synbarligen inte förstått att han blivit hänsynslöst utnyttjad med påföljd att trafiken fortfarande florerar.

Ett par personer utan fast anställning har, enligt vad AT erfar, tack vare sin duperingsförmåga förmått läkaren att skriva ut betydande mängder narkotika. Recepten har han skrivit ut utan kontant ersättning, och det har följaktligen blivit en mycket god affär för vederbörande. Sedan har tabletterna sålts på diverse kaféer till priser varierande mellan en och två kronor. (Aftontidningen 4.11.54)

"Narkotikaliga härjar i Stockholm. Fenedrin eftertraktat vid inbrott på apotek. En serie inbrott vid olika apotek de senaste veckorna tyder på att en narkotikaliga härjar i Stockholm. De senaste dagarna har två apotek hemsökts", berättar Göteborgs-Tidningen den 18 juli 1954.

"Narkotikamissbruket skall utredas" meddelar Expressen den 4 november 1954:

Skolöverläkaren professor Herlitz skall starta en undersökning om narkotikabruket bland skolungdom. Socialvårdsmän i Stockholm som har daglig kontakt med knarkgäng anser att narkotikamissbruket är på väg att bli ett lika stort samhällsproblem som alkoholmissbruket. — — —

När Expressens medarbetare i går kväll gjorde en rundtur tillsammans med en yngling i ett "knarkgäng" kunde vi snabbt konstatera att det inte var någon som helst svårighet att få tag på Fenedrin. Det var bara att gå in på ett kafé i Klara-kvarteren och köpa varan. Sex tabletter för 5 kronor. "Vänskapspris". Det är svårare att komma över morfin och marihuana, men det är ingalunda någon omöjlighet. — — —

Assistent Bengt Melin i barnavårdsnämndens ungdomsbyrå påpekar bl. a. att narkotikamissbruket sammanhänger med prostitution, kriminalitet och andra former av asocialitet. Den iakttagelsen kunde Expressens medarbetare också göra vid "knarkpromenaderna" i Stockholm i går kväll. Vår kontaktman med förbindelser i kafégängen berättade att det enbart i Klara-kvarteren finns 15—20 unga

flickor och dubbelt så många grabbar, vars enda längtan är att få fatt på narkotika. För att få pengar till varan ger sig flickorna ut på gatan. (Expressen 4.11.54)

En av dem som bäst kände förhållandena bland rotlös, missanpassad och kriminell ungdom i Stockholm under 1950-talet var byråchef Lars Bolin vid socialstyrelsen. Han var chef för skolbyrån och den som närmast hade hand om ungdomsvårdsskolefallen inte bara från Stockholm utan från hela landet. I en intervju i Aftonbladet den 7 november 1954 berättade Bolin bland annat:

Narkotikamissbruket är ingenting att sticka under stol med. Det är ett känt faktum bland socialvårdare att medelåldern på de prostituerade kvinnorna i Stockholm är i ständigt sjunkande. Tillförseln av flickor i 16—20-årsåldern är stor för närvarande. Det rör sig om tonårsflickor som tidigare varit stamgäster på de "skummare" danshaken och kommit i kontakt med "halvkonstnärer" som bjuder på narkotika.

"KNARKAMBULANSEN"

En storlangare vid denna tidpunkt var så välkänd av alla i missbruksmiljöerna och täckte det inre stadsområdet i Klara och runt Norrmalmstorg med så regelbundna turer att han allmänt kallades "Knarkambulansen". Bengt Melin ägnade hösten 1954 stor uppmärksamhet åt denne man och andra yrkeslangare. "Socialvårdare klar för storanfall mot narkotikaambulansen. Nätet dras samman kring distributörerna" är rubriken på en osignerad nyhetsartikel i Aftonbladet den 11 november 1954:

En stor aktion mot distributörerna av narkotika till stockholmsungdomen väntas inom kort. På eget initiativ men stödd av sina överordnade har assistent Bengt Melin vid barnavårdsnämndens nattpatrull kartlagt distributionen av narkotika och lyckats komma över alla förekommande slag från heroin till Fenedrin. Assistent Melin har för avsikt att överlämna detta material till spritpolisen för vidare aktion, och från polisens sida emotses materialet med intresse. Melins överordnade har på alla sätt sökt stödja hans verksamhet. — — —

Sedan ett år tillbaka har en samvetslös distributör regelbundet hållit en stor krets av ungdomar med narkotika och hela tiden lyckats undgå att bli gripen. Hans bil har varit känd som "ambulansen" och med denna har han distribuerat narkotika på bestämda platser men med ständigt stigande priser.

Jag köpte "snus" i går för 30 kronor utan någon som helst svårighet, berättar assistent Bengt Melin för Aftonbladet. Snus är öknamn för kokain och jag har tidigare utan svårighet kommit över både marihuana och Fenedrin.

Efter ett omfattande spaningsarbete stoppades "Knarkambulansen" äntligen i slutet av november 1954; han togs i en trafikfälla vid Nyköping, där han varit för att hämta recept och mediciner. "25 stockholmsläkare var för lättlurade", var Aftontidningens rubrik till denna sensationella nyhet den 1 december 1954:

Det var vid en trafikkontroll i Nyköping i förra veckan som "narkotikakungen", en 36-årig köpman avslöjades. I en portfölj i bilen anträffade polisen ett 100-talet etiketter till små medicinflaskor, som visade att mannen fått ut närmare 10 000 fenedrin- och leodrintabletter. I samband med avslöjandet har undersökningsledaren, stadsfiskal Harald Freijd, anmält ett 25-tal läkare i Stockholm hos medicinalstyrelsen. De har genom en flagrant bristande kontroll bidragit till att narkotika hamnat på svarta börsen. — — —

Narkotikakungen har aldrig besvärat sig med personliga besök hos de försumliga läkarna. Han har endast ringt upp dem och klagat över någon krämpa — i ett fall ordinerades han 200 fenedrintabletter mot — skoskav — och läkarna har genast varit beredda att ringa in ett recept till ett apotek. Köpmannen torde ha vänt sig till samme läkare åtminstone fyra gånger. Ingen har anat oråd. Det är dock inte enbart stockholmsläkare som försett narkotikakungen med Fenedrin. — — —

Narkotikan har han sålt till lösdrivarklientelet i Klara-kvarteren men han har också sålt tabletter à 1 krona stycket till studerande ungdom.

Nästa dag (2.12.54) kunde Aftontidningen lämna ytterligare en rad detaljer kring "Knarkambulansens" verksamhet och bakgrund.

Allt fler läkare i narkotikahärvan
Endast en och annan ville syna patienten

Antalet läkare som försett narkotikakungen med huvudsakligast fenedrintabletter har nu stigit till 42. Försäljaren som begärts häktad för bl. a. ocker nekar till att ha gjort sig skyldig till receptförfalskning. Han vill inte ta sådana risker "när man så lätt kunde ordna med telefonrecept genom läkare". Försäljaren har tidigare varit narkoman, men mars—april förra året genomgick han en avvänjningskur på Långbro sjukhus och anser sig nu fullt återställd. — — — Under tiden september 1953 till mars 1954 var försäljaren intagen på Långholmens psykiatriska avdelning. — — —

Från april fram till gripandet den 20 november lyckades han få ut 6 000 fenedrintabletter samt recept på 100 herointabletter, 3 240 fenemaltabletter, 200 diemaltabletter (sömngivande) samt 335 opiumtabletter och 975 gram Roséns bröstdroppar. — — — Telefonrecepten kostade honom 10—15 kronor, och fenedrintabletterna 3:70 per 100 st på apotek. (Aftontidningen 2.12.54)

MATTET RAGAT FÖR ASTRA MEN INTE FÖR LEO

Nu — i december 1954 — hade Astra fått nog av att figurera som huvudleverantör till den nya missbruksepidemin.

Direktör Karl Wegerfelt i AB Astra har tillkännagivit att bolaget beslutat nedlägga sin tillverkning av Fenedrin — som är ett av Astrabolaget inregistrerat varumärke. Man har hos medicinalstyrelsen begärt att registreringen återkallas. Anledningen påstås vara senaste tidens uppståndelse kring narkotika. Man anser att bolagets produkt Fenedrin kommit i sådant vanrykte genom att "såväl pressen som allmänheten" uppgivit att det förekommit oegentligheter och missbruk av den när det många gånger rört sig om andra preparat. — — —

Det kan nämnas att Astra inte är ensamma om att tillverka preparatet i Sverige. AB Leo i Hälsingborg gör sitt "Leodrin" och har inga planer på att lägga ner det. — Vi kan täcka behovet ensamma, säger talesmannen för bolaget. (Aftontidningen 3.12.54)

AB Leo saluförde sitt Leodrin till den 1 oktober 1957. Riktigt ensamt om att "täcka behovet" hade Leo dock inte varit; flera utländska amfetaminpreparat förskrevs i stor utsträckning under denna tid.

MEDICINALSTYRELSEN VARNAR LÄKARNA

I januari 1955 utfärdade medicinalstyrelsen ett cirkulär till landets samtliga läkare och påbjöd större försiktighet och restriktivitet beträffande narkotikaförskrivning. Recept på narkotiska preparat, inklusive amfetaminer, skulle inte få utfärdas till för läkaren okända personer såvitt inte identiteten styrkts på betryggande sätt, recepten skulle skrivas på blanketter med läkarens eller sjukhusets namn påtryckt, vid telefonrecept skulle kontrollringning från apoteket ske och rent allmänt skulle förskrivna kvantiteter begränsas till vad som kunde anses vara behövligt för vården av patienterna (olycksfalls- och operationsfall, cancer- och narkolepsipatienter etc.).

Huvudtanken med cirkuläret var att göra de beroendeframkallande preparaten mindre åtkomliga i missbrukskretsar. Det förtjänar dock påpekas att det i vårt land alltid betraktats vara i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet — den traditionella formuleringen — att exempelvis ge opiater till opiatnarkomaner under avvänjningsfasen, dvs. 5—20 dagar beroende på omständigheterna. Vi skall inte trötta läsaren med 1955 års cirkulär utan i stället ge Expressens ledarkommentar till den.

Recept

på narkotika skrivs tydligen ut på alltför lösa boliner av somliga läkare. Det har en del polisutredningar om narkotikamissbruk givit besked om. Medicinalstyrelsens nu utfärdade strängare föreskrifter om narkotikautskrivningen ger ytterligare bekräftelse på den saken. Föreskrifterna ger i själva verket en skrämmande bild av hur narkotikaförskrivningen kunnat gå till. Läkarna uppmanas exempelvis att inte skriva ut narkotika till personer, vilkas identitet inte betryggande styrkts. Det är ju känt att narkomaner kunnat gå från läkare till läkare och få nya recept. Vidare att narkotikarecept erhållits på så enkelt sätt som genom påringning till en läkare, vilken sedan ringt in receptet till ett apotek. Så lättvindigt skall det inte få gå till i fortsättningen. Läkarna uppmanas vidare inte skriva ut större kvantiteter än som behövs för patientens vård.

En granskning av narkotikarecepten, vilka ju behålles på apoteken och inte återlämnas till patienten, borde kunna ge medicinalstyrelsen klarhet om vilka läkare som syndar på nåden. En direkt

kontakt med dessa läkare skulle säkerligen bli effektivare än de allmänna föreskrifter som nu utfärdats. Därmed inte sagt att inte också föreskrifterna är behövliga. (Expressen 19.1.55)

Denna insiktsfulla ledarkommentar är intressant ur två synpunkter, dels därför att den — sannolikt utan ledarskribentens kännedom om det danska bevakningssystemet vid denna tid — rekommenderar en fortlöpande central kontroll av narkotikarecepten, dels därför att en sådan kontroll — i Danmark genomförd 1950 — ännu 1967 inte kommit till stånd i vårt land.

SITUATIONEN I STOCKHOLM 1955

Vid en diskussion på temat "Ungdomen och narkotikamissbruket", anordnad av Liberal Ungdom i Norra Real den 21 februari 1955 uppgav byråchef Lars Bolin, socialstyrelsen, att "narkotikaproblemet för Sveriges del egentligen endast existerar i Stockholm — en undersökning i Göteborg har således visat att narkotikamissbruk knappast förekommer alls där".

Missbruket förekommer huvudsakligen inom tre kategorier — studerande ungdom, bl. a. konststuderande, vissa estetgäng som håller till i olika källarlokaler samt socialvårdsklientelet, dit bostadslösa, kriminella och prostituerade hör. *Sammanlagt skulle det röra sig om några hundra missbrukare.* (Kursiverat här.) — — —

Mycket stor del av fenedrintabletterna kommer säkert ut på marknaden på legal väg, och det går ofta till så att missbrukarna samlas i stora gäng som varje dag utser en ny medlem att gå ut på en rond hos en rad läkare, vilka i god tro skriver ut recept. (Dagens Nyheter 22.2.55)

Vid samma tillfälle meddelade kommissarie G. A. Andersson vid statspolisen att spritroteln sedan den 1 januari 1955 fått två man avdelade för att huvudsakligen bevaka den illegala narkotikahanteringen.

Genom att vi förut sysslat endast sporadiskt med frågan har vi *ingen uppfattning om i hur stor utsträckning missbruk förekommer* (kursiverat här), men jag tror att vi nu arbetar i rätt riktning. Liksom beträffande den illegala sprithandeln måste vi arbeta me-

todiskt och kontinuerligt med bl. a. kartotek över distributörer och missbrukare. Får vi sedan skärpta lagar som ger oss möjlighet till effektivare ingripande, bl. a. tillåtelse att företa husundersökning utan att misstanke om något grövre brott föreligger, så tror jag vi har alla möjligheter att hålla narkotikahandeln inom rimliga gränser, säger herr Andersson. (Dagens Nyheter 22.2.55)

Den förstärkta polisbevakningen över langningen började snart bära frukt, och under 1955 beslagtogs 20 000 tabletter. Kommissarie G. A. Andersson uppgav (Stockholms-Tidningen 9.12.56) att tabletterna emanerade från medicinstölder och missbruk av recept (helt falska eller erhållna på falska premisser). "Men större delen av det beslagtagna — som f. ö. till övervägande del hittats i Stockholm — var smuggelgods, som på okända vägar kommit in i landet."

Sporadisk smuggling började således tidigt och detsamma gällde illegal tillverkning.

"Vårt troligen hittills största narkotikakap" säger statspolisen i Stockholm om ett jättekap på över 8 000 nytillverkade fenedrintabletter som gjordes på måndagskvällen i ett garage på Östermalm.

Tabletterna — tillverkade nattetid av en 25-årig chaufför, som hade extraarbete i ett av stadens större apotekslaboratorier — var avsedda för distribution till den undre världen, där gängse pris håller sig från 1 kr och uppåt per tablett. — — — Chauffören har på övertid haft extraanställning på ett apotekslaboratorium, där han stulit råvarorna och använt de specialkonstruerade maskinerna för sin tillverkning, vilken han uppger har pågått under någon månad.

Själv säger han att han inte använder narkotika utan startat fenedrinfabrikationen enbart för att genom försäljning av ett stort parti kunna hjälpa upp sina dåliga affärer. Han hade begärt 20 öre per styck för tabletterna vid försäljningen till en verkstadsägare som i sin tur räknat med att klara en penningknipa genom att föra partiet vidare. (Svenska Morgonbladet 1.6.55)

En av mina gamla veteraner, som började missbruka amfetamintabletter intensivt som 16-åring 1949, gick över till injektioner 1954 och numera är svårt invalidiserad av sitt missbruk, hävdar med bestämdhet: "Den varma sommaren 1955 var ett

stort genombrottsår för knarkning i Stockholm. Då började det intravenösa missbruket sprida sig mera allmänt och vi pumpade utomhus i Kungsträdgården och lite varstans."

LÄKARNA VARNAR VARANDRA OCH MEDICINALSTYRELSEN

I Svenska Läkartidningen (nr 40, 1955) tog dr Wilhelm Rasch, Stockholm, upp frågan om hur man skulle kunna stävja det alltmer tilltagande missbruket av och langningen med narkotiska preparat, som emanerar från släpphänta läkarförskrivningar.

I själva verket torde f. n. ingen läkare i Stockholm vara befriad från dessa uppringningar och detta trappspring av för deras verksamhet som läkare främmande element.

Rasch nämnde de interkollegiala meddelanden, som vid denna tid brukade införas i Läkartidningen under rubriken "Varning för narkoman" eller liknande.

Upplysning bland läkare är ej ett 100-procentigt verkande terapeuticum, bl. a. därför att läkaren kanske förbigått just den notis i Läkartidningen, som innehåller det nyttiga remedium, som skulle verka återhållande, när en smilande herre kommer upp och klagar över svåra smärtor här eller där och refererar till föregående läkares ordinationer, "läkare som händelsevis just nu äro på semester".

Om läkaren, när han vid närmare eftertanke finner att han blivit lurad, ringer upp sitt apotek, så händer det allt för ofta att apoteket svarar: "Ja, honom känner vi väl till, han är en av stans värsta medicinskojare." Detta svar väcker ens intresse för en annan möjlig utväg att komma ifrån det för läkarna förnedrande i att luras utskriva mediciner, avsedda att direkt skada andra medmänniskor.

Rasch frågade hur apoteken skulle kunna medverka till att begränsa trafiken och efterlyste om "inte ett effektivt övervakningssystem (skulle) kunna organiseras på grundval av den stora samlade erfarenhet, som apoteken i en storstad få av medicinskojare". Rasch tänkte sig att medicinalstyrelsen skulle upprätta ett centralt register, som sedan skulle kunna underrätta läkarna

om de kringvandrande narkomanerna och professionella medicinlangarna.

Provinsialläkare Hj. Hesterskog, Tidan, kom med ett genmäle (Sv. Läkartidningen nr 43, 1955) och rekommenderade disciplinära åtgärder mot läkare "som mer eller mindre utfärdar narkotikarecept, som ej kan stödjas på grundliga undersökningar." Apotekare Sven Erixon, Lund, påpekade (Sv. Läkartidningen nr 47, 1955):

Apoteken torde ganska undantagslöst taga kontakt med receptutfärdaren, när det vid narkotikaexpeditionen framstår som uppenbart eller sannolikt, att fråga är om köp i illegalt syfte.

Erixon nämnde att granskningen för apotekens vidkommande givetvis måste gälla receptens äkthet. "Om det finns fog för ordinationen är icke apotekarens sak att bedöma, det måste presumeras." Erixon anförde vidare:

En misstanke om missbruk kan därför sällan knytas till en enstaka expedition, utan först till onormala upprepningar eller förekomst av ordinationer på samma preparat från olika receptutfärdare.

Den illegala trafiken är framför allt ett problem i Stockholm och, fastän i mindre mån, för några andra av de största städerna. Det är alltså orter, där det finns flera apotek. Detta utnyttjas vid inköpen, som i allmänhet fördelas på ett flertal apotek. Dessutom uppträder vederbörande ofta under olika namn, skickar bud till apoteket osv. — — —

Så till vida bör man nog ge dr Hesterskog rätt, som en tillfredsställande tingens ordning på området måste grundas i en restriktiv hållning hos läkarna. — — — Min avsikt är inte att tala emot medverkan från apotekens sida, när det gäller att hålla efter narkotikahajarna — tvärtom. Men jag tror, att denna medverkan tills vidare bör ske ungefär som hittills. Ett anmälningsförfarande i stil med det av dr Rasch angivna torde varken gagna läkarna, apoteken eller samarbetet dem emellan.

Hesterskog återkom (Sv. Läkartidningen nr 47, 1955):

Inför narkotikaproblemet bör varje läkare känna sitt ansvar och detta i sin dagliga gärning. Att en patient skall kunna påverka en läkare att utan grundliga undersökningar utfärda recept på nar-

kotika, anser jag förnedrande för läkaren och kåren. — — —

Att narkomani liksom alkoholism är ett socialmedicinskt problem är väl hela svenska läkarkåren införstådd med, hoppas jag, och att narkomanen liksom alkoholisten är en sjuk människa. Frågan är nu hur vi svenska läkare skall komma dessa sjuka till hjälp. Kollegan Rasch har föreslagit ett enligt min mening mycket tungrott och på pappersexercis bottnande system att fallen i fråga skulle rapporteras till medicinalstyrelsen eller ev. tjänsteläkaren och sedan skulle medicinalstyrelsen eller ev. tjänsteläkaren genom listor till kollegerna varna för dessa sjuka . . . jag delar inte kollegans uppslag om ett ev. övervakningssystem, och detta med anledning av, att det ej kommer att fungera i praktiken, varför det endast kommer att belasta de i statlig tjänst anställda läkarna med onödiga arbetsuppgifter.

I sin slutreplik betonade Rasch (Sv. Läkartidningen nr 47, 1955):

Både hrr Erixon och Hesterskog utgå från den ståndpunkten att det är så väsentligt att läkarna ej bli besvärade av de recepthungriga klienterna och min första artikel kanske är orsaken till denna som jag skulle vilja rubricera som felsyn på frågan. Det väsentliga är ju först och sist, som jag framhållit i mitt andra inlägg, att narkomanen stoppas upp och att illegal försäljningstrafik inställes. Detta kan ej ske enbart genom att enskilda mindre restriktiva läkare diskrimineras.

Hur nu detta skall ske, när mitt recept tydligen refuserats av apotekarna, blir en fråga, som endast överläggningar mellan de båda intresserade parterna kan lösa och jag hoppas innerligt att sådana med det snaraste kommer till stånd och jag skall själv föreslå Stockholms läkarförenings styrelse att ta initiativet härtill.

Det vid denna tidpunkt fem år gamla danska bevakningssystemet var således fortfarande okänt i Sverige, inte bara för läkarna utan synbarligen även för medicinalstyrelsen, som inte gjorde några ansatser att gripa sig an problemet på ett rationellt sätt.

VARNING FÖR NARKOMAN

Till den verkan det hava kunde fortsatte liksom tidigare den primitiva och osystematiska interkollegiala rapporteringsverk-

samheten genom små notiser i Läkartidningen, i några enstaka fall med utlämnande av patientens fullständiga identitet, ungefär tio gånger oftare med omnämnande av de falska identiteter vederbörande brukade uppträda under. Detta var givetvis ett olämpligt och otillfredsställande "system", men innebörden av det har gravt förvanskats i de senaste årens populärdebatt. Vi skall återge några av dessa notiser ur Läkartidningen för att läsaren själv skall få möjlighet att bedöma läkarnas svårigheter att stävja narkotikautflödet så länge någon central bevakning av narkotikaförskrivningarna inte organiserats från medicinalstyrelsens sida. — För enkelhets skull anges endast den sida och årgång ur Läkartidningen som notisen hämtats från.

Den ensamme barbituratmissbrukaren:

Från Malmberget meddelar en kollega: En person som uppger namnet . . ., ringer eller kommer och vill ha pentymal, har trevlig röst och trevligt uppträdande. I 25—30 årsåldern. Samma historia 1953, då han avslöjades, liksom nu. Tyvärr låter han väl ej ta hand om sig. (3137, 1955).

Den trägne brevskrivaren och grossisten:

Från Boden skriver en kollega:

Undertecknad har i dag fått brev med text enligt medföljande avskrift. Brevet var textat. Någon patient med uppgivna namn (dels Gunnar Persson, dels Nils G. Persson) för vilken jag ordinerat tucodil har jag inte haft — för övrigt förekommer det icke att jag ordinerar detta medel i så stora satser som 100 st de ytterst sällsynta gånger jag ordinerar det. Då här säkerligen är fråga om antingen narkotikamissbruk eller narkotikahandel har jag dels, till den verkan det hava kan, ingivit polisanmälan, dels med detta velat ge Läkartidningen tillfälle att införa en varning emot trafiken.

Avskrift Malmö den 6 dec. —55.

Doktorn får ursäkta jag stör med ett brev, men det är så att jag erhållit arbete i Australien för ASEA. Är här i Malmö för att ordna en del formaliteter i samband med resan. Har varit hos Dr för min besvärliga hosta (har haft tbc.) och härför fått medecin som är mycket bra tabl. Tucodil à 0,01 N:o C. Undrar nu, om det går för sig få utskrivit ett nytt rec. på samma medecin, och om det

kan gå för sig att få två flaskor (200 st. tabl.) att ha med i reserv. Det är ju inte säkert jag behöver alla, men det skulle kännas tryggt att ha med, i alla fall. Om det går för sig, kan Dr sända rec. mot postförskott på Dr. arvode.

Wänligen
Gunnar Persson

Wänd!

Eftersom det är sista gång jag anlitar Dr. ber jag få tacka för den hjälp jag fått. Tack! Hade så mycket att göra innan jag for hemifrån, så jag glömde gå till Dr.

D.S.

Hemadressen var Kungsgat. 8.
Är född den 3 jan. 1916.

Adress nu blir:
Nils G. Persson
P. R. Malmö 1. (3193, 1955)

Som kunde väntas var det i nr 51 publicerade narkomanbrevet intet unikum. En stadsläkare i Mellansverige meddelar följande om en variation av brevet:

Jag har fått ett nästan likalydande brev från Nils G. Persson, PR Malmö 1.

Han begärde emellertid både tucodil och psykoton och han skulle nu till Tyskland för några "brokonstruktioner".

"Är född den 27 jan. —11 och bodde på samma gata som Dr." "Har gått upp 4 kg sen jag var hos Dr i febr. så det bättrar sig."

Fanns naturligtvis ej i mina journaler ej heller kunde jag få tag i hans ev. adress genom pastorsämbetet.

Jag svarade att jag "enl. gällande regler" dvs. de som jag tilllämpar, ej kunde skriva ut denna medicin utan undersökning, och hänvisade till läkare i Malmö.

Har skrivit till förste stadsläkaren i Malmö om saken.

Det kommer flera vittnesbörd. De båda brevens nästan lika ordalydelse talar för massfabrikation. Alltid blir det väl en del napp.

Bra med notisen i Läkartidn. (49, 1956)

Februariutsändningen av de bekanta narkomanbreven har nu startat. Ett av en Uppsalaläkare till red. insänt exemplar har den vanliga pikturen och ungefär vanliga formuleringen, men är nu avsänt från Kristianstad (hemadress uppges vara Byggmästargatan 3 C). Avsändaren säger sig nu vara ing. Helmer Larsson, med adress: Poste restante, Halmstad. (427, 1956)

Narkomanbrevskrivaren uppträder nu under namn och adress: Ing. Ivar Lundin, P. R., Värnamo. (Brevet insänt till red. från läkare i Ystad.) (555, 1956)

En kollega i Höganäs har till redaktionen insänt ett emottaget narkomanbrev, som företer den för redaktionen så välkända pikturen och formuleringen. Namn och adress uppges nu vara: Ing. Åke Reingart, Poste Restante, Tranås. Brevet är daterat Jönköping 5 mars.

En annan kollega, i Halmstad, meddelar att han erhållit brev, också från Jönköping, med begäran om recept ställt till: Helle Carlsson, P. R. Tranås. (698, 1956)

Varianten med blommor och teaterbiljetter:

Ånyo varnas för en person som uppger namnet . . . med adress . . . Han går runt till åtskilliga läkare i Stockholm, erbjuder sig t. ex. skaffa teaterbiljetter samt begär recept på Tucodil. (877, 1958)

Norrköpingsläkarna har sista veckan hemsökts av en herre, som infört en ny metod i anskaffandet av narkotika. Vederbörande uppträder mycket belevat, börjar med att hälsa från någon bekant kollega, tackar därefter för hjälpen med medicinen till hustrun, som "doktorn var så vänlig att ringa in häromdagen, och som doktorn inte tog något betalt för". Han vill nu naturligtvis ersätta doktorn för besväret. Kollegerna, som inget erinrar sig om någon inringd medicin, avböjer arvode, varvid "patienten" istället ber att få skicka upp en bok, teaterbiljetter eller blommor. Innan han avlägsnar sig, ber han liksom i förbigående att få besvära doktorn med ett recept på 10 Tucodiltabletter. Denna relativt ringa begäran av den charmerande mannen har inte så sällan tillmötesgåtts av de hemsökta kollegerna, varför vederbörande troligen lyckats anskaffa ett icke obetydligt lager.

Mannen ifråga har uppträtt under olika namn, huvudsakligen har han använt namnet . . . Han uppger sig fara omkring och reklamera för en ny rockhängare, och han har på kavajslaget ett litet märke, på vilket står Rocky. Troligen kommer han att fara landet kring och hemsöka läkarna.

Det hör givetvis till saken, att kollegerna aldrig ser en skymt av vare sig böcker, blommor eller biljetter.

Från Stockholm

varna två kolleger för en narkoman, som använder namnet... (annat namn). Hans uppträdande och metoder följer så noga ovan skildrade mönster att det synbarligen är en och samma person. (942, 1958)

"Flyget går om en halvtimme":

Kollegerna varnas för en person, som uppger sig heta Les Valtino och vara sergeant i amerikanska armén, stationerad i Norge. Han begär recept å Preludin i stora doser (t. ex. 250 tabl.). Han ringer sedan efter apotekens stängningstid och säger sig ha kommit för sent samt ber doktorn ringa in ett recept. Vid kontroll visar sig dock att han redan före stängningsdags tagit ut å erhållet recept. Bland namnvariationer å samma tema kan nämnas Tom Moore samt stationeringsort Paris, resp. Berlin. "Flyget går om en halvtimme." (1024, 1959)

Den i nr 14, s. 1024 omnämnde utlänningen är fortfarande livligt verksam i Stockholm. Han uppger sig nu vara affärsman, som just skall avresa: "Flyget går om en halvtimme". Använda namn äro Moore, Scott, Valentino, Wilners, Davy, och preparaten Preludin, Neburil, Palfium. Vid detta nummers pressläggning meddelas att den ifrågavarande personen senaste dygnet haft kontakt med flera nattapotek. (1251, 1959)

Otacksamt:

En stockholmsläkare vill genom Läkartidningen varna kollegerna för en person som uppger sig vara skogskand. ... med adress Floragatan 2, Stockholm; vid efterfrågan meddelas emellertid att ingen med det namnet bor där. Han sökte för eksem och erhöll recept härför. Klagade dessutom över buksmärtor och begärde narkoticum härför, men vägrade utredning. Då sådant recept ej erhölls gick han utan att betala. (725, 1958)

Det är med andra ord inte lätt för läkarna att komma till rätta med dessa kringvandrande narkomaner och ändå besvärligare är det med de drivna, professionella narkotikaskojarna. Narkomanerna är som regel inte intresserade av att komma ifrån sitt missbruk utan endast att underhålla det. Villfars inte deras önskemål vänder de sig omedelbart till nästa läkare. Dr Sven-Erik Åhström,

som med medicinalstyrelsens goda minne och under överinseende av narkomanvårdskommitténs vårdgrupp under ett par år (1965—67) ägnat sig åt att förse narkomaner med i huvudsak de narkotikasorter och kvantiteter de själva begärt, kunde dock i en av sina rapporter (1966) stolt konstatera att "ingen patient frivilligt avbrutit behandlingen". Till dessa framgångsrika behandlingsresultat skall vi senare återkomma.

EPIDEMIN NÄR GÖTEBORG

I början av 1955 kunde, som vi sett, den välinformerade Lars Bolin med bestämdhet hävda att narkotikamissbruk i ungdomsgäng praktiskt taget var exklusivt för Stockholms del. I Göteborg hade man trots aktiva efterforskningar inte kunnat spåra några missbrukare.

Sommaren 1956 hade det nya missbruksmönstret dock nått Göteborg. Av ett stort reportage i Ny Tid (16.8.56), byggt på intervju med stadens nattpatrull "som heter kurator Roland Björkberg", framgår att en av de första missbrukshärdarna uppträdde i ett etersniffargäng, som våren 1956 "tillbringade hela sin lediga tid i en lägenhet vid Landala Långgata". På sommaren började några medlemmar i gänget att pröva "fenedrin"; observera att Fenedrin vid denna tidpunkt var indraget men att andra amfetaminpreparat ofta populärt kallades för "fenedrin" eller "fenis".

Gänget har i huvudsak bestått av skolungdom, flickorna var 14—17 år gamla och pojkarna 17—19 år. Några ynglingar i åldern 22—25 år har också deltagit i snifforgierna. Gänget har haft en kärna på 10—12 medlemmar. Ett stort antal ungdomar har passerat genom lägenheten i Landala, som disponerades av en av medlemmarna, men de flesta har tröttnat efter tre eller fyra veckor. Flickorna imponerades i början av kavaljerernas lastbarhet men tröttnade rätt fort. På grund av den relativt stora omsättningen på medlemmar bestod gänget på slutet av endast s. k. trasslig ungdom

Medicinerna hade ungdomarna fått ut på förfalskade recept. Några i gänget hade haft feriearbete på sjukhus och kommit över tomma receptblock. "I de flesta fall har gänget använt sig av uppdiktade läkarnamn."

För ett apoteksbiträde som arbetar under brådska är det i allmänhet nog att receptet är utskrivet med s. k. läkarstil och häri har läroverksungdomarna varit skickliga.

Uppenbarligen måste det dock ha funnits flera missbrukargrupper i Göteborg redan sommaren 1956, för reportern nämner: "På svarta börsens 4 viktigaste saluplatser i Göteborg kostar en 'fenis' ca en krona, på apoteket ungefär 10 öre."

Man tror inte att någon försäljning av fenedrintabletterna skett. — — — Allt har gått åt på deras egen "fenisbar" i Landala. Att tugga på fenedrin och lukta på eterkorkarna har betraktats som en sällskapslek i vilken också ingått högläsning av poesi och diskussioner om måleri. En av "gängarna" har gått på målarskola och är reklamtecknare. Trottoarserveringen på Konditori Paley på Kungsportsavenyn har en kosmopolitisk miljö och luktar Paris. Här har gänget haft sin intellektuella hjärtpunkt. Ingen av ungdomarna tycks ha varit någon utpräglad narkoman. Men några av ungdomarna har samlat mediciner som om det var frimärken. Allt som man kommit över har man lagt beslag på och prövat effekten av. "Fenisbarens" apoteksförråd hade såväl tabletter som flytande medel för injektioner . . . (Ny Tid 16.8.56)

LUGNANDE RAPPORTER

Året är nu 1956 och medicinalstyrelsen tillhandahåller en lugnande rapport, baserad på en undersökning av "I Sverige under 1954 på sjukhus behandlade fall av narkomani" utförd av Krook och Lindgren. Den publicerades i Läkartidningen (nr 6, 1956), men vi skall återge narkomanvårdskommitténs referat av undersökningen (SOU 1967: 25, s. 43), som givits en felaktig referens till Nordisk Medicin.

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.

Av referatet framgår inte den mycket viktiga omständigheten att uppgifterna är insamlade som svar på en cirkulärskrivelse (sommaren 1955). Ett antal betydande felkällor behäftar en undersökning av den här typen:

1) En cirkulärförfrågan av denna typ ger alltid för låga frekvenser, och detta gäller även om cirkuläret utgår från medicinalstyrelsen. Därtill kommer att felkällorna ökar betydligt a) om förfrågningarna drabbar en sjukvårdssektor — mentalsjukvården — som inte ens har möjlighet att klara sina ordinarie arbetsuppgifter än mindre betungande extra diagnosinventeringar; b) om förfrågningarna indrives sommartid då de ordinarie befattningshavarnas semestrar och vikariernas osäkerhet komplicerar förhållandena.

2) Som visats av Bergsman och Järpe (1965) vårdas ett mycket betydande antal narkomaner och medicinmissbrukare under andra diagnoser än narkomani etc. Dessa författare upptäckte vid en undersökning av journalmaterialet från Karolinska sjukhuset, som har en välskött psykiatrisk universitetsklinik, att *mindre än hälften av missbruksfallen återfanns under narkomani och missbruk i diagnosregistret.* Vid vanliga sjukvårdsinrättningar måste rimligtvis diagnosstatistiken bli ännu osäkrare.

3) En mycket stor del av narkomaner och medicinmissbrukare av vår aktuella, epidemiska typ söker över huvud taget inte

sjukhusvård. Detta återspeglas också av att medelåldern i patientmaterialet 1954 — då vi enligt tillförlitliga källor redan hade ett par hundra unga, avancerade medicinmissbrukare i Stockholm — förefaller ligga vid omkring 40 år.

Krook och Lindgren är också själva medvetna om att betydande osäkerhet vidlåter undersökningen: "Siffran 147 anger således icke totala antalet narkomaner i Sverige. Detta kan antagas vara betydligt större, eftersom narkomani såsom sjukdom i sig ofta kan fortskrida flera år, innan vederbörande patient måste omhändertagas på sjukhus."

Trots att senare erfarenheter — främst redovisade av Bergsman och Järpe (1965) och av Bejerot (1965) — ytterligare understryker dessa tidiga undersökningars otillförlitlighet, refererar narkomanvårdskommittén inte ens författarnas egen reservation. Personligen har jag ett intryck av att man i den officiella historieskrivningen 1967 vill förringa epidemins utbredning vid mitten av 1950-talet för att ursäkta att effektiva motåtgärder inte sattes in på ett tidigt stadium. Om man kan visa att epidemin startade på allvar långt senare blir ansvaret för uteblivna, effektiva motåtgärder lättare att bära.

TAKMAN HITTAR TRE NARKOMANER 1955—57

Ingen enskild läkare torde under femtio- och hittills under sextiotalet ha utövat ett större inflytande på narkomanifrågan i Sverige än John Takman, sedan 1949 socialläkare vid Stockholms stads barnavårdsnämnd. I denna egenskap av socialläkare för speciellt trasslig problemungdom har Takman haft en nyckelposition både beträffande forskningsmaterial och opinionsbildning. Han har publicerat sig flitigt i dessa frågor och åberopats och citerats mer än någon annan under perioden 1955—65. Då narkomanidebatten i massmedia under dessa år och fram till utgivningen av detta arbete huvudsakligen kommit att bygga — direkt eller indirekt — på Takmans undersökningar och talrika uppsatser är det av väsentligt intresse att referera och granska de viktigaste av hans arbeten.

Den oro som "mitt första fall" (s. 136) väckte inom barna-

vårdsnämnden men i ännu högre grad Bengt Melins uppoffrande detektivarbete i nattpatrullen och de många narkotikareportagen i pressen hösten 1954 ledde till att Stockholms stads barnavårdsnämnd den 23 november 1954 beslöt företa en undersökning av frågan, och uppdraget gick till Takman.

I januari 1958 presenterade Takman i Sociala meddelanden (nr 1, 1958) resultaten av en treårsundersökning 1955—57. Vi skall återge det centrala avsnittet i Takmans konklusioner innan vi tar itu med en närmare granskning av undersökningen.

I sin verksamhet som socialläkare (ungdomspsykiater) vid Stockholms stads barnavårdsnämnd har författaren under åren 1955, 1956 och 1957 ställt samman material om eventuellt förekommande narkotikamissbruk bland ungdomen i Stockholm. Samtliga fall i åldern 14—21 år, som genom polisen eller direkt anmälan aktualiserats vid nämndens ungdomsbyrå och som misstänkts vara missbrukare av narkotiska ämnen, har remitterats till och undersökts av författaren under dessa tre år. En enkät företogs, omfattande samtliga relevanta sjukvårdsanstalter och polikliniker samt skolläkarna i Stockholms stad angående uppmärksammade fall av narkomani i berörda åldrar under första kvartalet 1955. Enligt enkätsvaren hade inget sådant fall förekommit.

Författaren, vars reguljära klientel huvudsakligen utgörs av ungdomar i åldern 14—21 år, som anmälts till och utreds av nämndens ungdomsbyrå, har i regel även berört frågan om eventuellt narkotikamissbruk vid undersökningssamtalen med fall, där inga misstankar om sådant missbruk förelegat. Uppskattningsvis har 1 000 ungdomar undersökts av författaren under dessa tre år, däri inbegripna de fåtaliga fall som remitterats såsom misstänkta narkotikamissbrukare. *Resultatet av hela undersökningen är att narkomani (drug addiction) säkert konstaterats i tre fall, att narkomani betecknats som sannolik i ytterligare två fall och att mindre än ett dussin ungdomar, de flesta endast för kort tid, klassificerats som fall av läkemedelsberoende (drug habituation).* (Kursiverat här.)

Vid en värdering av undersökningsresultatet måste hänsyn tas till vissa felkällor. Enstaka ungdomsfall av narkomani kan ha behandlats av läkare utan att ungdomsbyrån eller författaren fått kännedom om dem. Fall av narkotikamissbruk kan ha förekommit i s. k. bättre kretsar, där ungdomar under längre tid kan missköta studier och arbete men genom sin socialt skyddade ställning undgår

att bli anmälda till barnavårdsnämnden. *Uppgifter om narkotikamissbruk i ungdomliga bohemkretsar har av och till varit i omlopp men inte kunnat verifieras.* (Kursiverat här.) En felkälla utgör det förhållandet, att missbruk av narkotiska ämnen kan pågå lång tid, inte sällan under åratal, utan att ge sådana medicinska eller sociala symtom, att missbruket uppmärksammas.

Det allvarligaste felet med Takmans utredning — eller rättare sagt med de slutsatser han drog av den — var att han trodde sig få någorlunda tillförlitliga informationer om medicinmissbruk i ungdomsklientelet genom cirkulärskrivelser till institutioner och assistentpersonal. Över huvud taget är enkätförfrågningar av den här typen behäftade med många och nästan obestämbara felkällor (även när det gäller mindre intrikata frågor än narkomani) och de fyller i bästa fall funktionen av en grov screening på vilken man sedan kan bygga olika, riktade intensivstudier. Av positiva enkätsvar kan man visserligen dra vissa slutsatser om minimifrekvenser, *men av uteblivna svar kan man strängt taget inte dra några slutsatser alls utom att undersökningsmetodiken sannolikt varit felaktig.*

Vi skall höra vad Bengt Melin, som genom arbetet i nattpatrullen var bättre orienterad än någon annan i narkotikamissbruket bland ungdom i Stockholm vid mitten av femtiotalet, har att säga om undersökningsmetodiken.

Utredningen verkställdes av socialläkaren dr *John Takman* som inte fann något alarmerande beträffande ungdomarnas narkotikabruk (!) och assistenterna vid ungdomsbyrån fick medelst ett frågeformulär bekräfta dr Takmans uppgifter. Vid direkt förfrågan förnekade tillfrågade ungdomar att de använde narkotika.

Frågeformuläret var konstruerat så att den unge — som av någon anledning var föremål för barnavårdsnämndens åtgärder — fick besvara två frågor: om han eller hon använde tabletter i någon form och i så fall vilken sort! — Vad hade man väntat sig för svar? Vilken naivitet! (Aftonbladet 30.11.65).

En lika allvarlig brist vidlåder det källmaterial som Takman trodde sig bevaka vid polishuset:

Då ungdomsbyrån under dessa år haft personal placerad i polishuset med uppgift att utreda och hjälpa ungdomar, som blivit aktuella där, kan knappast något känt fall av narkomani eller missbruk ha förbisetts. (Sociala meddelanden nr 1, 1958)

Den personal som barnavårdsnämnden hade — och fortfarande har — placerad i polishuset är huvudsakligen sysselsatt med rent administrativa arbetsuppgifter och har inte någon som helst möjlighet att penetrera missbruksfrågor för de ofta dussintals ungdomar, som förs in till polisen varje dygn för olika brott och som i ett stort antal fall släpps igen redan efter några timmar, ofta nattetid. Över huvud taget kommer barnavårdsnämndens personal i polishuset inte ens i personlig kontakt med mer än en bråkdel av de omhändertagna ungdomarna. Och även om nämndrepresentanterna skulle ta personlig kontakt med dem skulle frågor från en barnavårdstjänsteman angående narkotikamissbruk i den aktuella situationen — då den gripne kanske för sin framtida frihet fruktar barnavårdsnämnden mer än polis och domstol — knappast kunna ge några tillförlitliga resultat. Om man i ett sådant läge skall kunna få fram någorlunda säkra uppgifter måste man antingen ha någon form av objektiv undersökningsmetodik (stickmärksesundersökning, urinanalys) eller också företa av särskilt utbildad intervjupersonal med standardiserade instrument genomförda intervjuer enligt gängse sociologisk undersökningsmetodik.

Av denna illa genomförda undersökning och de ytterligt få fall Takman hittade drog han den ödesdigra slutsatsen att det praktiskt taget inte existerade något narkomaniproblem bland stockholmsungdom före 1958; vad som för övrigt hände det året skall vi senare återkomma till. Författaren refererar i sina senare publikationer ideligen och envetet till 1958 och dessa tre fall som epidemins begynnelse i ungdomskretsar. Denna historieskrivning betonas så ihärdigt att enbart den ständiga upprepningen av de felaktiga slutsatserna väcker tanken att undersökaren kämpar med svårigheter att övertyga sig själv om att hans undersökning inte var felaktig och missvisande.

Tyvärr underskattade Takman också amfetaminismen som sjukdom, och detta färgade hans debattinlägg under många år:

"Man bör uppmärksamma, att amfetaminpreparaten, som ger en relativt lättbehandlad form av narkomani, varit huvudmedlet i de tre fallen." (s. 29 i samma rapport.) Denna uppfattning om amfetaminismens relativt godartade karaktär har Takman vidhållit så sent som 1966. Av Takmans tre som narkomaner klassade fall skall också två ha upphört med sitt missbruk efter någon tid. Strängt taget hade Takman således endast hittat ett fall av allvarlig narkomani i den population, som han hade avgränsat på följande sätt:

Alla stockholmsungdomar under 21 år, som begått brott eller genom någon form av beteenderubbning, misskötsamhet eller bristande förmåga att inordna sig i arbetslivet blivit anmälda till barnavårdsnämnden, torde alltså ha varit uppmärksammade i fråga om narkomani och läkemedelsberoende under åren 1955, 1956 och 1957. (s. 28)

Takmans undersökning väckte stor uppmärksamhet i pressen och alla kunde andas ut.

I Sverige är narkotikaproblemet inte någon fråga av större omfattning jämfört med vad fallet är i många andra länder. Inte minst har man hos oss gjort för mycket väsen av den s.k. ungdomsnarkomanin i förhållande till dess relativt ringa betydelse, som socialläkare J. Takman på senaste läkarstämman kunde visa upp. (Svenska Dagbladet 15.1.1958)

Ungdomens narkotikamissbruk överdrift hävdar läkare

Narkotikanäste i Gamla Stan, stort narkotikamissbruk bland ungdomar, narkotika i skolorna — och mycket mera i den stilen har man kunnat plocka ur kvällstidningsrubrikerna. Nu har det fastslagits att allt detta är betydande överdrifter. Socialläkare John Takman redovisar i Sociala meddelanden en undersökning, som är en förkrossande dementi på detta." (Svenska Morgonbladet 5.2.1958)

Vad Takman borde ha gjort var förstås att lämna skrivbordet och gå ut på fältet, själv eller genom medarbetare intervjua konse-

kutiva serier av ungdomar hos polisen och följa med nattpatrullen på dess vandringar i rivningskåkar och källarklubbar. "Dit får man söka sig om man vill få inblick i den (gifthanteringen). Dit gick jag", skrev Lars Görling i en kritisk kommentar till Takmans undersökning. Vi skall låta Lars Görling berätta om ungdomsknarkandet i Stockholm, de miljöer han sedan så träffande skulle skildra i sin bok och film "491".

I första hand ville jag få en uppfattning om det ungefärliga antalet missbrukare, narkomaner, som var under tjugoett år. På den punkten är jag fortfarande lika klok — vet just inte mer än dr Takman (som stod för uppgifterna i Sociala meddelanden 1, 1958 där det hette att unga narkomaner "finns inte"). Det är svårt, för att inte säga omöjligt, att kunna avgöra den saken under de omständigheter under vilka jag såg olika interiörer. Jag kunde bara lyssna, se och fråga litet. Försynt. Försiktigt. Däremot fick jag en ganska god uppfattning om hur många som höll till på de olika ställena. Kanske ett hundratal. Siffran tagen i underkant. Några av dem hade hållit på i åratal, några i ett par veckor eller månader. Några var likgiltiga, några rädda. Några hade börjat pumpa Psykoton eller t. o. m. morfin, medan andra försiktigt petade i sig ett par tre Isobesin per kväll — om pengarna räckte. — — —

För att den vita, skimrande tabletten ska få det rätta värdet, för att allt ska gå till väga på det riktiga sättet, krävs en tillräckligt depraverad miljö. — — — Man måste vara med i en krets där alla känner varandra så att alla utanför kan ges beteckningen "okunniga idioter som inte begriper Det Djupaste". — — — små "exotiska" klubbar inhysta i trånga källare — — — Klientelet kan inte göra någon människa glad. Deras största fel är deras ungdom. De erfar vanlig livsleda och överför den så småningom och nekar blankt tro på något annat. De pratar med varandra och stärks i sin tro: livet är meningslöst. Hit med knark! Det svider någonstans därinne. Halvprostitution, slapphet. Det går inte att behålla sin mänsklighet länge i sådan miljö. De alltför munviga bryter ned den nykomnes motståndskraft. (Örnsköldsviks Allehanda 24.6.60)

I en polemik mot Görling vidhöll Takman att han "då och alltjämt kan påstå att det *under åren 1955—57* inte förekom narkotikakonsumtion i nämnvärd omfattning *bland ungdom* i Stockholm". (Sv. Läkartidningen nr 34, 1960)

Epidemins andra fas (1958—65)

NARKOTIKAAKLAGARE TRÄDER TILL

1958 är ett magiskt och ständigt återkommande årtal i den svenska narkomanidebatten. Före 1958 fanns det enligt Takman och narkomanvårdskommitténs officiella historieskrivning praktiskt taget ingen ungdomsnarkomani i Sverige, 1958 började Stockholm plötsligt vimla av narkomaner och narkotikalangare.

Vad hade hänt? Det som i en handvändning förändrade bilden var att man hade inrättat en speciell åklagartjänst för narkotikamål — tidigare hade ingen samordning förekommit av denna aktivitet — och Sten Warholm började med krafttag spränga narkotikacentraler och rensa upp i langartrafiken, som nu började få grövre former än tidigare och delvis försörjdes genom serier av apoteksinbrott.

Polisrazzia

Narkotikaligan sprängdes den 15 juli, då kriminalens spanare trängde in i en lägenhet på Västerlånggatan och fann en halvklädd omtöcknad flicka i en säng. Hon hade stickmärken på kroppen och fördes till sjukhus. Samtidigt greps fem män, bl.a. två jazzmusiker.

Ganska snart stod det klart att man sprängt en narkotikaklinik, dit man kunde gå och få en spruta för en femma. Under förhören erkände sedan "klinikens chef" — den 27-årige grovarbetaren — att han tillsammans med den 18-åriga flickan och den 24-årige representanten gjort inbrott i tre apotek, Hammarby (i Upplands Väsby), Storken i Stockholm och S:t Eriks sjukhus. Vid inbrotten hade de kommit över narkotika till ett värde av 27 000 kr (på svarta börsen). Apotekspriset ligger omkring 2 000 kr.

Bytet såldes sedan undan för undan i Kungsträdgården. Fenedrintabletter kursades för 1 kr stycket, men man hade inte hunnit

göra några större pengar förrän polisen slog till. — — —

Det svåraste problemet är den 18-åriga flickan, sade åklagaren Sten Warholm vid rättegången. Hon hade tidigare fört ett exemplariskt liv, men efter fosterfaderns död förra året flyttade hon hemifrån. Hon tjänstgjorde då bl.a. på ett sinnessjukhus, där hon skaffade sig ingående kännedom om narkotika. På sjukhuset fick hon kontakt med två kriminalpatienter, som hon i olika omgångar följde med på stöldturnéer, och deltog i 40 grova brott. En av männen var ligachefen. Han lärde henne använda morfin och hennes dagsbehov var i våras tre milliliter morfin. (Aftonbladet 18.8.58)

En av veteranerna från den här tiden berättar att det i denna s. k. "tjuvkvart" (hälericentral) på Västerlånggatan ibland kunde finnas 20—25 vinddrivna narkomaner samlade samtidigt. Efter ett apoteksinbrott brukade hela köksbordet stå fulldukat med narkotika av all tänkbar sortering, och rena snabbköpsförsäljningen organiserades: 3—5 kronor för en injektion på platsen och 20—25 kronor för små injektionsflaskor med lösning för hemmabruk.

Även med haschrökarna tog polisen itu på allvar 1958:

Stort narkotiksvep bland jazzmusiker

Stockholmskriminalen har slagit till mot ett 20-tal personer vid en narkotikaupprensning i en krets av jazzmusiker. I samtliga fall rör det sig om marihuana- och haschrökning. Många av de inblandade är kända jazzstjärnor. En av de mest kända av dessa har svarat för införseln av marihuana via en färgad afrikan i Paris.

De inblandade och nu åtalade har överlag förklarat att de lärt sig röka gifterna på en jazzklubb i Gamla stan och i en del fall på danssalonger. — — — Försäljningen har i huvudsak skett på jazzklubbarna. (Stockholms-Tidningen 7.12.58)

PRELUDIN BLIR MODEPREPARATET

Den 25 oktober 1955 hade Preludin inregistrerats som aptitnedsättande medel i Sverige, men det dröjde till 1957 innan dess centralstimulerande verkan uppmärksammades mera allmänt i

missbrukarkretsar. När det blev allt svårare att komma över de narkotikaklassade amfetaminerna blev Preludin snabbt begärligt. Vid ett staff-meeting vid Södersjukhusets psykiatriska klinik i februari 1958 slog Bengt Berggren ett första larm om det nya missbruksmedlet. I oktober rapporterade Berggren i Opuscula Medica (publicerat i mars 1959):

Det torde också för närvarande finnas ett betydande antal narkomaner, som begagnar icke-narkotika. Här i Stockholm har vi t.ex. för närvarande ett omfattande missbruk av det populära bantningsmedlet Preludin. Flera av dessa narkomaner har på sista tiden införts till Södersjukhuset gravt intoxikerade eller med betydande psykiska rubbningar, och den illegala handeln med preparatet är för närvarande ett betydande problem för polisens narkotikaavdelning.

Några månader senare beskrev Ruth W. Ettlinger (1959) denna nya preludinnarkomani i en utförlig rapport. Ettlinger tryckte starkt på den stora och gravt vilseledande reklamdrive, som Boehringer Sohn populariserade Preludinet med på den svenska marknaden.

Preparatet utdelades i två 20-förpackningar till alla läkare. Den stora reklamtrumman slog speciellt för synpunkterna, att man här hade ett preparat, som var helt ofarligt, sedan man på sina håll blivit betänksam mot preparat av typen Afatin, Etibol, Isobesin, Rauvadex m.fl. på grund av deras vanebildande effekt. (Opuscula Medica nr 5, 1959)

Ettlinger påpekade att "Preludin bedömes av en rad kliniker som ett utmärkt medel mot ökad matlust", varefter hon betonade de särskilda risker som de ofta psykiskt sköra bantningspatienterna på detta sätt utsattes för. "I själva verket har Preludin-narkomanin dragit fram som en stormflod över Sverige", konstaterade Ettlinger, som från Boehringer Sohn fick motta ett syrligt brev som tack för rapporten.

TAKMAN OCH PRELUDINEPIDEMIN

Det bästa sättet att följa Takmans historieskrivning om narkotika-

epidemin i allmänhet och preludinmissbruket i synnerhet är att i kronologisk ordning citera hans uttalanden vid olika tidpunkter. I tulltjänstemannaförbundets tidskrift Lanternan (nr 1—2, 1959) rapporterade Takman:

Från våren 1958 har man i pressen berättat om en tendens till ökning av narkotikamissbruk bland ungdom i Stockholm. Av vissa uppgifter har man fått ett intryck att narkomani bland tonåringar blivit mycket vanlig. Detta är sensationsmakeri utan underlag i verkligheten. De kända fallen är nu som förut mycket få. — — — Smuggling av narkotika har av allt att döma förekommit i relativt liten omfattning i vårt land.

Ur en uppsats med titeln "Ungdom och narkotika", publicerad i Psykisk Hälsa (nr 3, 1960), hämtar vi följande citat:

Från våren 1958 har dock situationen blivit en annan. Narkotikamissbruk, som tidigare knappast förekommit annat än i små kvasiintellektuella bohemgäng, tog spridning bland den asociala ungdomen. Också några i övrigt skötsamma ungdomar från socialgrupp III finns med i mitt material. — — —

Visserligen förekom också under fyrtitalet och de första sju åren av femtitalet narkotikanästen, där injektioner gavs och förråden av morfinampuller förnyades. Någon motsvarighet till den omfattande svartabörshandel, som utvecklats på gator, i parker och på kaféer från och med senvintern 1957—58, fanns dock inte.

Inför den tredje psykiatriska världskongressen i Montreal (1961) lämnade Takman bl. a. följande historieskrivning:

So, rather enthusiastically, I reported in January 1958 that the result of those three years of study was very meagre. — — — In the spring of 1958, a few weeks after my report had been published, by some strange coincidence the picture changed. — — — From the spring of 1958, however, there were periods when all the girl prostitutes and most young criminals of working-class origin knew of drug use among their acquaintances, and some of them also could tell of their own experiences. — — — This situation also prevailed in 1959. But since 1960 the incidence of drug habituation brought to my attention has almost dropped to the earlier low level.

Den 13 november 1962 hölls en serie föredrag om ungdom och narkomani i Svenska Läkaresällskapet. Ur protokollet (Nordisk Medicin 1963: 70: 889—903) kan vi notera att Takman fortfarande senhösten 1962 ansåg narkotikaepidemin i huvudsak överstånden: "Från och med 1960 förefaller narkotikamissbrukets incidens ligga på samma nivå som före epidemin." Detta kommer tyvärr inte att bli Takmans sista ödesdigra missbedömning i narkotikafrågan.

VARIFRAN KOM NARKOTIKAFÖRSÖRJNINGEN 1959—1960?

Fortfarande 1959—60 försörjdes missbrukargängen och den svarta marknaden huvudsakligen med preparat förskrivna på vanliga recept eller genom telefonrecept, även om både apoteksinbrott och receptförfalskningar som nämnts förekom. Som regel var det fråga om lättsinniga läkarförskrivningar, men i några fall var läkare indragna i direkt kriminell verksamhet.

En 48-årig legitimerad stockholmsläkare med privatpraktik häktades i onsdags vid en hemlig förhandling i rådhusrätten. Läkaren är misstänkt för narkotikaaffärer, vilka betraktas som ocker. En rad personer är inblandade. Häktningen omgavs i detta fall — enligt pressuppgifter — med största sekretess. Någon uppropslista fanns således inte framlagd, vilket ju är brukligt. Motsvarande sekretess förekommer endast i fråga om spionmål och liknande affärer. Rättens ordförande undvek att säga något om förhandlingen, häktningsskälen eller rubriceringen av det brott, som läkaren var misstänkt för. Den främsta orsaken till hemlighetsmakeriet tycks helt enkelt vara hänsynen till den misstänktes yrke. (Ledare i Dagen 21.3.59)

Den 1 april 1959 klassificerade medicinalstyrelsen Preludin som narkotikum, för övrigt efter en direkt uppvaktning från Takman (Ettlinger 1959). Då det redan fanns en stor marknadsefterfrågan började organiserad import komma igång på allvar 1959—60. Det tidigaste belägg för smuggling i stora skala, som jag återfunnit i pressen, publicerades i Aftonbladet den 8 januari 1960.

22-årig narkotikahaj i lyxbil försåg undre världen med tabletter

Narkomanerna var som galna när jag dök upp om kvällarna i City, säger den 22-årige studerande som i går åtalades vid Stockholms rådhusrätt för ocker. Han hade från sin lyxbil sålt narkotika, som han köpt billigt i Spanien. — — — När han visiterades sista gången i Hälsingborg hittade tullpersonalen 6 000 tabletter i hans bagage.

Tidigare hade mannen, som själv inte var missbrukare, dock fört in betydligt större kvantiteter; ett vittne hade nämnt ett parti om 40 000 tabletter. Huvudparten av nyhetsmaterialet om den svenska missbruksmarknadens försörjning kommer dock ända fram till 1962 att variera på temat "utskrivet av läkare".

Tre läkare ordinerade stora mängder narkotika

Narkotikaåklagaren, stadsfiskal Sten Warholm, fortsätter saneringen av Stockholms giftmarknad. Under den senaste tiden har tre läkare avslöjats som misstänkta för omfattande utskrivning av narkotika under ganska lång tid. Patienterna har inte varit narkomaner utan folk som sålt preparaten på den svarta marknaden. — — — De tre läkarnas namn har vidarebefordrats via djungelkanalerna, där det hetat att det varit lätt att få recept hos dem.

Anskaffandet av narkotika till den svarta marknaden följer fyra vägar: smuggling, läkarrecept, bluff på apoteken och inbrott. — — — Under 1959 väckte narkotikaåklagaren 81 åtal. (Aftonbladet 14.1.60)

REAKTIONER MOT NARKOTIKATRAFIKEN

Takman krävde tidigt och i många sammanhang krafttag mot langarna.

Offren för narkotikatrafiken är socialmedicinska fall och ska behandlas som sådana. Däremot finns det i regel ingen anledning att reagera med mildhet mot den farliga typ av kriminella, som svartabörshajarna i narkotikabranschen utgör. Den risk de nu tar för att bli straffade för förseelse mot giftstadgan och andra förordningar är mycket obetydlig i förhållande till de fruktansvärda skador de kan åstadkomma. En kraftig straffskärpning är nödvändig. Den

bör syfta till ett långvarigt oskadliggörande av de verkligt farliga elementen. Men som i alla humanitära lagtexter bör det också i en reviderad sådan på detta område ges utrymme för rationell och hänsynsfull behandling av dem som på samma gång skadar andra och själva är offer för trafiken. (Psykisk Hälsa nr 3, 1960)

Vid nästan varje riksdag återkom Rimmerfors till narkotikaproblemet. 1960 fick han stöd av Britta Elmén. Motionärerna hemställde om sådan skärpning av straffbestämmelserna för olaga innehav och olaga överlåtelse av narkotika, att straffet verkar avskräckande, samt att åtgärder i övrigt skulle vidtas för att komma till rätta med narkotikamissbruket. Denna gång rönte aktionen framgång i riksdagen, som framgår av ett ledarstick i Expressen den 6 maj 1960.

Hajarna

på narkotikamarknaden riskerar att få hårdare än hittills känna på att samhället inte tolererar deras affärer och deras utnyttjande och förstörande av andra människor. Riksdagen beslöt på onsdagen skriva till regeringen och understryka vikten av att strängare straff införs för olaga innehav och överlåtelse av narkotika. Man pekar på att speciellt oroande är narkotikamissbrukets tilltagande utbredning bland ungdomen.

Här föreligger ett i hög grad jämförbart läge med en annan grupp, som också hänsynslöst utnyttjar andra människors beroendeställning och nödläge, nämligen sutenörerna. Det finns all anledning att även när det gäller narkotikahajarna gå hårt fram. I bägge fallen gäller det framför allt att ta i förvar folk som annars utgör ett allvarligt hot mot sina medmänniskor. Men i bägge fallen, det bör man komma ihåg, gäller det också två kategorier som är ytterligt svåra att komma åt. Därför att offren är mycket beroende av eller rädda för vederbörande och alltså ofta inte vågar vittna till deras nackdel.

VILKA ÄR LANGARE OCH VILKA ÄR OFFER?

Problematiken i föregående avsnitt är mera komplicerad än man vid första påseende kanske är böjd att tro.

Även om storimportörerna både 1960 och senare praktiskt taget aldrig själva är missbrukare — och som regel heller inte deras me-

ra betrodda kurirer — så är "detaljisterna", langarna, nästan lika undantagslöst missbrukare. Men även om vi verkligen skulle ha ett betydande antal langare, som själva inte var missbrukare, skulle det i praktiken vålla närmast oöverstigliga svårigheter att skilja dessa från gruppen langare som verkligen är missbrukare.

Vem som är en parasiterande sutenör och vem som är en utnyttjad nattfjäril kan faktiskt redan det många gånger vålla oöverkomliga svårigheter att bevisa. Men om bedömning av narkotikalangning skulle bli väsentligt annorlunda beroende på om vederbörande själv är missbrukare eller inte, tror jag knappast någon polis eller åklagare skulle lyckas med konststycket att prestera juridiskt bindande bevis för att en langare, som själv bedyrar att han är missbrukare, verkligen far med osanning på den punkten. De mest durkdrivna langarna skulle kanske t. o. m. skaffa sig alibi i form av ett antal stickmärken som "bevisade" personligt slaveri under giftet.

Det orealistiska resonemanget bygger mera på en diffus känsla av olika beteenderubbningars olika moraliska mindervärdighet än på en rationell analys av problemet. När det gäller analogin prostituerade-hallickar, som också Takman brukar differentiera så starkt emellan, är det närmast fråga om en negering av ett med möda bortträngt könsrollstänkande. Vissa former av manlig och kvinnlig asocialitet tar sig helt enkelt olika uttryck, och det fordras fantasi betydligt utöver det vanliga för att tänka sig att gatflickan och hennes beskyddare skulle kunna byta roller. Detta alltså inte sagt som ett försvar för hallickar eller knarklangare utan för att visa att möss och människor, dag- och nattfjärilar liksom flick- och flugsnappare alla följer sina sociobiologiska lagar.

Den amerikanske psykologen Chein (1964), som Takman och hans meningsfränder så krampaktigt stödjer sig på i debatten om liberal narkotikaförskrivning till missbrukare (se s. 235), hävdar att det för stora klientelgrupper föreligger så likartade orsaksmekanismer till sociala anpassningssvårigheter och beteenderubbningar att det enligt Chein i de flesta fall är slumpartat vilket missanpassningssymtom som först manifesterar sig eller kommer att dominera "den kliniska bilden". De beteenderubbningar som Chein diskuterar är alltså vagabondage, asocialitet, kriminalitet

och narkomani — av epidemisk typ skulle jag dock för min del vara ytterst angelägen att tillägga.

Personligen är jag något mindre pessimistisk än Chein på den här punkten. Cheins erfarenheter grundar sig på undersökningar av ungdomskriminalitet och ungdomsnarkomani i samhällen med massivt narkotikainfiltrerade slumområden, och där — särskilt i slumområdena — förefaller det logiskt att olika missanpassningssymtom flyter i varandra som Chein beskriver. Från detta torde man dock inte utan vidare kunna generalisera till att dynamiken skulle vara likartad i mindre massivt förslummade miljöer. Vi har (ännu) ingen direkt motsvarighet till slumhärdar av amerikansk storstadstyp. Även i samhällen av vår typ kommer visserligen ett stort antal ungdomar på glid under de oroliga tonåren, men det överväldigande flertalet brukar så småningom stabilisera sig och komma in i ordnade förhållanden. I denna samhällssituation blir narkomani en allvarligare komplikation än i amerikanska storstadsghetton av Haarlem-typ, där ungdomarna under alla omständigheter har alla odds emot sig och alla vägar leder till misär, förnedring, asocialitet och kriminalitet.

Narkomanisering under ungdomsåren innebär i vårt samhälle en allvarlig risk för kronisering av ungdomsårens beteenderubbningar och en förslumning av ny typ, vilket vi tidigare diskuterat i avsnittet om de epidemiska toxikomanierna (s. 117).

Straffskärpningen för illegal narkotikahandel var och är fortfarande 1967 en nödvändig sak. En helt annan sak är hur man på ett individuellt humant, medicinskt och socialt ändamålsenligt och preventivt verkningsfullt sätt skall effektuera Takmans rekommendation om "ett långvarigt oskadliggörande av de verkligt farliga elementen" och de värsta smittspridarna, oavsett om de försörjer sig på narkotikalangning eller är ekonomiskt oberoende av denna hantering. Till detta skall vi återkomma.

MEDICINALSTYRELSENS CIRKULÄR TILL SAMTLIGA LÄKARE I RIKET

Som en följd av aktionerna i riksdagen och talrika, alarmerande artiklar i fack- och dagspress samt inte minst genom det material, som bringades i dagen genom narkotikapolisens intensifierade

verksamhet, återkom medicinalstyrelsen den 8 november 1960 med ett nytt cirkulär i narkotikafrågan till samtliga läkare i landet (MF 31).

Cirkuläret av 1960 är särskilt intressant och värdefullt, dels därför att det såvitt man kan bedöma ger en (frånsett den inledande meningen) korrekt bild av läget vid denna tidpunkt, dels därför att det motsvarar en ur psykiatrisk och socialmedicinsk synpunkt korrekt grundinställning till kampen mot narkotikamissbruket. Mot bakgrunden av medicinalstyrelsens senare agerande i den s. k. försöksverksamheten med liberal narkotikaförskrivning till (epidemiskt smittade) missbrukarkretsar 1965—67 kan man något tillspetsat hävda att innebörden i cirkuläret under denna tid hade fallit i glömska hos själva medicinalstyrelsen. Det historiska dokumentet återges därför in extenso med ett antal orienterande kursiveringar.

Narkotikamissbruket har i vårt land i jämförelse med förhållandena i flera andra länder tidigare icke utgjort något allvarligt problem. *Läget har emellertid under de senaste åren förändrats till det sämre och vissa tendenser i utvecklingen ger anledning till oro. Det material som medicinalstyrelsen insamlat pekar på att missbruket tilltagit och narkomanernas antal ökat.* Domstolarnas rapporter visar en markant stegring i antalet narkotikabrott. Till en viss grad är denna senare förändring emellertid blott skenbar, eftersom polismakten först på de allra sista åren genom bättre personella resurser kunnat på allvar angripa den illegala trafiken. *Det finns i dag en smyghandel med narkotika, som gör att narkomanerna relativt lätt men till dyrt pris kan få sitt behov tillfredsställt. Narkotika börjar att bli guldvaluta i den undre världen. Ursprungligen ett uttalat storstadsproblem, i huvudsak begränsat till Stockholm, har missbruket visat tendens att spridas över landet.*

Narkomanerna söker i första hand komma över narkotika genom besök hos olika läkare. Med förkärlek vänder man sig till äldre läkare, som slutat sin praktiska verksamhet. Mycket ofta blir det bara ett samtal per telefon. På detta sätt kontaktas ej blott läkare på orten utan även på långt avlägsna platser ute i landet. Även om den egentliga avsikten med besöket eller samtalet mycket snart torde vara uppenbar och trots bestämmelsen att *recept å narkotika icke får utfärdas för av den ordinerande icke känd person, så-*

framt dennes identitet ej på betryggande sätt styrkts (kursiverat i originalet), leder försöket ofta till önskat resultat. Att ordinera narkotika till en person, som läkaren aldrig sett eller undersökt och vars förmenta behov av läkemedlet han därför icke kunnat konstatera, måste betraktas som ett allvarligt missgrepp.

Det är obestridligt, att de narkotika missbrukarna använder och som utbjudes i den illegala handeln till allra största delen stammar från av läkare utfärdade recept. Apoteksinbrott och receptförfalskningar har visserligen tilltagit men betyder i detta sammanhang mycket litet. Smuggling förekommer framförallt av amfetaminpreparat, men torde icke heller den spela någon stor roll.

Strängt taget alla slag av narkotiska läkemedel — därmed avses i detta meddelande endast sådana läkemedel, som faller under narkotikakungörelsens bestämmelser, och alltså icke barbiturater, ataraktika och dylikt — blir föremål för missbruk. Vissa av dem är emellertid särskilt eftersökta. Främst kommer för närvarande Palfiumtabletter[r]. Av övriga kan nämnas Novatal[r], Metadon, Synkonin[r], Tucodil[r], Dolorsin[r], Fenopromin, Psykoton[r], Etibol[r], Isobesin[r], Preludin[r] och Cafilon samt tidigare även Neburil[r]. *Rena morfinpreparat begäres sällan. I narkomankretsar är det nämligen känt, att läkarna har särskild respekt för denna läkemedelsgrupp.*

Det har i vårt land sedan länge förekommit ett utbrett och betydande amfetaminmissbruk, som under senare år kommit att omfatta även dexamfetamin. Rekommenderat som avmagringsmedel har dexamfetamin, som ingår i Afatin[r], Dextenal[r], Etibol[r], Etibol forte[r], Isobesin[r] och Rauwadex[r], jämte fenmetralin, som ingår i Cafilon, Nystenal[r] och Preludin[r], fått en mycket stor användning. Detsamma gäller även metamfetamin, som ingår i preparaten Dexosyn[r], Methedrinal[r], Pervitin[r] och Psykoton[r]. Beräkning av förbrukningen för här nämnda substanser har kunnat göras första gången för år 1959, det år de intogs i narkotikakungörelsen, fenmetralinpreparaten först den 1 april. Siffrorna, omräknade i genomsnittsdoser, är därför icke exakta men torde dock ge en klar uppfattning om förbrukningens storleksordning. Av preparat innehållande dexamfetamin och fenmetralin utlämnades detta år minst 30 miljoner doser eller omkring 4 000 doser på 1 000 invånare. *Det torde vara uppenbart, att förskrivning av dessa läkemedel i stor utsträckning sker utan tillbörlig respekt för tillvänjningsrisken vid längre tids användning och utan hänsyn till det florerande missbruket.* Motsvarande förbrukning för amfetamin- och metamfetaminpreparat utgjorde nära 3 miljoner doser. Vid bedömning

av denna siffra bör beaktas, att *användningen av amfetamin och metamfetamin på rationella medicinska grunder måste betecknas som mycket begränsad.* Den euforiserande inverkan av vissa av dessa medel blir först uppenbar efter längre tids användning t. ex. vid behandling av obesitas. Med hänsyn härtill är skärpt uppmärksamhet även önskvärd beträffande liknande biverkningar av nyare, centralt verkande medel mot obesitas.

Metylfenidat och pipradrol står till sin kemiska struktur amfetamin nära och har liksom detta fått användning som centralt stimulerande medel. Den förstnämnda substansen ingår bl. a. i preparatet *Ritalina*[r], den senare i Meratran[r] och Pipradrol. *Även dessa preparat har på senare tid blivit föremål för missbruk och illegal handel i sådan omfattning, att det blivit nödvändigt att ställa förbrukningen av dem under kontroll.* Genom ett Kungl. Maj:ts beslut den *14 oktober i år* har substanserna intagits i narkotikakungörelsen. Beslutet, som träder i kraft den 1 januari 1961, omfattar även de hydrokonhaltiga preparaten Cardiazoldicodid, Pentrosol[r] comp. och Tucopent[r] lösning.

I sin strävan att bekämpa narkotikamissbruket har medicinalstyrelsen vid olika tillfällen under senare år låtit vidtaga åtgärder, som successivt medfört en skärpning såväl av kontrollen av narkotikahandeln som av straffen för narkotikabrott. I syfte att fästa läkarnas uppmärksamhet på att det vid dessa preparat rör sig om narkotika har stadgats, att all reklam skall innehålla en varning, att längre tids användning av dem kan leda till missbruk. *Den fortlöpande granskningen av på apoteken förvarade narkotikarecept har intensifierats.* En författning med delvis nya föreskrifter om förordnande och utlämnande av narkotika är under utarbetande och i anslutning till denna förbereder medicinalstyrelsen att i meddelande till läkarna framlägga vissa synpunkter på användningen av dessa läkemedel.

Den illegala trafiken har kunnat angripas med större kraft, sedan vid både statspolisen och kriminalpolisen i Stockholm inrättats speciella avdelningar för utredning av narkotikabrott. En särskild åklagare i narkotikamål är verksam vid Stockholms rådhusrätt. Med denne och de olika polismyndigheterna har medicinalstyrelsen ett mycket nära samarbete, som visat sig vara till stort gagn.

Medicinalstyrelsen har med detta meddelande velat fästa läkarkårens uppmärksamhet på dagens narkotikasituation. Av utav styrelsen företagna utredningar framgår klart, att *det finns missförhållanden som behöver rättas till. Först och främst gäller detta*

receptförskrivningen. Det är bevisligen ingen större svårighet att komma över recept på vissa narkotika. I stor utsträckning förekommer en frikostighet beträffande indikationer och en bristande kontroll vid förskrivningen, som icke kan försvaras och som måste upphöra. Särskilt gäller detta telefonrecepten, beträffande vilka styrelsen kan tvingas vidtaga långt gående restriktioner, därest icke större vaksamhet och återhållsamhet iakttages.

Medicinalstyrelsen förväntar därför, att landets läkare i vad på dem ankommer med all kraft medverkar till att bekämpa narkotikamissbruket och dess skadeverkningar.

Även denna gång stannade medicinalstyrelsen på halva vägen: det blev en vädjan — men inga praktiska åtgärder — och ett höjt pekfinger till läkarkåren att "styrelsen kan tvingas vidtaga långt gående restriktioner" om inte förhållandena förbättras. Detta var alltså 1960, fem år efter det att Japan hade kämpat ned sin stora amfetaminepidemi och tio år efter det Danmark infört sin fortlöpande narkotikakontroll och centrala missbruksregistrering.

POLIS OCH AKLAGARE

Den snabba spridningen av narkotikamissbruk och preparatlangning i Stockholm 1960, den begynnande organiseringen av den tidigare amatörmässiga importverksamheten och den intima kombinationen av narkotikahanteringen, sutenörverksamhet och allsköns kriminalitet — från småstölder till utpressning — var allmänt omvittnad av socialarbetare, läkare, tidningsmän, polis och åklagare, och alla rekommenderade kraftfulla åtgärder för sanering av träskmiljöerna.

Stadsfiskal Warholm konstaterar att narkotikamissbruket och den svarta handeln med gifterna inte visar någon tendens att avta. Han anser att den polispersonal som handhar utredning av sådana ärenden och spaning i narkotikaträsken är för liten. Om man slår till effektivt mot narkotikahajarna, kan man förebygga brott, ty brottsligheten föds i dessa giftträsk, säger Warholm. (Aftonbladet 8.1.60)

Det var precis den här utvecklingen, som bland annat polismästare Lüning varnade för när regeringen i lördags träffade sam-

man med representanter för polisen vid en överläggning på Harpsund om ungdomsbrottsligheten.

Expressen påpekade i ett specialreportage att utvecklingen nu lett fram till det ganska skrämmande perspektivet av Amerikas ungdomsproblem — bl. a. en fast organiserad undre värld som hänsynslöst och skickligt bedriver sin verksamhet.

Polismästare Lüning sade till Expressen: — Jag är ytterligt oroad. Jag tror vi är i begynnelsen av de amerikanska förhållandena. (Expressen 14.1.60)

Den 6 januari 1961 publicerade Expressen en stor intervju med narkotikaåklagaren, stadsfiskal Sten Warholm, delvis föranledd av ett nytt fall av marihuanasmuggling. Warholm besvarade femton frågor. Då Warholm inte bara var den som vid denna tidpunkt hade de djupaste insikterna i narkotikatrafiken utan även presenterade de mest framsynta förslagen, återger vi huvudavsnittet av Expressens intervju med de viktigaste partierna kursiverade här.

1. Hur många narkomaner finns det i Stockholm? Hur har man börjat registrera dem centralt?

Svar: *Det finns troligtvis ett par tusen narkomaner.* I samband med att de gör sig skyldiga till brott blir de centralt registrerade vid kriminalen.

2. Blir det inte en cirkelgång när samma namn återkommer ständigt i utredningar år efter år? Kan de botas?

Svar: De flesta återkommer och gör sig skyldiga till nya narkotikabrott. *Om de kan botas är en medicinsk fråga, men det förefaller av det material vi har som om det vore svårt att bota dem för all framtid.*

3. Smugglas marihuana och annan narkotika ofta till Sverige?

Svar: Smugglingen har tilltagit, men troligtvis var amerikanens besök i Sverige en trevare från en internationell liga. Man ville av allt att döma sondera terrängen, skaffa nya kontakter.

4. Har man börjat smuggla narkotika i korsband?

Svar: Det gjorde man tidigare, men det knepet har man troligtvis frångått.

5. Finns speciella narkotikahärdar i Stockholm, kaféer och restauranger?

Svar: Utan tvekan finns det speciella narkotikacentraler i Stockholm. Man håller till på en tre, fyra kaféer, där också nyfikna strömmar till och prövar narkotikan.

6. Ett nytt språk växer fram i samband med narkomaner. Vad menas egentligen med gäggarfest?

Svar: Att gägga, det är att använda narkotika i berusningssyfte. Ett annat nytt uttryck är "jungfrupump". Det är detsamma som att man "pumpar in" narkotika i löst form för första gången. "Snedtändning" är ett annat nytt uttryck. Då reagerar vederbörande inte på rätt sätt utan blir exempelvis illamående.

7. Yngste narkomanen?

Svar: 16—17 år.

8. Vilka preparat varnas det mest för?

Svar: *Opiumpreparat, syntetiska morfinersättningsmedel, uppiggande och aptitnedsätttande medel. De är mest vanebildande.*

9. Hur många liv har narkomani kostat under de senaste åren.

Svar: Det har vi ingen aning om, men att flera avlidit till följd av narkomani, det vet vi.

10. Vilka är de vanligaste brotten i samband med narkomani?

Svar: Ocker, falska namn i samband med läkarbesök, falska telefonrecept. Narkomani är alltid en brottsbefrämjande faktor.

11. Vilka reformer är önskvärda på det här området?

Svar: *Kraftiga ingripanden mot oförsiktiga förskrivningar av läkare, skärpt lagstiftning, registrering av narkotikarecept och specialkliniker för narkomaner på sjukhus. Dessutom är ökad forskning på området önskvärd.*

12. Kan svarta handeln stoppas? De som står bakom handeln, är de också narkomaner?

Svar: Troligtvis kan vi inte definitivt stoppa den svarta marknaden, men *genom att läkare blir försiktigare kan tillgången på narkotika dämpas.* Svarta priser tillämpas genom tyst överenskommelse. Bland dem som sysslar med den svarta handeln märks både narkomaner och icke-narkomaner.

13. Vilka är de vanligaste vägarna till narkomani?

Svar: Det är oftast nyfikenhet, eller också har vederbörande oförmåga att komma till rätta med sina problem och tillgriper lugnande medel.

14. Vilken roll har läkarna spelat?

Svar: *Det är en tragisk historia. Övervägande delen av narkotikan på svarta handeln har kommit ut genom riktiga läkarrecept. Läkarna har varit för godtrogna.*

15. Hur har den akuta situationen uppstått?

Svar: *Vi har nu sysslat med det här i två år och kommit underfund med att det är ett verkligt allvarligt samhällsproblem.* Om narkomanin har ökat under de här två åren eller om det varit en dold brottslighet tidigare är det ingen som vet.

Punkterna 11 och 14 är särskilt intressanta då de belyser de underlåtenhetssynder från medicinalstyrelsens sida som så tragiskt medverkat till epidemins uppblomstring och vidareutveckling. I punkt 11 summeras också en rad viktiga förslag som ännu 1967 inte förverkligats, även om narkomanvårdskommittén då rekommenderar dem. Beträffande frågan om central registrering av

narkotikarecepten kan nämnas att riksdagsman Gustavsson i Kårby (cp) 1961 frågade inrikesministern om denne vore villig medverka till att frågan blev utredd. I sitt svar den 3 maj 1961 yttrade statsrådet Rune Johansson bl. a.:

Jag anser det under alla förhållanden lämpligt, att frågan om en central registrering av narkotikarecepten närmare utreds. En dylik utredning har också redan påbörjats inom medicinalstyrelsen, och den bör enligt min mening fullföljas utan dröjsmål. (Sv. Läkartidningen 20.6.1961)

Hur det gått med denna utredning är obekant, men faktum kvarstår att det ännu 1967 inte förekommer någon central registrering av narkotikarecepten i vårt land, och att även receptgranskningen har för Stockholms vidkommande — själva epidemicentrum — under decennier varit ännu mera summarisk än i landsorten (Socialmedicinsk tidskrift nr 7, 1967). I sitt andra betänkande föreslår dock narkomanvårdskommittén att den registrering införes, som Warholm påkallade redan i slutet av femtiotalet.

TELEFONRECEPTEN

Genom medicinalstyrelsens cirkulär till läkarna 1960 inträdde en dämpning av narkotikaförskrivningen. Hovapotekare Gunnar Krook rapporterade:

Det kan avläsas i antalet narkotikarecept, som 1959 utgjorde cirka 763 000, år 1960 706 000 och 1961 gått ned till 628 000, en minskning under två år på 18 procent. Förbrukningssiffrorna visar markant nedgång under 1961 för centralstimulerande medel, avmagringsmedel och dylikt, medan de för egentliga narkotika håller sig relativt oförändrade. Det är en tendens i rätt riktning, men ännu återstår lång väg till målet. (Sv. farmaceutisk tidskrift nr 13, 1962)

1963 hade siffran sjunkit till 215 000, men då hade ytterligare åtgärder vidtagits. I en ny narkotikaförordning av den 27 februari 1962 (MF 20) lämnades ytterligare preciserade anvisningar om det formella förfarandet vid narkotikaförskrivningar; bl. a. skulle såväl patientens som läkarens adress anges på receptet liksom

läkarens telefonnummer, kvantiteten skulle skrivas med såväl siffror som bokstäver etc. Trots medicinalstyrelsens ampra cirkulär 1960 var följande kommentar erforderlig i Krooks presentation av den nya författningen:

Man får inte ordinera narkotika till okänd person, utan att denne styrkt sin identitet; det är ingen ny bestämmelse men beklagligtvis inte respekterad i önskvärd omfattning, vilket torde ha underlättat narkotikamissbrukets spridning. (Sv. Läkartidningen nr 22, 1962)

Den största förändringen inträdde dock i och med att man i den nya förordningen tog itu med telefonrecepten, som även efter 1960 års uppmaningar till läkarna i många fall hade tillkommit på oförsvarliga grunder. Därtill hade ett omfattande skoj med falska telefonrecept praktiserats, särskilt nattetid då förskrivningarna var brådskande och kontrollmöjligheterna små. Men även om dagarna hade denna form av narkotikaförskrivning varit svårkontrollerad, vilket Krook berättar om.

Knepen är många. Den perfekta metoden lanserades för ett par år sedan av en narkoman, som tog sig in i en läkarmottagning i Stockholm, sedan läkaren gått för dagen, satte sig vid hans skrivbord och ringde in recept till apoteken. När dessa kontrollringde hade han bara att tacksamt "bekräfta ordinationerna", ibland med en liten uppmuntran till apoteket för dess påpasslighet. (Sv. farmaceutisk tidskrift nr 13, 1962)

Sedan 1958 hade Warholm ideligen återkommit till narkotikaläckaget via lättsinniga eller falska telefonrecept. 1962 beslöt medicinalstyrelsen således att avskaffa telefonrecepten för narkotika: i fortsättningen fick läkarna endast utfärda telefonförskrivning för fem doser (tabletter etc). Därmed blev det fråga om så små kvantiteter att det inte längre lönade sig för missbrukarna och langarna att laborera med falska telefonrecept.

Den nya författningen innebar inte någon förändring i läkarnas urgamla rätt att förskriva narkotika på medicinska grunder, vilket också poängterades av Krook.

De nya bestämmelserna i författningen tar närmast sikte på att

skärpa kontrollen och därigenom försvåra illegal åtkomst av narkotika. De manar till försiktighet och uppmärksamhet vid användning av dessa läkemedel men ingriper icke, frånsett vissa tekniska detaljer, i den ordinerandes handlingsfrihet. (Sv. Läkartidningen nr 22, 1962)

Det är angeläget att understryka att medicinalstyrelsen aldrig berövat läkarna rätt att ordinera narkotika "enligt vetenskap och beprövad erfarenhet", eftersom detta felaktigt hävdats i flera sammanhang, före tillkomsten av den nya författningen av bl. a. författaren Janne Bergqvist i en debatt med Engel, Aronsson och Warholm i Dagens Nyheter sommaren 1961, senare av och till från olika håll.

TAKMAN OCH DISCIPLINNÄMNDEN

Vi erinrar oss att Takman i ett föredrag på Läkaresällskapet den 13 november 1962 hade deklarerat: *"Från och med 1960 förefaller narkotikamissbrukets incidens ligga på samma nivå som före epidemin"* (Nordisk Medicin nr 32, 1963). Den 24 april 1963, mindre än ett halvår senare, är situationen enligt Takman radikalt förändrad. Han tillställer medicinalstyrelsen en skrivelse tillsammans med en 25-sidig bilaga och meddelar att han ämnar "sända en kopia av bilagan till inrikesdepartementet med hemställan om en förutsättningslös och skyndsam utredning om de åtgärder som lett till *den alltmer oroande situationen beträffande narkotikamissbruk och illegal narkotikahandel*" (kursiverat här).

Vad hade då i ett slag förändrat narkotikasituationen i Sverige? Innan vi närmare tar del av detta och Takmans argument är det på sin plats att understryka att Takmans mammutinlaga, som publicerades in extenso i Läkartidningen (nr 9, 1964) senare kom att utgöra den ideologiska programskriften för en av de märkligaste opinionskampanjer vi haft i detta land: en handfull personer lyckades 1965 — med välvilligt och aningslöst bistånd från alla massmedia — vända helt upp och ned på narkotikafrågan och få psykiatrisk vetenskap och praxis på detta område att framstå som inhumanitet eller i bästa fall ett dåligt skämt. Slutligen sedan opinionstrycket hade nått ett nytt tröskelvärde, lyckades kampanjmakarna driva medicinalstyrelsen att acceptera

behandlingsprinciper, som står i direkt strid med psykiatrisk vetenskap och av styrelsen själv utfärdade, fortfarande gällande författningar, och medge i många avseenden anmärkningsvärd förskrivning av narkotika till (epidemiskt smittade) narkomaner för självmedicinering.

Eftersom detta berör själva kärnfrågan i narkotikaproblematiken och Takman i sin tur bygger sin ideologi på långt ifrån invändningsfria utländska auktoriteter, som han delvis misstolkat eller mekaniskt överfört enligt falska analogislut, måste hela frågekomplexet dissekeras i detalj. Vi måste bit för bit granska delarna i den ideologiska byggnaden och se vad som är murket och vad som är friskt och försöka komma underfund med hur de användbara delarna skall kunna infogas i en mera realistisk och ändamålsenlig teorimodell för terapi och prevention.

Första gången Takman upptäckte att det existerade ett narkomaniproblem i Sverige var sedan en narkotikaåklagare tillsatts och börjat rensa upp i träsket. Vad var det som väckte honom till ny insikt på nyåret 1963? Jo, ledamoten av medicinalstyrelsens vetenskapliga råd, professor B. Jacobowsky, hade den 16 februari 1963 avgivit ett kritiskt yttrande till medicinalstyrelsens disciplinnämnd angående en utredning om Takmans praxis beträffande narkotikaförskrivning; då blev narkotikafrågan i dubbel bemärkelse åter plötsligt ett stort problem för Takman.

Den 1 oktober 1962 hade Takman av medicinalstyrelsen anmodats avge förklaring över sina narkotikaförskrivningar till elva patienter under den föregående tvåårsperioden. Den 15 oktober lämnade Takman sitt svar, den 13 november var narkotikamissbruket "på samma nivå som före epidemin", i februari 1963 kom Jacobowskys utlåtande och redan den 24 april förelåg "den alltmer oroande situationen beträffande narkotikamissbruk och illegal narkotikahandel", som föranledde Takman att skriva till både medicinalstyrelsen och inrikesdepartementet.

Takmans mastodontskrivelse är intressant både till form, innehåll och publiceringssätt. Innehållet skall vi ta upp i anslutning till granskningen av den internationella debatten och de argument som Takman där åberopar; här några ord om formen och publiceringssättet. Det är fråga om en mycket polemisk attack mot Jacobowsky liksom mot den svenska narkotikalagstiftningen

och narkotikapolisens verksamhet, vilket också framgick av den agitatoriska rubriken: "Narkotikaförskrivningar och narkomaniproblem i Sverige. Ska polisen helt överta handläggningen av ett allvarligt socialmedicinskt problem?"

Polemiken mot Jacobowsky varvas med subjektivt färgade och närmast okontrollerbara fallbeskrivningar samt allmänna principresonemang med snävt selekterad referenslitteratur, vilket allt sammantaget gör ett ytterst bestickande intryck. Jag minns att jag första gången jag läste artikeln — innan jag hade satt mig in i de åberopade amerikanska auktoriteternas argument och den internationella debatten i övrigt — tyckte att detta var en elegant avrättning av den traditionella psykiatrins ståndpunkter i narkomanifrågan. Numera finner jag uppsatsen så fylld av felaktigheter, tankeglidningar, tendentiösa och illa belagda fallbeskrivningar och orealistiska resonemang, att artikeln syns mig ovärdig en vetenskaplig tidskrift. Om läsaren samtidigt hade fått ta del av Jacobowskys utlåtande hade intrycket från början blivit ett helt annat, och artikelns karaktär av aggressivt försvar i ett trängt läge hade stått klar för envar. I och för sig är det anmärkningsvärt att en tidskrift med vetenskapliga ambitioner kan publicera en 25-sidig polemik mot ett 8-sidigt utlåtande utan att primärmaterialet återges, särskilt som detta inte innehåller några data som identifierar berörda patienter.

Sedan jag tagit del av Jacobowskys utlåtande tror jag att Takman hellre hade låtit saken bero än att se båda dokumenten publicerade tillsammans. Att Jacobowsky i denna situation kunde behålla sitt stoiska lugn och inte gå i svaromål (förutom ett kort beriktigande) är å ena sidan beundransvärt, å andra sidan beklagligt, då ett vetenskapligt fält revs upp och lämnades öppet för dilettanter som snart skulle exploatera området och låta utropa sig som nya experter.

För att belysa tonen i angreppet på Jacobowsky, vilkens slutsatser jag tror praktiskt taget varje erfaren psykiater är beredd att instämma i, skall vi återge ett par små smakprov.

Men betydligt allvarligare är vissa partier av hans principiella resonemang. Om dessa godtas av disciplinnämnden, kommer de att få ödesdigra följder, inte för mig personligen (eftersom Jacobowsky

i stort sett accepterar mitt handlande i samtliga 11 fall) men för medicinsk verksamhet över huvud taget i vårt land.

Det hör till saken att Jacobowsky inte "i stort sett" accepterade Takmans "handlande i samtliga 11 fall" utan tvärt om föreslog att Takman av disciplinnämnden borde "erinras om sin skyldighet att för framtiden iaktta tillbörlig försiktighet och återhållsamhet vid förskrivning av dessa riskabla medikament". Den passus som skulle föranleda Jacobowsky att replikera i Läkartidningen hade följande lydelse.

När professor Jacobowsky betecknar en isolerad ordination av 600 gram syrupus syrco som "oförsiktig och alltför liberal" (fall 9), är detta en kommentar som inte kan tas på allvar från vare sig vetenskaplig eller pragmatisk ståndpunkt.

Vi återger in extenso Jacobowskys korta beriktigande (Sv. Läkartidningen 61: 947, 1964):

Dr John Takman har i nr 9 av Läkartidningen kritiserat ett utlåtande rörande hans narkotikaförskrivningar, som jag avgivit på anmodan av disciplinnämnden.

Utan att här vilja ingå på en polemik rörande de frågor där vi ha olika meningar, måste jag dock anmärka på en oriktig sakuppgift i hans skrift. Dr T. skriver: "När professor Jacobowsky betecknar en isolerad ordination av 600 gm syrco som oförsiktig och alltför liberal (fall 9), är detta en kommentar som inte kan tas på allvar vare sig från vetenskaplig eller pragmatisk ståndpunkt." Citatet av mitt omdöme är i sak grovt förvanskat, och jag vill för dr T:s egen skull hoppas att det skett av oaktsamhet. Vad jag skrev var följande: "Däremot synes mig ordinationen av 600 gm syrco på en gång *åt denna patient* (kursiverat här och av mig) oförsiktig och alltför liberal." Patienten ifråga hade på grund av sannolikt reumatiska smärtor mellan den 2/6 1960 och april 1962 av dr T. fått 12 × 100 = 1 200 dolordormtabletter och kan sålunda icke frikännas från viss affinitet till narkotika. Jag vidhåller därför bestämt mitt omdöme om ordinationen *i detta fall.*

EN MISSBRUKARES DÖD

"Alternativet till en vetenskaplig och human handläggning av narkomaniproblemet" kallade Takman ett avsnitt om plötsliga

dödsfall bland narkomaner "till följd av injektioner av svartabörsnarkotika". Såväl från den internationella litteraturen som från närliggande svenska erfarenheter vet vi dock att dödsfall i direkt anslutning till narkotikainjektioner är vanliga även när preparaten erhållits mot läkarrecept. Ibland är det fråga om överdosering (preparat av morfintyp) med åtföljande andningsförlamning, vanligare kräkningar, inandning av maginnehåll och kvävning eller anafylaktiska chocker (Helpern 1967) med lungödem och "inre drunkning" som följd. Takman refererar fem dödsfall av denna typ. Vi skall titta närmare på det första av dessa fall.

Fall A. Född 1921. Död 1958 ett par minuter efter att ha injicerat en lösning, troligen palfium, som han köpt på svarta börsen (Rättsmed. inst:s diarienr 1915/58) — — —

Bäst kände jag fall A, en av de mest begåvade och produktiva i sitt yrke och av sin generation. Han hade ursprungligen konsumerat stora kvantiteter tucodil men något år före sin död gått över till amfetaminpreparat. Då han hade många läkare i sin bekantskapskrets var det svårt att kontrollera hans förbrukning. Detta var främsta anledningen till att jag och andra kolleger inte regelbundet lät honom få recept på vad han begärde. I regel skötte han sitt arbete effektivt när han fick sin dagliga och inte anmärkningsvärt stora dos amfetamin.

I svartabörshandlarens närvaro dog han på sitt rum i omedelbar anslutning till en injektion av ett svartabörspreparat. Han skaffade sig illegalt vad han genom min och övriga kollegers restriktiva praxis inte kunde få på legal väg.

Det är när narkomanerna och de regelbundna narkotikakonsumenterna drivs under jorden och inte kan få sin dagliga dos annat än till stora kostnader och risker, som de — under en ofta desperat jakt efter sitt favoritpreparat — börjar försumma sitt arbete, förstör sin ekonomi och blir kriminalfall eller obduktionsfall.

Eftersom även jag kände A mycket väl, en särpräglad och begåvad man men knappast någon av "de mest produktiva i sitt yrke och av sin generation", fann jag Takmans redogörelse anmärkningsvärd såtillvida att A:s mångåriga och mycket grava

alkoholism inte omnämndes med ett ord. Endast några veckor före A:s död hade jag och min hustru träffat honom på stan. Vi blev skakade av att se honom så smutsig, nedgången och försupen; hans tillstånd hade försämrats kraftigt det senaste året. Han var spritpåverkad, viggade en tia och försvann i vimlet tillsammans med en likaledes förkommen olycksbroder.

Enligt det *polisprotokoll* som upprättades med anledning av det plötsliga dödsfallet (Adolf Fredriks polisstation, DI nr17978/1958) hade A vid 17-tiden fått besök av en bekant sextioårig jurist, som kommit för att diskutera gemensamma yrkesangelägenheter. A hade då suttit på sängen och enligt juristen varit höggradigt alkoholberusad, "alldeles plakat full". Han svarade inte på tilltal utan hade "bara suttit och hängt". Plötsligt gled A ned på golvet och var — då gästen tillkallat hjälp och fått upp honom på sängen — död. Det framkom att någon annan än juristen inte hade besökt A den dagen. — Frånskilda hustrun bekräftade vid förhöret patientens grava alkoholism, som resulterat i skilsmässa i början av femtiotalet. A hade även varit lungsjuk och blivit revbensopererad på vänster sida.

Obduktionsutlåtandet från Statens rättsläkarstation (D nr 1915/1958) skall återges in extenso.

Med stöd av vad som sålunda framkommit, får jag avgiva följande utlåtande:

att den döda kroppen efter (A) företett dels tecken till operativt behandlad, ej aktiv, som dödsorsak betydelselös lungtuberkulos, dels riklig mängd magsäcksinnehåll i luftvägarna;
att i blodet påvisats ca 2,4 promille, i njuren ca 2,2 och i urinen ca 2,7 promille etylalkohol, men att barbitursyrederivat icke kunnat påvisas i blodet och levern, alkaloider ej i njuren, och meprobamat ej i urinen;
att den närmaste orsaken till (A:s) död varit kvävning genom inandning av uppkräkt magsäcksinnehåll;
att detta med all sannolikhet betingats av den alkoholpåverkan, under vilken han vid dödsfallet kan antagas ha befunnit sig; samt
att intet motsäger antagandet, att vid dödsfallet tillgått så, som framgår av polisrapporten,
vilket härmed intygas.

Som jämförelse kan nämnas: Gränsen för "rattonykterhet" är 0,5 promille, för rattfylleri 1,5; för en frisk "normalperson" inträder kraftig berusning vid 2, redlöshet vid 3 och död i andningsförlamning vid 4—5 promille. A var som nämnts även medicinmissbrukare sedan många år. Av obduktionshandlingarna framgår att han företedde "ett dussintal äldre och färskare, nålfina stickmärken" på vänstra lårets utsida men inga tecken efter intravenösa injektioner. Att plötslig död genom aspiration av uppkräkt maginnehåll inträder hos en allmänmedicinskt så nedgången och höggradigt berusad man, som därtill endast har en fungerande lunga, är inte anmärkningsvärt. Däremot är det anmärkningsvärt att Takman i sin redogörelse grovt förvanskat obduktionsfynden; därtill kommer att de anamnestiska uppgifterna var tendentiöst selekterade och vilseledande.

Då den refererade redogörelsen gäller ett dödsfall och därtill den patient som Takman "bäst kände" inställer sig onekligen en undran hur det förhåller sig med dokumentationen kring övriga i rapporten omnämnda patienter, levande och döda.

Den internationella narkomanidebatten

Det är få sociala och socialmedicinska problemkomplex som efter kriget blivit så omskrivna i internationell fack- och populärpress som just narkomaniproblematiken. Hundratals böcker och tusentals artiklar behandlar narkotikafrågan ur olika discipliners skilda aspekter — från kemi, farmakologi, toxikologi, fysiologi, internmedicin, psykiatri, psykologi och socialmedicin till sociologi, kriminologi, statistik, juridik, ekonomi och socialpolitik. På grund av problemets stora komplexicitet ägnas de flesta arbeten åt olika detaljproblem, och det finns tyvärr ytterligt få betydande tvärvetenskapliga arbeten som gör skäl för namnet. Detta har varit ödesdigert och i hög grad bidragit till förbistringen, då flertalet vetenskapsmän som deltagit i debatten endast behärskat mindre specialområden av problematiken och ofta varit ytterligt bristfälligt orienterade på angränsande ämnesområden.

I själva verket finns det redan en mycket omfattande kunskap om narkomaniproblemen, främst inom psykiatrin — den vetenskap som längst sysslat med dessa problem och fått den intimaste direktkontakten med de sjuka — men även inom exempelvis farmakologi, fysiologi och sociologi. Tyvärr är kunskapsmassorna som sagt ännu nästan ointegrerade. Den mycket unga och utpräglat tvärvetenskapliga socialmedicinen synes vara den disciplin som har de bästa naturliga förutsättningarna att i intimt samarbete med andra vetenskapsgrenar sammansmälta den mångfasetterade narkomaniproblematiken. Den teoretiska socialmedicinens starka inriktning på hälsovård och preventionstänkande är också synnerligen viktiga element i detta sammanhang. Den kliniska medicinen, psykiatrin och socialvården har av naturliga skäl koncentrerat sina insatser på vård av och hjälp åt de redan sjuka, medan de i sammanhanget viktiga teoretiska beteendeve-

tenskaperna, främst sociologi och psykologi, hittills hämmats på detta område genom bristande kommunikationer med medicin och psykiatri.

Såvitt jag kan se står vi nu i början av en vetenskapligt fruktbar period då de olika vetenskapsområdenas erfarenheter och aktiviteter skall kunna integreras och väsentlig kunskap kunna presenteras till ledning för vård- och socialpolitiska åtgärder. Redan börjar vi få en ny specialitet inom psykiatrin — toxiatrin — och man kan också skönja en ny tvärvetenskaplig disciplin — toxikomanologin — som en framtida avspaltning från den teoretiska socialmedicinen, som är ett vidunderligt encyklopediskt universalämne.

Tyvärr har narkomanifrågan som bekant blivit mycket emotionellt laddad för att inte säga infekterad, inte bara utomlands utan sedan många år även i vårt land. En källa till detta kan spåras tillbaka till gamla, ursprungligen religiösa tabukomplex, senare sekulariserade, moraliskt laddade föreställningar om synd och skuld, om oförtjänta njutningar och självförvållad olycka etc. Andra återigen reagerar utifrån allmänna sociala, ekonomiska, medicinska eller mentalhygieniska aspekter. En radikalt annan men i princip ännu viktigare och allvarligare konfliktorsak har varit lansering av såväl teoretiskt som praktiskt illa genomtänkta och om möjligt ännu sämre genomförda behandlingsförsök.

Det är beklämmande att se att praktiskt taget all "försöksverksamhet" på detta område — utomlands såväl som i Sverige — har varit så bristfälligt planerad att vetenskapligt säkra slutsatser inte kan dras av projekten oavsett hur de utfallit i praktiken. Vad som här bör sägas är att tillskyndarna av iver och okunnighet lyckats kompromettera potentiella behandlingsmetoder och undergräva adekvat behandlingsmotivation hos de sjuka (och deras anhöriga). Samtidigt har de sjuka bibringats falska förhoppningar om att deras svåra belägenhet varaktigt skulle kunna lösas genom dessa behandlingsprojekt, som grundats på bristfälliga analyser av problemkomplexen, felaktiga medicinska principer och överoptimistiska och orealistiska förväntningar om hur de sjuka borde bete sig under givna behandlingsförhållanden. Dessa narkotikaförskrivningar har som regel genomförts som om omvärlden inte existerade, som om epidemisk toxikomani inte var en smittsam

sjukdom, som om det inte fanns en lukrativ illegal drogmarknad etc., etc.

Men även detta är problem som kan dissekeras logiskt, problem som man bör kunna diskutera sig fram till vettiga lösningar av inom psykiatri, socialmedicin och socialpolitik. Sådana analyser och diskussioner måste givetvis underbyggas med betydande forskningsinsatser, vetenskapligt planlagda och ledda behandlingsexperiment med fullgoda kontrollmaterial, i tillämpliga delar utförda med dubbel-blind-metodik.

VAD GÄLLER DISKUSSIONEN?

Narkomanidebatten berör många avsnitt, där osäkerhet eller oenighet råder även i s. k. expertkretsar. Den mest uppmärksammade, laddade och kontroversiella frågan gäller legal tilldelning av narkotika till de narkotikaberoende, som i flertalet länder nu är hänvisade till svartabörsinköp för ockerpriser. *Vad man dock oundgängligen måste veta och aldrig får glömma är att praktiskt taget hela den internationella debatten här gäller opiaterna och att resonemangen inte går att överföra på de centralstimulerande medlen, som har en helt annan karaktär och ger upphov till helt andra sjukdomsbilder och sociala verkningar.*

Den amerikanske sociologiprofessorn Alfred R. Lindesmith, som kanske mer än någon annan sysslat med dessa problem, betonar just detta med skärpa i förordet till sitt mest berömda arbete "The Addict and the Law" (s. IX): "I denna bok sysslar vi huvudsakligen med narkomani av opiattyp (primarily with the addiction to opiate drugs and their equivalents). Medlen i denna grupp har så fullständigt andra verkningar än sådana medel som marihuana och kokain att de inte på ett meningsfullt sätt (intelligently) kan diskuteras tillsammans med dem." Från vår genomgång av de centralstimulerande medlen erinrar vi oss att de syntetiska preparaten (amfetamin, Preludin, Ritalina, etc.) vid intensivt missbruk ger upphov till sjukdomsbilder som står kokainismen nära — om de inte rent av är varianter av samma sjukdom. Lindesmith har för övrigt inte sysslat med centralstimulantia och diskuterar inte narkomani av denna typ.

De centralstimulerande medlen — de syntetiska såväl som na-

turprodukten kokain — ger *inte* upphov till fysiska abstinensbesvär och gängse medicinsk behandling av dessa tillstånd inkluderar omedelbart avbrott av gifttillförseln och eventuell tillförsel av vissa lugnande medel. Opiaterna däremot — de naturliga såväl som de syntetiska motsvarigheterna — kan ge upphov till mycket starka och ibland till och med livshotande abstinensreaktioner (beroende på storleken av de doser som intagits de senaste veckorna), och medicinsk behandling av dessa tillstånd innefattar successiv avgiftning med fallande doser under en eller annan vecka. Den som missbrukar centralstimulantia blir "hög" och omdömeslös men normaliseras snabbt till sitt habitualtillstånd vid avgiftningen; den som är kroniskt opiatberoende kan *i vissa fall* fungera i stort sett normalt när han tillförsäkras en bestämd, daglig underhållsdos, medan han blir akut sjuk och desperat då han saknar medlet.

Det första, största och mest ödesdigra misstaget i den svenska debatten inträffade när man genom falska analogislut mekaniskt överförde Lindesmiths och andra utländska forskares resonemang om opiaterna till att gälla vårt svenska amfetaminmissbruk. Det är främst Takman som i en rad arbeten gjort sig skyldig till denna sammanblandning och kommit att influera en rad andra inhemska debattörer, främst lekmän och journalister, att engagera sig i narkomanifrågan på dessa bräckliga grunder.

I Stockholm har vi ett femtiotal kroniska morfinister av epidemisk typ men sannolikt finns över 5 000 personer som mer eller mindre regelbundet missbrukar centralstimulantia genom intravenösa injektioner. *Argument som strängt taget endast skulle beröra en procent av missbrukarpopulationen har genom en logisk kullerbytta kommit att appliceras på hela vår missbruksepidemi med en enorm förvirring till följd.* Därtill kommer, som vi snart skall se, att Lindesmith själv reserverar sig mot opiatutdelning till morfinister av den typ som flertalet av våra epidemiska fall utgör!

Såvitt jag vet har ingen läkare eller forskare föreslagit underhållsdoser av kokain till kokainister. I Japan blev man som nämnts tvingad att praktiskt taget helt eliminera centralstimulantia från medicinsk praxis (utom för narkolepsifall) för att komma till rätta med denna i vissa avseenden allvarligare miss-

bruksform än opiatberoendet: de centralstimulerande medlen har ju, som visats av bl. a. Borg (1961) och Rylander (1966) en utpräglat kriminogen verkan på socialt missanpassade människor. Dessa stimuleras till en rastlös men planlös aktivitet samtidigt som deras självkänsla blir sjukligt förhöjd, vilket i praktiken är ungefär detsamma som att deras ofta redan tidigare bristfälliga omdöme försämras ytterligare och de sista kriminalitetsdämpande bromsarna släpper.

I stället för att som i Japan på allvar försöka komma till rätta med det snabbt tilltagande missbruket av centralstimulantia tillät medicinalstyrelsen utportionering av kopiösa mängder centralstimulantia till epidemiskt smittade missbrukare för självmedicinering — man försökte sig på att släcka eld med bensin, som laborator Gunnar Lundquist så träffande uttryckt saken.

LINDESMITHS TEORIER

Lindesmith har under de mer än trettio år han ägnat sig åt narkomaniproblemen tillfört debatten många utomordentligt värdefulla element, och han har mer än någon annan pekat på verkningarna av ett ensidigt, hårt och — i många amerikanska delstater — direkt brutalt repressionssystem.

På basen av "The Addict and the Law" och andra av Lindesmiths skrifter skall jag först redogöra för teorier och synpunkter, där jag instämmer med Lindesmith, och samtidigt komplettera framställningen med material från andra källor. Därefter kommer vi in på de frågor där Lindesmith enligt min uppfattning är felinformerad, inte har drivit analysen tillräckligt långt eller förenklat problematiken.

Lindesmiths introduktion av *cravingbegreppet* (s. 31) har varit utomordentligt befruktande och i ett slag rensat den vildvuxna äldre begreppsfloran. Man skulle väl också kunna tillägga att det för oss psykiatrer, som i generationer arbetat med narkomaniproblematiken, är en aning genant att detta Columbi ägg skulle ställas på sin spets av en sociolog.

Den skildring som Lindesmith lämnar av det hårda amerikanska repressionssystemets natur och verkningar synes väl underbyggd och i allt väsentligt övertygande. Han påpekar att den illegala

handeln följer vanliga nationalekonomiska marknadslagar om tillgång och efterfrågan, handelsrisker och priser. När riskerna blir större genom högre straffsatser eller preparattillgången blir mindre genom effektivare tull- och polisbevakning stiger priserna men profiterna blir under alla omständigheter mycket goda för dem som organiserar och styr den illegala handeln. Här kan jag erinra om att några ekonomer genom att studera prisfluktuationerna på den illegala drogmarknaden i anslutning till stora tull- och polisbeslag försökt räkna sig fram till marknadens totala omfång.

Ju större riskerna och profiterna blir, desto fastare blir också den illegala handeln organiserad och styrd av gangsterkretsar. Därtill kommer att de största riskerna genomgående tas av dem som får de minsta förtjänsterna — gatuförsäljarna, "peddlers", vilka som regel själva är missbrukare och vanligen finansierar sitt eget missbruk och uppehälle genom narkotikalangning. Däremot är det mycket sällan som myndigheterna når de verkliga storprofitörerna, som själva inte är missbrukare och som skyddas av många led av mellanhänder, där vart och ett endast känner sin närmast över- och underordnade i kedjan. Jag vill tillägga att svårigheterna att komma till rätta med organisationer av denna typ komplicerats till det yttersta när gangsterorganisationerna, som i vissa fall skett, genom rikliga mutor till och med lyckats påverka personer inom polisorganisationen till särskild hänsyn.

För att ytterligare belysa de metoder, som de amerikanska narkotikaligorna arbetar med och det hot och de risker heroinmissbrukarna ständigt lever under, skall jag referera några belysande förhållanden, som Louria (1966) skildrar. Det vita och luktlösa heroinpulvret blandas successivt ut med socker, krita eller andra vita pulversubstanser när heroinet vandrar från led till led i den illegala handelsorganisationen. Vid provanalyser som gjorts har det visat sig att heroinkoncentrationen i pulvren mycket sällan överstiger 5 procent när de i sista ledet saluförs till genomsnittsmissbrukaren; som regel ligger koncentrationen vid 2—3 procent men inte sällan finns det över huvud taget inte något heroin alls i pulvren. Om langaren eller någon högre upp i ligan fattar misstankar mot en viss missbrukare för samarbete med polisen eller om missbrukaren av någon annan an-

ledning betraktas som obekväm, säljer man honom ett pulver med 70—100 procent heroin med resultat att vederbörande avlider i överdosering i direkt anslutning till den intravenösa injektionen av det upplösta pulvret. Av de omkring 2 500 akuta dödsfall i direkt anslutning till intravenösa injektioner, som man diagnostiserat i New York den senaste tioårsperioden (Helpern 1967), anses en betydande del vara av denna natur, men Helpern anför anafylaktisk chock som en sannolikt vanligare dödsorsak vid dessa fall. Det bör kanske påpekas att dödsfall genom överdosering inte rapporterats vid injektion av centralstimulantia i starkt varierande doser.

Lindesmith påpekar att det på grund av de höga heroinpriserna är omöjligt att finansiera ett regelbundet missbruk med vanliga arbetsinkomster. I detta läge stjäl amerikanska heroinister för många miljoner kronor om dagen för att via hälare — som endast betalar en bråkdel av det faktiska värdet av tjuvgodset — få medel att köpa sina dagliga doser heroin. För de kvinnliga missbrukarna blir prostitutionen en näraliggande och mindre riskabel inkomstkälla. Winick (1965) har påpekat att de kvinnliga narkomanerna av denna anledning som regel blir kända av samhällets kontrollorgan senare än de manliga: i USA brukar en manlig heroinist vara känd av myndigheterna inom två år efter debuten, en kvinnlig först efter ytterligare ett eller annat år. Detta stämmer mycket väl med mina egna erfarenheter av de omkring 2 000 intravenösa medicinmissbrukare, som ingår i min stockholmsundersökning. Kvinnorna är här genomgående mera nedgångna än männen, som relativt sett oftare blir gripna för brott och därigenom får sin missbrukskarriär (temporärt) avbruten på ett tidigare stadium än kvinnorna.

Lindesmith nämner att domstolarna i USA ofta kommer i mycket besvärliga situationer på grund av lagarnas kategoriska utformning. Över huvud taget har domstolar en tendens att hellre fria än fälla om straffsatserna synes orimligt höga, och detta gäller särskilt vid narkotikabrott begångna av enskilda missbrukare som inte själva är kända som langare. Personligen vill jag tillägga att de amerikanska domstolarnas dilemma blir ännu större när angränsande delstater — som ofta är fallet i USA — har väsentligt andra straffsatser. Det förefaller mig som om huvud-

syftet med de i vissa amerikanska delstater ytterligt stränga narkotikalagarna kan ha varit att driva iväg narkomanerna till andra delstater som har mildare lagar, och detta har man uppenbarligen lyckats med. Detta är ett fenomen som påminner om snåla svenska kommuners sätt att genom otillräcklig socialhjälp driva fattigt folk att flytta från ort till ort — en förr mycket vanlig metod som utnyttjades systematiskt men som än i dag förekommer på sina håll.

Lindesmith påpekar att narkomanerna i ett hårt repressionssystem blir utsatta för allt slags förnedring och därtill lätt blir föremål för utpressning. Här skulle jag vilja tillfoga att narkomaniserade läkare måste vara särskilt sårbara för utpressning. Dels kan de tvingas att skriva ut de begärliga gifterna åt utpressarna, dels har de ekonomiska tillgångar att ta av och en social position att riskera; genomsnittsmissbrukaren har som regel inte någon av dessa sårbara punkter.

Enligt Lindesmith är det viktigare att eliminera svarta börsen och undandra gangstervärldet en av dess största makt- och inkomstkällor än att försöka bota narkomanerna. Lindesmith menar att opiatnarkomani visserligen som regel är en kronisk och närmast terapiresistent sjukdom, men han hävdar att den inte behöver vara socialt invalidiserande om narkomanen kan tillförsäkras sina dagliga morfin- eller heroindoser; han hävdar att många opiatberoende amerikanska läkare fullföljer sitt arbete med hjälp av underhållsdoser som kolleger hjälper dem med.

Opiatberoende i sig är enligt Lindesmith inte det verkligt allvarliga fenomenet utan huvudproblemet ligger i alla de sekundära sociala konsekvenser som följer av illegalisering av opiumhandeln — svartabörsmarknad, gangstervälde, ockerpriser, fattigdom, prostitution, kriminalitet, inhumana repressionsåtgärder och ett helt liv i förnedring och elände för missbrukarna — in och ut ur fängelser och slummiljöer i en ändlös följd.

Så långt är jag i allt väsentligt överens med Lindesmith i beskrivningen av förhållanden och skeenden. Nu kommer vi in på några andra aspekter, som Lindesmith skildrar mycket väl men där jag vill tolka fenomenen på annat sätt än Lindesmith gjort. Det är lagstiftningen som skapat problemen, är Lindesmiths grundteori; jag vill lika bestämt påstå att lagstiftningen är

framsprungen ur missbruksmönstren och utgör mer eller mindre adekvata — eller inadekvata — reaktioner på dessa. Naturligtvis kan inte problemställningen bantas ned så hårt och hypoteserna formas så enkelt — det förekommer givetvis alltid en växelverkan mellan beteenderubbningar och samhällsreaktioner — men den grundläggande dynamiken i skeendet måste antingen följa Lindesmiths teori eller min.

THE HARRISON ACT — EN OMDISKUTERAD LAG

För att få ett riktigt historiskt perspektiv på de här problemen måste man gå tillbaka till tiden före första världskriget. I USA såldes då narkotiska preparat fritt i drug stores, och vem som helst kunde köpa exempelvis morfin för självmedicinering. Resultatet av detta hade blivit att uppskattningsvis ett par hundra tusen personer, mest kvinnor, hade blivit svårt narkomaniserade. Att kvinnorna var starkt överrepresenterade berodde på att det vid denna tid var vanligt att använda olika former av opiater mot menstruationssmärtor; eftersom dessa tenderar att återkomma hade en tillvänjningsmekanism inträtt och toleransstegring utvecklats på vanligt sätt. Särskilt snabbt gick förloppet när folk hade börjat använda morfin mot tandvärk, huvudvärk och andra ofta återkommande smärttillstånd eller mot kroniska besvär av exempelvis reumatisk karaktär. Ett mycket stort antal människor hade alltså oförmodat och aningslöst blivit narkomaniserade under huskursmedicinering och var sedan piskade att kontinuerligt använda opiater även sedan de ursprungliga smärttillstånden eventuellt hade upphört. Från försök i Lexington vet man att flertalet morfinister, som under försöksbetingelser fått fri tillgång till morfin, blir mycket sjuka. Det uppges också att dessa amerikanska kvinnors tillstånd var utomordentligt miserabelt.

Dessa missförhållanden ledde till att man 1914 införde en lag, The Harrison Act, som blivit mycket omdiskuterad. Till sin natur är Harrison Act egentligen en tull- och skattelag, men den har kommit att fungera som en allmän narkotikalag, särskilt sedan en rad prejudicerande domar under 1920-talet skärpte dess praktiska tillämpning.

Som så ofta i amerikansk lagstiftning blev det en ganska tvär

kastning från en ytterligt liberal bedömning till en mycket restriktiv. Efter en övergångsperiod av nio år hade man kriminaliserat praktiskt taget all befattning med narkotika utanför en snäv medicinsk användning vid akuta smärttillstånd etc. Situationen var alltså att man hade ett par hundra tusen svårt morfinsjuka personer, mest medelålders kvinnor men i begynnande utsträckning även yngre kriminella män, som intensivt eftertraktade sitt gift, och det fanns asociala kretsar som tidigt insåg att en profitabel marknad för illegal handel hade skapats. Redan från början spelade maffiaintressenter en framträdande roll i den amerikanska opiathandeln.

Lindesmiths teoribildning centreras kring Harrison Act, men han sammanblandar enligt min mening på ett ödesdigert sätt orsaker och verkningar i skeenden, som han annars beskriver mycket observant:

Om vi bortser från frågan om antal och koncentrerar oss på de vidrigheter som är följden av det sätt på vilket man har angripit problemet snarare än ofrånkomliga följder av själva narkomanin (addiction), kan man säga att narkomaniproblemet av i dag till stor del har tillkommit efter 1914, då Harrison Act antogs, och till stor del som en följd av denna lag. Före 1915 var narkomanin huvudsakligen ett numerärt och individuellt problem; i dag har det dessutom blivit ett betydande socialt problem. Före 1915 fanns det ingen illegal handel att tala om, kriminalitet och narkomani var inte sammankopplade så som nu, antalet narkomaner (addicts) i fängelser var mycket obetydligt och det fanns ingen ungdomsnarkomani. Man måste också hålla i minnet att den överväldigande majoriteten av våra dagars medicinmissbrukare blev narkomaner efter det Harrison Act antagits.

Det är främst på två sätt som narkomaner rekryteras: a) det ena är genom terapeutisk användning av medlet, antingen genom läkarförskrivning eller genom folkliga föreställningar och vanor; b) det andra är genom kontakt (association) mellan missbrukare och icke-missbrukare under det medlet används för syften andra än terapeutiska. Dessa båda rekryteringsmönster tenderar att selektera olika slags människor. Vilket av dessa mönster som dominerar tycks främst bestämmas av den typ av kontrollsystem som är rådande. När politiken för narkomanerna innebär förbud och bestraffning dominerar som regel det andra mönstret och antalet narkomaner

är relativt stort; när narkomanerna behandlas som patienter och får legal tillgång till medlen, tenderar antalet narkomaner att bli mindre, och flertalet av dem har från början använt medlen av medicinska skäl.

Med kännedom om demografiska karakteristika beträffande narkomanerna i ett land är det vanligen en lätt sak att sluta sig till (usually a simple matter to infer) vilken narkotikapolitik landet för och vice versa. Om det således finns relativt många narkomaner och de till övervägande del utgöres av unga män ur de lägre sociala skikten och slummen i städerna (young urban males), kan man sluta sig till att kontrollsystemet består av förbud och bestraffning — som i Förenta staterna — och att bruket sprids genom kontakter i den undre världen mellan narkomaner och icke-narkomaner. När narkomanerna å andra sidan är äldre — få är under trettio exempelvis — och när de är ganska jämnt fördelade på socialgrupper (classes), kön samt stad och landsbygd kan man vanligen tryggt sluta sig till (one may usually conclude with confidence) att narkomanerna behandlas som medicinska fall och främst rekryteras genom terapeutisk användning av medlen. I detta fall är det också vanligen så att antalet narkomaner är jämförelsevis lågt i förhållande till folkmängden, och de narkomaner som rekryterats från gruppen medicinalpersonal och närliggande yrkesgrupper utgör en hög procent av totalantalet. För att nämna ett par exempel så rapporterade England 1960 att 63 av 437 narkomaner tillhörde gruppen medicinalpersonal, och för Västtysklands vidkommande var motsvarande siffror samma år 850 av 4334. ("The Addict and the Law", s. 128—129.)

I slutet av första stycket påpekar Lindesmith att den överväldigande majoriteten av våra dagars medicinmissbrukare blivit narkomaner efter 1914. Eftersom boken publicerades 1964 är innebörden av påpekandet endast att narkomaner över 70 år (och etablerade före 1914) utgör en minoritet bland dagens amerikanska narkomaner. Detta är en självklarhet, och Lindesmiths konstaterande är förstås endast en liten lapsus som kan tyda på att han arbetat under hård tidspress.

Att de sociala komplikationerna av de nya narkomaniformerna i USA — liksom i Sverige skulle jag vilja inskjuta — fått en helt annan form och innebörd efter det första världskriget är givetvis alldeles korrekt, men Lindesmiths tolkning av dynamiken mellan orsaker och verkningar måste granskas närmare.

Lindesmith är fullt klar över att den gamla tidens opiatnarkomaner, som utvecklat sitt beroende under medicinsk behandling eller huskursmedicinering, utgjorde en helt annan kategori av missbrukare än de som nu dominerar bilden i många länder. I historiken över opiaterna nämnde vi att opiumrökningen i Asien — och det gällde också bland asiatiska immigranter i USA — på 1800-talet hade rykte om sig att vara en god huskur mot en rad sjukdomar, bland annat tuberkulos.

Den gamla kategorin missbrukare som först använde medlen i samband med sjukdom eller som rökte opium har ersatts av en annan typ av missbrukare som börjar använda heroin därför att han söker efter kickar och som uppenbarligen dras till heroin i första hand på grund av tjusningen i att det är illegalt och dyrt. ("The Addict and the Law", s. 132.)

Det är här våra terapeutiska och epidemiska narkomaniformer Lindesmith skildrar, men han ger dem inga speciella beteckningar utöver den "gamla" och "nya" typen av narkomani.

Tidigare trodde man allmänt att smådistributörerna, langarna, som själva är missbrukare, medvetet försöker överföra missbruket till andra för att på det sättet utvidga kundkretsen. Nyare forskningar (bl. a. beträffande polisklientelet i Stockholm) visar att detta inte är en väsentlig spridningsmekanism, vilket också Lindesmith mycket övertygande påvisat. Ingen har heller bättre än Lindesmith skildrat hur initieringen av missbruk sker enligt vårt epidemiska mönster.

Som jag sagt förutsätter initieringsprocessen vid drogbruk i dag vanligen intima vänskapsrelationer mellan en brukare och en icke-brukare, sådana relationer som mellan förälskade, nära vänner eller gängmedlemmar. Debutanten tvingas inte ta sina första injektioner (shots) och övertalas som regel inte ens att göra det. Han gör det av egen vilja, ofta mot sina vänners inrådan. De mänskliga relationerna kring uppkomsten av narkomani och kring de ursprungliga psykologiska förberedelserna för narkomanidebuten är av sådan natur att de mycket sällan observeras. Som regel får vi kännedom om dem först efteråt, då ett nytt narkomanifall upptäcks. ("The Addict and the Law", s. 133—134.)

Hur förhåller det sig nu med Lindesmiths tes att den nya missbrukartypen är en produkt av lagstiftningen? Först måste vi undersöka om tesen är korrekt beträffande amerikanska förhållanden, sedan — oavsett hur den granskningen utfaller — får vi undersöka i vad mån det föreligger ett regelbundet mönster i skilda länder mellan liberala giftlagar och ett lågt antal missbrukare å ena sidan och restriktiva lagar och högt antal missbrukare å den andra, vilket är Lindesmiths huvudteori; han utvecklar den med särskild hänvisning till Europa och främst England. Speciellt intressant måste det vara att undersöka dynamiken i länder där snabba förändringar skett i missbruksfrekvens eller lagstiftning eller i båda dessa element.

Det är alldeles riktigt att de medelålders narkotikabrukarna av den gamla typen efter Harrison Act kom att utgöra en profitabel marknad för illegal narkotikahandel. De blev så småningom äldre och gick slutligen i graven med sin narkomani, och hela sjukdomspanoramat blev då förändrat. De yngre, asociala och kriminella män, som drogs in i den illegala handelsapparaten, var i stor utsträckning själva missbrukare, och det blev i första hand kring dessa kretsar som narkomanerna i fortsättningen kom att rekryteras.

Men vad är orsak och vad är verkan? Lindesmith hävdar bestämt att missbruk av den nya typen knappast förekom före Harrison Act, men han är här bristfälligt orienterad. I en utomordentligt initierad artikel i New York Medical Journal den 14 november 1914 (nytryckt i O'Donnell och Balls antologi 1966) *visar Lichtenstein att man redan 1914 hade ett utbrett missbruk av den "nya" typen bland polisklientelet i New York.*

Lichtenstein var fängelseläkare vid City Prison, Manhattan, där man vid denna tidpunkt hade 1 600 intagningar per år. Av dessa 6 procent narkomaner. Lichtenstein har redogjort för 1 000 fall.

Ökningen i antalet personer som blivit beroende av narkomaniframkallande medel (addicted to habit forming drugs) har varit utomordentlig (extraordinary) under de senaste fem åren. Den största ökningen har skett det senaste året. Huruvida det är fråga om en reell ökning av antalet narkomaner eller inte är svårt att

säga; det kan bero på att en skärpt tillämpning av narkotikalagarna medfört att flera narkomaner nu kommer till vår kännedom, för när man noterar antalet narkomaniserade unga fångar och beaktar hur länge de varit missbrukare är det lätt att se att dessa vanor ökar.

Vad beträffar initieringen av bruket har jag tagit reda på detta och kommit fram till följande: De offer som direkt leder narkomani tillbaka till läkarförskrivningar är mycket få; jag har endast funnit tjugo sådana bland 1 000 fall, och flertalet av dem var kvinnor som hade lidit av salpingiter. — — — Antalet unga narkomaner är enormt. Jag har kommit i kontakt med sexton och arton år gamla ungdomar som uppgivit att de tagit narkotika i åtminstone två års tid. ("New York Medical Journal", s. 962—966, 1914.)

Det är alltså uppenbart att *den epidemiska formen av narkomani, Lindesmiths nya typ, var vitt utbredd i New York före 1914 och redan då hade expanderat snabbt.* Lichtenstein berättar också om en utbredd privat småhandel med narkotika i New York vid denna tid, och *det finns all anledning att se Harrison Act som en reaktion mot dessa tendenser likaväl som mot följderna av den obegränsade huskursmedicineringen med opiater.* Att man sedan — omedelbart efter det att lagen trätt i kraft — fångade in en massa langare och kunde konstatera att många yngre personer som greps för andra brott var opiat- eller kokainmissbrukare, är inte märkligare än att en mängd — dittills obemärkta — narkomaner hittades i Stockholm 1958, sedan en narkotikaåklagare börjat rensa upp i träskmiljöerna.

DE AMERIKANSKA NARKOTIKADISPENSÄRERNA

Innan vi går vidare och konfronterar Lindesmiths huvudteori om sambandet mellan lagar och narkomanifrekvens med förhållandena i en rad länder skall vi först kortfattat redogöra för ett par berömda hörnstenar i Lindesmiths argumentering: de mycket omdiskuterade amerikanska narkotikadispensärerna på 20-talet och senare det lika omskrivna "engelska systemet".

Vi har alltså sett hur den redan före 1914 och Harrison Act begynnande spridningen av narkomani av epidemisk typ accen-

tuerades genom lagstiftningen: De tidigare genom läkarbehandling eller självmedicinering etablerade narkomanerna dog så småningom undan och nyrekryteringen till denna kategori avtog snabbt. Samtidigt expanderade missbruksepidemin i kriminella kretsar och särskilt bland fattiga och färgade i storstädernas kriminella slumområden. *Ur socialmedicinsk och generisk synpunkt var det i princip en helt annan sjukdomsform som nu uppträdde som massfenomen,* men såvitt jag kan se har detta 1967 ännu inte analyserats i den internationella fackpressen.

Övergången från Lindesmiths "gamla" missbruksbild till den "nya" var inte så plötslig och dramatisk som den ofta framställts i skilda sammanhang. Under perioden 1919—23 gjorde man vid ett stort antal dispensärer i USA omfattande försök att skriva ut narkotika på recept till personer som var opiatberoende, både terapeutiskt etablerade narkomaner, gamla självetablerade singelfall och sådana som blivit narkomaniserade genom den expanderande epidemiska spridningen i nya befolkningsgrupper.

Man började öppna dessa polikliniker 1919. Lindesmith (s. 138) citerar ur årsrapporten för 1918—1919 från the Commissioner of Internal Revenue, som hade uppsikten över Harrison Act:

Efter det den justerade lagen trätt i kraft är det uppenbart att åtgärder måste vidtagas för att behandla och bota narkomaner som inte kan erhålla de narkotika som är nödvändiga för att täcka deras egentliga behov, då narkomanen vanligen — om han plötsligt berövas det narkotikum som han är tillvand till — lider utomordentligt både fysiskt och psykiskt och i detta tillstånd utgör en fara för liv och egendom — — —

Dispensärerna upprättades i hast och utan gemensam praxis eller målsättning: vid vissa registrerade man de behandlade narkomanerna, vid andra underlät man detta, några tog som sin uppgift att försöka bota de sjuka, andra såg som sin uppgift endast att rädda narkomanerna från langarna. Standarden varierade uppenbarligen mycket mellan olika dispensärer, men ingen har förnekat att vissa av dessa institutioner var synnerligen otillfredsställande.

Det har framkommit — och påpekats av både Lindesmith och amerikanska läkarförbundet — att det förekom talrika anmärk-

ningar, att förskrivningar ibland skedde utan att vederbörande var narkoman, att patienterna delade med sig av sina doser till andra, att många sålde preparat på svarta börsen och erhöll extra tilldelning under falsk identitet, att doserna tenderade att stiga i stället för att falla, att polismyndigheten inte kunde stoppa narkotikalangningen då man ideligen stötte på legalt förskrivna förpackningar när man försökte bevisa olaga innehav etc. — allt erfarenheter som vi femtio år senare måste lära av egna misstag i Sverige.

Myndigheterna lyckades inte få kontroll över utvecklingen, och behandlingsmetoden kom i svårt vanrykte. 1921 upphörde de flesta dispensärerna, och de sista stängdes genom ett regeringsdekret 1923. Detta torde ha bidragit till att den illegala handeln snabbt sköt fart i ännu högre grad än tidigare.

Lindesmith hävdar att regeringens beslut att stänga narkotikadispensärerna inte kan ha varit grundat på rapporter från de lokala myndigheterna, eftersom flertalet av poliklinikerna endast hade varit i verksamhet en kort tid då dekretet kom; Lindesmith förmodar att det måste ha varit en moraliserande attityd mot narkomanerna och deras sjukdom, som låg bakom beslutet.

I en undersökning som amerikanska läkarförbundets Council of Mental Health genomförde 1957 (en officiell sammanfattning av rapporten återfinns i O'Donnell och Balls antologi) påpekas att omständigheterna kring stängningen av narkotikadispensärerna i många avseenden är oklara men att det klart framgår att läkarkåren spelade en avgörande roll. Vi citerar ur den officiella sammanfattningen (O'Donnell och Ball, s. 184):

The Committee on Narcotic Drugs of the Council on Health and Public Instruction of the American Medical Association företog 1920 och 1921 ytterligare undersökningar och avgav i juni 1921 en rekommendation som förefaller ha varit utomordentligt betydelsefull för den medicinska opinionsbildningen. Denna rekommendation hade följande lydelse: "Nr 8. Kommittén önskar protokollföra sin bestämda övertygelse att varje behandlingsmetod vid narkomani — oavsett om den är privat, institutionell, kommunal eller statlig — som tillåter narkomanerna att dosera sig själva med de beroendeframkallande narkotiska medlen i sin egen hand för självmedicinering, är en otillfredsställande behandling av nar-

komani, ger upphov till bedrägliga illusioner, utbreder narkotikamissbruket och förorsakar stegrad kriminalitet. Kommittén rekommenderar därför att amerikanska läkarförbundet kräver (urge) att federala och statliga myndigheter uppbjuder (exert) sin fulla kraft och myndighet för att få ett slut på alla slags så kallade ambulanta metoder för narkomanibehandling, oavsett om de sköts av privatpraktiker eller av så kallade 'narkotika-kliniker' eller dispensärer." Vid amerikanska läkarförbundets årsmöte 1924 antogs denna resolution av representantskapet och blev därmed amerikanska läkarförbundets officiella ståndpunkt.

Det föll givetvis på de lokala hälsovårds- och polismyndigheterna att effektuera regeringens order om stängning av narkotikadispensärerna, men det är felaktigt som det gjorts gällande i debatten att det var polismyndigheten som genomdrev sin egen politik understödd av trångsynta moralister. Säkerligen fanns även sådana krafter i rörelse, men det är viktigt att erinra om att det var på en mycket bestämd uppmaning från en expertkommitté inom amerikanska läkarförbundet och en kraftfull aktion från förbundet som regeringspolitiken utformades.

Det är intressant att se hur man möter samma tendentiösa historieskrivning när liknande behandlingsäventyr eller liberal förskrivningspraxis kapsejsar i andra sammanhang. Inför den allmänna opinionen är det så mycket bekvämare att utmåla åklagarmyndighet och polisväsende som inhumana krafter som av illvilja vill göra livet surt för narkomanerna än att erkänna att ledande medicinska experter, fackkommittéer och läkarorganisationer som satt sig in i problematiken finner verksamheten oförsvarlig ur medicinsk synpunkt. Det är en debattmetod som då den praktiseras av läkare är lika lättsinnig och ansvarslös som den behandlingsmetod de förespråkar.

Man kan inte undgå att konstatera att en utomordentligt anmärkningsvärd, till synes universell företeelse är förknippad med dessa förskrivningsexperiment, oavsett om de ägt rum i 20-talets USA eller 60-talets Europa: Registreringen av de enklaste basdata kring verksamheterna tycks alltid vara lika bristfällig. Det har efteråt varit omöjligt att få någon objektiv information om vad som verkligen förevarit vid dispensärerna, och amerikanska läkarförbundets Council of Mental Health nämner i sin tidigare

citerade rapport från 1957 att "även om uppgifterna om klinikernas verksamhet är svåra att värdera är de skadliga verkningarna något bättre dokumenterade än uppgifterna om deras värdefulla insatser" (O'Donnell och Ball, s. 182).

En stor del av de begränsade data som finns är inte tillräckligt objektiv för att vara av något större värde när det gäller att formulera en klar värdering av syftet med klinikerna, det sätt de fungerade på och de resultat som uppnåddes. (s. 180.)

Myndigheterna nöjde sig med att stänga klinikerna utan att låta genomföra någon detaljgranskning av vad som förevarit, och behandlingsjournaler i egentlig mening tycks inte ha funnits och har inte kunnat rekonstrueras efteråt. Därmed saknas själva grunden för en objektiv värdering av narkotikadispensärernas verksamhet, och fältet lämnas fritt för positivt och negativt tyckande. Vilka resultaten än blev var verksamheten värdelös som experiment, och hela det dyrbara projektet tillförde inte vetenskapen någon positiv kunskap på grund av oförsvarlig underlåtenhet att säkra elementära, objektiva basdata kring narkotikadispensärernas verksamhet. Det var inte långt ifrån att den uppmärksammade svenska "försöksverksamheten" i samma anda också försvunnit i historiens töcken som sina amerikanska föregångare och givit upphov till en lika grundlös mytbildning om att "bristande resurser", "oförstående sjukvårdsmyndigheter", "inskränkta moralister" och "ortodoxa och reaktionära läkare" satte krokben för den "progressiva" och "humanitära" verksamheten. Den här gången har emellertid det viktigaste basmaterialet — recepten — säkrats genom extraordinära omständigheter, och det bör en gång för alla bli slut på mytbildningen.

LINDESMITHS SEX GRUPPER AV NARKOMANER LÄMPADE FÖR LIBERAL NARKOTIKAFÖRSKRIVNING

När Lindesmith övergår till att avgränsa de grupper, som han anser bör ifrågakomma för liberal narkotikaförskrivning ("The Addict and the Law", s. 278—279) frapperas man av vilka svårigheter även en framstående sociologiprofessor har att kämpa

med då han efter trettio års studier i ämnet skall formulera ett realistiskt behandlingsprogram. Vi skall in extenso återge Lindesmiths indelning av narkomanerna och fortlöpande kommentera de olika grupperna.

Utbyggnaden av medicinska arrangemang för narkomaner bör därför börja med en gradvis uppmjukning av dessa bestämmelser; och följande grupper av narkomaner tas in i behandlingsprogrammet i en viss ordning:

1. Narkomaner som lider av icke dödliga (non-fatal) eller kroniska sjukdomar bör vara bland de första som tas med.

Kommentar: Denna grupp är oklart beskriven, då Lindesmith inte klargör sambandet mellan det kroppsliga sjukdomstillståndet och narkomanin. Jag utgår dock från att han avser att narkomanin i dessa fall är en följd av återkommande eller kroniska smärttillstånd. Hur patienter av denna typ lämpligast skall behandlas med avseende på sin narkomani kan avgöras först efter utredning och observation på sjukhus, varefter läkarna (vederbörande kroppsspecialist och psykiater) från fall till fall bör avgöra om man skall resignera inför opiatnarkomanin och i fortsättningen underhålla den eller om den i sig själv bör bli föremål för särskild behandling. Dessa patienter är exklusivt medicinska fall och vållar som regel inga sociala eller polisiära problem.

2. Gamla narkomaner som har varit narkomaniserade i många år och har undergått många behandlingsförsök och som det förefaller grymt, meningslöst och hopplöst att försöka bota.

Kommentar: Jag tror liksom Lindesmith att det är viktigt att kunna resignera inför gamla, kroniska och terapiresistenta narkomanifall, och de bör efter noggrann psykiatrisk utredning kunna tillförsäkras regelbundna underhållsdoser. Om det är fråga om fall av epidemisk typ, dvs. om de har blivit indragna i sitt missbruk genom andra narkomaner, bör doserna intas i form av metadonjuice och under överinseende av behandlingspersonal eller annan mycket pålitlig person. Hittills kan en sådan underhållsmedicinering dock anses medicinskt försvarlig endast vid

opiatberoende, vilket också är det enda som Lindesmith diskuterar. De centralstimulerande medlen utgör ett principiellt helt annat medicinskt och socialt problem.

3. Personer som har blivit narkomaniserade under medicinsk behandling; dessa patienter bör även fortsättningsvis vara en medicinsk angelägenhet.

Kommentar: Det är självklart att dessa fall bör skötas medicinskt efter samma grunder som grupp 1, och det är oklart varför Lindesmith skilt dem från denna grupp.

4. Narkomaner som kommer från goda familjer och har en god kulturell bakgrund, inte är kända för kriminalitet, har ordnade arbeten och fasta bostadsförhållanden.

Kommentar: Om dessa fall är av epidemisk typ bör de alltid betraktas som potentiella smittspridare även om de lever under ordnade förhållanden; man behöver bara erinra om det välkända fenomenet att många narkomaniserade läkare drar in sina hustrur i missbruk. Grupp 4 kan givetvis komma ifråga för daglig underhållsdosering på samma sätt som grupp 2.

5. Personer som ådragit sig sin narkomani under militärtjänst.

Kommentar: Dessa fall måste rimligtvis tillhöra de genom terapeutiska missöden etablerade fallen, och dem har vi redan diskuterat (1 och 3).

6. Varje hemmafru som använder narkotika, detta för att hon inte skall behöva prostituera sig eller för att hjälpa henne att komma ifrån prostitution.

Kommentar: Denna omtanke om de amerikanska husmödrarnas dygd är välment men tyvärr rörande orealistisk. Jag kan försäkra Lindesmith att omedelbart som husmödraskap skulle kvalificera för reguljär narkotikatilldelning skulle flertalet prostituerade och socialt vinddrivna kvinnor låta registrera sig i husmodersprogrammet, och deras beskyddare skulle bedyra deras huslighet.

Det är troligt att de prostituerade skulle göra sig så goda förtjänster på sin opiattilldelning att de skulle kunna lämna prostitutionen, men de skulle mycket väsentligt öka utbudet av illegala opiater på svarta börsen. "Vanliga" husmödrar som narkomaniserats har antingen blivit beroende genom medicinsk behandling och hör då till grupp 1 och 3 eller också är de epidemiska fall och hör då hemma i grupp 4.

Lindesmith inser att det finns en del narkomaner, som faller utanför dessa sex överlappande grupper; om dem skriver Lindesmith:

Om denna plan genomföres skulle det slutligen återstå en restgrupp av narkomaner som troligen består av de hopplöst förfallna och demoraliserade kriminella narkomanerna som är ovilliga att lämna sin asociala (illicit) livsföring, missbrukare som inte är intresserade av att sluta, och andra hårdhudade typer. För dessa skulle ett socialt eller polisiärt omhändertagande vara lämpligt, och detta skulle användas för att utöva tryck på dem att underkasta sig medicinsk behandling. Det skulle kvarstå en viss illegal narkotikahandel för att tillgodose denna restgrupp av försumliga och motspänstiga typer, och den skulle utgöra en lämplig angelägenhet för polisiär uppmärksamhet.

Kommentar: Beträffande behandling av grupp 1—6 torde det över huvud taget inte föreligga några väsentliga divergenser i medicinska specialistkretsar; gällde det endast dessa fall skulle vi inte ha något opiatproblem att tala om vare sig i USA eller annorstädes. *Det är Lindesmiths residualgrupp av vinddrivna, asociala och "hopplöst förfallna och demoraliserade kriminella narkomaner" och "andra missbrukare som inte är intresserade av att sluta" som utgör dagens morfinist-heroinistproblem i de länder där opiatmissbruk förekommer mera allmänt.*

Vi erinrar oss att Lindesmith klart säger ifrån att han endast diskuterar opiaternas problematik; vi minns också att de centralstimulerande medlen i alla relevanta avseenden (farmakologiskt, medicinskt, psykiatriskt, socialt etc.) utgör ett helt annat problem. Ingen medicinsk auktoritet eller annan initierad fackman har, såvitt jag kan se av den internationella facklitteraturen, förespråkat en likartad receptförskrivning för underhållsmedicinering

vid denna narkomaniform. När jag i föredrag vid Svenska kriminalistföreningens årsmöte 1966 bestämt tog avstånd från då pågående massförskrivning av centralstimulantia (för intravenös självmedicinering!) till socialt instabila, primärt personlighetsstörda och i många fall också primärt kriminaliserade narkomaner av epidemisk typ, anklagade narkomanvårdskommitténs sekreterare, hovrättsfiskalen Ingemar Rexed, mig för att vara "ortodox och moraliserande" i motsats till Lindesmith, som skulle vara en progressiv förebild. Rexed har sedan dess — bland annat i vår polemik i Socialmedicinsk tidskrift — envetet vägrat inse att han som lekman råkat förirra sig i en mycket komplicerad socialmedicinsk problematik.

Går vi sedan till de originaltexter, som Rexed åberopat som så revolutionerande progressiva, visar det sig således att auktoriteten Lindesmith utgjuter sig på det mest oförstående och moraliserande sätt över dessa förkomna människor, vars största fel är att de låtit sig födas som negrer eller portoricaner i ett amerikanskt slumghetto eller valde fel föräldrar och uppväxtmiljö i Sverige eller någon annanstans. Frånsett att Lindesmith inte diskuterar problemet centralstimulantia och tydligen heller aldrig tänkt sig narkotikaförskrivningar över huvud taget till den kategori människor som utgör praktiskt taget hela vårt verkligt allvarliga narkomaniproblem — de intravenösa missbrukarna av centralstimulantia — är det onekligen en ovanligt reaktionär människosyn, som Takmans och Rexeds auktoritet bjuder ut. En sådan människosyn är en mycket dålig grundval för adekvata åtgärder beträffande denna problemgrupp liksom för att förebygga spridning av narkomani i de subkulturer, där huvudparten av dessa narkomaner hör hemma.

Många av narkomanerna i Lindesmiths residualgrupp är säkerligen så tidigt och djupgående personlighetsstörda att de inte klarade att anpassa sig till samhället och tillvaron ens innan de blev narkomaniserade. När de sedan ådragit sig en sjukdom, som i sig kan knäcka även "en vanlig normal människa", är de sämre ställda än någonsin. Vi skall ha klart för oss att en mycket stor del av dessa primärt karaktärstörda och sekundärt narkomaniserade personer inte går att "bota"; många av dem är sociala invalider och även deras invaliditet måste beaktas och respekteras.

På samma sätt som det är enfaldigt att förvänta sig att blinda skall måla tavlor eller förlamade skall spela fotboll är det fåfängt och orealistiskt att tro att dessa psykiskt och socialt invalidiserade människor skall förmås att inpassa sig i vårt väloljade effektivitetssamhälle med eller utan narkotikaförskrivningar. Detta problem blir särskilt svårt om den personlighetsstörning, den beteenderubbning och den sjukdom (narkomani av epidemisk typ), som dessa svårt avvikande människor lider av, inte bara är terapiresistenta utan även allvarligt skadar samhället och medför att andra människor dras in i samma sjukdom och spårar ur socialt. För narkomaner av denna kategori, vilka är kroniska smittspridare, måste vi ordna med långvarig social rehabiliteringsbehandling — "social reeducation" — i lämplig miljö, men också detta skall vi återkomma till senare.

"THE BRITISH SYSTEM"

England har av ålder en liberal narkotikalagstiftning, och gällande praxis bygger närmast på Rollestone Act av 1926. Denna lag medger varje engelsk läkare rätt att efter eget omdöme skriva ut de kvantiteter narkotika av olika slag till de patienter han finner för gott. Före andra världskriget syns den engelska läkarkåren i praktiken ha varit ungefär lika restriktiv i detta avseende som den svenska, och den heroinism och kokainism man då hade i England var starkt knuten till de medicinska yrkena och till äldre sjömän. Något i egentlig mening epidemiskt narkotikamissbruk synes man inte ha haft före kriget.

1959 inledde en kvinnlig engelsk psykiater, Lady Frankau, behandling av ett halvdussin invandrade kanadensiska heroinister — de blev slutligen ett femtiotal — med legala förskrivningar, och senare har ytterligare några få läkare tagit upp samma praxis med liberal förskrivning till ett stort antal narkomaner eller narkotikamissbrukare. Denna verksamhet omgavs tidigt med en omfattande och okritisk publicitet världen över och döptes till "the British system" eftersom den av juridiska skäl var omöjlig att etablera i USA och Kanada. Något speciellt system har det dock inte varit fråga om utan endast en mycket frikostig förskrivningspraxis som möjliggjorts genom en gammalliberal engelsk lag-

stiftning, på sin tid införd av en konservativ regering.

Lindesmith har tagit England och "the British system" som bevis för sin tes om att en låg narkomanifrekvens i ett land är en följd av en liberal narkotikalagstiftning och inte tvärt om, och han har entusiastiskt skildrat Lady Frankaus verksamhet och kraftfullt pläderat för att få samma behandlingsmetoder införda i USA. I nästa kapitel skall vi återkomma till en slutgranskning av Lindesmiths teorier; först skall vi studera hur det engelska systemet fungerat i praktiken.

Erfarna psykiatrer insåg omedelbart det orealistiska i Lady Frankaus behandlingsprojekt, åberopade den tidigare misslyckade dispensärverksamheten i USA och betonade särskilt den höga risken för sekundärspridning. Men de preliminära resultaten av Frankaus behandlingsverksamhet rapporterades som gynnsamma. Nu är narkomani en lika allvarlig och lömsk sjukdom som cancer, och man måste räkna med åtminstone en observationsperiod på fem år innan man med större säkerhet kan uttala sig om huruvida primärt positiva behandlingsresultat blir bestående. Flera i gruppen kom dock snart igång i ordnat arbete och upphörde med tidigare kriminell aktivitet; vi vet ju att många narkomaner känner sig piskade att stjäla ihop för 300—400 kronor per dag för att underhålla sitt missbruk med illegala narkotikainköp etc.

Behandlingsresultaten tedde sig i inledningsskedet så gynnsamma — och de framhävdes så starkt och okritiskt av pressen — att de komplikationer man tidigt kunde spåra föll helt i skymundan; det fanns inget "allmänt intresse" för sådant. Redan 1961 kände man dock till åtskilliga otvetydiga sekundärfall kring primärgruppen. Den interdepartementala kommittén under Lord Brain, som avgav sin första rapport 1961 och skildrade läget då, nämnde också vissa oroande tendenser men föreslog att man tills vidare skulle hålla sig avvaktande.

De sista två åren innan en motsvarande "försöksverksamhet" startade i Sverige (1965) förekom i den engelska fackpressen en mängd rapporter om allvarlig sekundärspridning kring de legala förskrivningarna. Särskilt Lancet hade en mängd korrespondenser kring detta. Chapple och Marks skrev (1965):

Det har framkommit att en av våra patienter har gjort åtmins-

tone 11 personer till heroinister medan hon "behandlats med legala förskrivningar" av sin egen läkare; dessa 11 är nu "legaliserade narkomaner" och lär utbreda missbruket till andra. Vi anser att ingen ytterligare förskrivning av heroin till nya narkomaner bör tillåtas, och de legala förskrivningarna för de nuvarande fallen bör "frysas in" och reduceras.

Ordinationerna har ofta haft formen av stående förskrivning på viss mängd, som fått avhämtas dagligen. Många narkomaner lever i England flott och arbetsfritt på sina legala förskrivningar. James (1965) nämner att "en förskrivning om 0,6 g heroin och 0,3 g kokain per dag har ett marknadsvärde av 1 500 kr per vecka". Glatt (1965) summerar sina åsikter om det mångomskrivna "brittiska systemet": "Men ett system, som inte respekteras av vare sig praktikerna, sjukhusen, narkomanerna eller deras föräldrar kan knappast betecknas som ett gott system."

1964 rapporterade Lady Frankau själv att hon misslyckats med de patienter som haft en primär kriminell aktivitet, dvs. varit kriminellt aktiva före missbruksdebuten. Enbart detta borde ha varit en tankeställare för berörda parter innan man drog igång "försöksverksamheten" i Stockholm.

I sin andra rapport påpekade Brain-kommittén (1965) det ohållbara i denna liberala behandlingspraxis. *Sedan 1959 då Lady Frankau och ett halvdussin andra läkare inledde sin liberala förskrivning av heroin till ett stort antal narkomaner har heroinismen i England i de aktiva debutåldrarna mellan 20 och 34 år ökat med 50 procent per år (tabell 5). I åldrarna under 20 år, där man tidigare inte hade haft någon heroinism alls i England, fick man strax efter behandlingsstarten några enstaka fall, och därefter har frekvensen mer än fördubblats varje år!*

Brain-kommittén krävde nu långtgående ingripanden, i praktiken en skyndsam avveckling av "the British system". Vi återger in extenso sammanfattningen i Brain-kommitténs betänkande, som uppmärksammats mycket litet i svensk press eftersom utredningen råkade komma när kampanjen för den svenska förskrivningsverksamheten gick mot sin kulmen.

Vi ger nedan en sammanfattning av våra viktigaste slutsatser och rekommendationer. Många av dessa fordrar ny lagstiftning för att

kunna omsättas i praktiken, och vi är medvetna om detta.

1. Det har förekommit en oroande stegring i incidensen av heroin- och kokainnarkomani, särskilt bland ungdom;
2. Den främsta narkotikakällan är överförskrivning av dessa medel från ett litet antal läkares sida;
3. Det är nu nödvändigt att föranstalta om begränsning av heroin- och kokainförskrivningen;
4. För ändamålet med vår rapport har vi föreslagit en definition av "narkoman";
5. Alla narkomaner (addicts to dangerous drugs) bör registreras hos en central myndighet;
6. För narkomanibehandling bör ett antal behandlingscentraler inrättas, särskilt i London-området;
7. Det måste finnas möjlighet att med tvång kvarhålla narkomaner vid dessa behandlingscentraler;
8. Rätten att förskriva heroin och kokain till narkomaner bör begränsas till de läkare som tjänstgör vid dessa behandlingscentraler;
9. Om andra läkare förskriver heroin eller kokain till en narkoman bör detta straffbeläggas enligt allmän lag;
10. Disciplinära åtgärder mot läkare som anklagats för att av och till ha förskrivit heroin och kokain till narkomaner bör ankomma på medicinalstyrelsen;
11. Vid förskrivning av narkotika bör läkaren ange kvantiteter med såväl bokstäver som siffror;
12. En rådgivande kommitté bör inrättas för att fortlöpande följa hela narkomaniproblematiken.

I tabell 5 redovisas samtliga kända fall för respektive år. Försämringen har fortsatt i accelererat tempo. Bewley har rapporterat (Brit. med. J. 23.3.68) att *epidemin fördubblas var 16:e månad:* Man hade fått 800 *nya* fall av heroinism 1967 och beräknade att ytterligare 1200 skulle tillstöta 1968.

De engelska myndigheterna försöker nu komma till rätta med det ytterligt besvärliga läge, som okritiska läkare försatt dem i. Lavinen fortsätter nu att växa av sin inneboende dynamik, och en stor marknad har redan skapats för illegal narkotikahandel i

England. Våren 1968 förbjöds privatpraktikerna att skriva ut heroin och kokain till narkomaner. De sjuka överfördes till några få specialdispensärer för neddosering och kontroll.

Vad var det egentligen som hände i England 1959, och hur kom det sig att det engelska systemet kollapsade? Det skall vi närmare analysera i nästa kapitel.

Tabell 5. Åldersfördelningen bland engelska narkomaner enligt Brain-kommittén (1965).

	1959	1960	1961	1962	1963	1964
Under 20 år	—	1	2	3	17	40
Använder heroin	—	1	2	3	17	40
20—34 år	50	62	94	132	184	257
Använder heroin	35	52	87	126	162	219
35—49 år	92	91	95	107	128	138
Använder heroin	7	14	19	24	38	61
50 år och däröver	278	267	272	274	298	311
Använder heroin	26	27	24	22	20	22
Okänd ålder	34	16	7	16	8	7
Summa	454	437	470	532	635	753

Denna tabell är hämtad ur den officiella engelska utredningen om narkomani publicerad 1965, den s. k. Brainrapporten (efter kommitténs ordförande Lord Brain). Tabellen illustrerar smittriskerna kring legala narkotikaförskrivningar till narkomaner för självmedicinering. Första raden i varje åldersgrupp ger totalantalet kända narkomaner i de klassiska narkomaniformerna, dvs. morfinister, heroinister och kokainister sammantagna; andra raden anger heroinisternas andel av totalantalet. 1959 fanns det inga kända morfinister, heroinister eller kokainister under 20 års ålder i England, 1964 fanns det 40 kända fall. I de vanliga debutåldrarna (20—34 år) har *heroinismen ökat med ungefär 50 procent per år* under perioden 1959—64.

Lagstiftning och narkomanifrekvens

USA

Vi har sett att Lindesmiths grundteori om att det är lagarna som skapar narkomaniproblemen inte höll streck för USA:s vidkommande — även om de i många avseenden har komplicerat de amerikanska problemen. Vid tiden för tillkomsten av Harrison Act 1914 fanns det redan en snabbt expanderande narkomaniepidemi kring Lindesmiths missbrukare av "ny typ". Denna epidemi spred sig trots (eller enligt Lindesmith tack vare) de restriktiva lagarna, som under 20-talet fick en alltmera skärpt tillämpning. Under 20- och 30-talen sändes narkomanerna — sannolikt både de av gammal och ny typ — till vanliga fängelser, men sedan 1935 har de i samband med omhändertagande för brott (inklusive narkotikabrott) i stigande utsträckning sänts till ett par stora federala specialsjukhus i Lexington och Fort Worth. Dessa sjukhus hade från början en fängelseliknande karaktär, men de har förbättrats väsentligt, och det sista decenniet har en rad andra behandlingsenheter tagits i bruk och eftervården och övervakningen efter utskrivningen har byggts ut. *Prognosen har visat sig väsentligt bättre för de tvångsintagna, som stått under övervakning efter utskrivningen, än för de frivilligt intagna som skrivits ut utan övervakningen* (O'Donnell, 1965).

Frånsett en ökning strax efter det andra världskriget har frekvensen av heroinism i USA tack vare (eller trots) den restriktiva narkotikalagstiftningen inte ökat utan successivt långsamt pressats tillbaka enligt Louria (1966), ordförande i både New Yorks läkarförenings och i staten New Yorks narkotikakommitté. Ausubel (1960) anger en narkoman på 400 invånare 1914, en på 3 000 1960. Enligt Louria räknar man nu med omkring 100 000 heroinister i USA. Hälften av dagens amerikanska heroinister finns i New York: ungefär 75 procent av dessa är negrer eller porto-

ricaner från utpräglade slumghetton, och de 25 procent som härstammar från den vita befolkningen kommer likaledes till övervägande del från de socialt mest vanlottade grupperna.

Huvudparten av heroinisterna i USA är mellan 20 och 35 år; dödligheten i direkt anslutning till missbruket är hög — omkring en procent per år. En betydande del av de amerikanska heroinisterna tenderar att växa ifrån sitt missbruk efter 35-årsåldern — "maturing out of addiction". Till detta bidrar flera faktorer: a) den kroniske opiatmissbrukaren upplever i längden inte samma orgastiska känsla vid de intravenösa injektionerna som nybörjaren; b) preparaten på den illegala marknaden är starkt utblandade och innehåller endast några få procent heroin, varför många som själva betraktar sig som heroinister i själva verket inte upplever några nämnvärda fysiska abstinensbesvär vid mera sporadiskt bruk (några injektioner per dag några dagar i veckan), utan de är "endast" psykiskt beroende av medlet och betingade till kickarna; c) därjämte torde man även få räkna med effekten av en sen eftermognad. En fördröjd social stabilisering medför så småningom att många heroinister lämnar sitt missbruk i medelåldern — på samma sätt som flertalet ungdomsbrottslingar definitivt avbryter sin kriminella karriär när de kommer upp i den åldern. Man kan förmoda att framtida forskning kommer att visa att de fåtaliga terapeutiska och autoetablerade narkomanifallen har en sämre prognos vis à vis utläkning än de talrika epidemiska fallen, där många lämnar missbruket efter en tidsrymd av några år upp till något decennium.

Marihuanamissbruket har däremot spritt sig mycket kraftigt i USA efter andra världskriget. Här har rättspraxis enligt Louria varit mycket mild i jämförelse med vad som gällt för heroin och kokain: som regel endast några månaders fängelse vid marihuanaförsäljning (mot 2—10 år, i vissa stater ända upp till livstids fängelse för försäljning av heroin till ungdomar under 18 år) och i allmänhet endast böter för olaga innehav.

LSD kom inte under federal lagstiftning förrän 1966. Missbruket hade då hunnit sprida sig till hundratusentals personer, till stor del studenter och "hippies" — kvasiintellektuella ungdomsbohemer ur medelklassmiljöer, formade i lösa kotterier med utpräglad drogromantik och allmän rotlöshet som främsta karak-

teristika. Fortfarande är straffsatserna i amerikansk lag högre beträffande marihuana än för LSD, vilket givetvis är helt inadekvat och troligen snart kommer att justeras. Louria förespråkar en kraftig skärpning av lagstiftningen beträffande LSD och en mild tillämpning av lagarna kring marihuanabruket, men han avråder av flera skäl från en legalisering av marihuanarökningen, främst därför att denna är förbunden med i anslutning till bilkörning ytterligt farliga ruseffekter. Metoder för att påvisa cannabinoler i blod eller utandningsluft har ännu inte framkommit.

ENGLAND

England och "the British system" var som vi minns en hörnsten i Lindesmiths teori. I och med att det engelska systemet rasar samman faller också Lindesmiths teoribyggnad ihop som ett korthus. Vad är det som har hänt i England och som så påtagligt bevisat att det är missbruksmönstret som utvecklas först och därefter de mer eller mindre ändamålsenliga lagarna?

Alldeles uppenbart var Lady Frankaus kanadensiska immigranter heroinister av epidemisk typ. Redan att de invandrade i grupp borde ha gjort henne uppmärksam på att dessa narkomaner principiellt skilde sig från den typ hon tidigare kände — de terapeutiskt etablerade morfinisterna, de autoetablerade fallen från läkarkåren och de gamla sjömännen, en gång epidemiskt indragna i sitt missbruk men på äldre dagar isolerade singelfall med låg smittsamhet. Lady Frankau, som nu är död sedan en tid, bör dock inte lastas för denna felbedömning, eftersom någon grundlig socialmedicinsk analys av denna problematik tidigare inte gjorts och det avgränsade och definierade begreppet epidemisk narkomani är mycket nytt — det introducerades i svensk fackpress 1965 och i internationella sammanhang 1966.

SOVJETUNIONEN

Den restriktiva amerikanska narkotikapolitiken har utsatts för mycket stark kritik även i Sverige och enligt Takman (1964) "skötts på det mest stupida och brutala sätt". Det kan därför intressera att chefen för rikspolisstyrelsens narkotikakommission,

kommissare Åke Gustafsson (1965), tog reda på hur man bedömer narkotikabrott och narkomanibehandling i sovjetisk lagstiftning. Den specialintresserade hänvisas till Läkartidningen nr 42, 1965.

Gustafsson noterar att den sovjetiska lagstiftningen varierar något i olika unionsrepubliker men att den genomgående är mycket strikt och uttalat repressiv. I den ur skilda synpunkter normgivande Ryska Socialistiska Federativa Sovjetrepubliken (RSFSR) bestraffas illegal narkotikahantering med frihetsförlust från ett upp till tio år, i vissa fall i förening med egendomskonfiskation. Odling av opiumvallmo eller indisk hampa kan rendera vederbörande frihetsförlust upp till två år. Den som upplåter bostad eller annan lokalitet till "knarkarlya" kommer inte undan med mindre än frihetsförlust — upp till fem år!

Gustafsson refererar även en artikel i Sovjetskaja Rossija (juli 1965), "organ för RSFSR:s kommunistiska partis centralkommitté, för unionsrepublikens högsta sovjet och ministerråd". Enligt den refererade artikeln har man tydligen även i Sovjetunionen fått problem med cannabispreparaten (marihuana och hasch). Eftersom det i vissa vänsterkretsar, både i USA och Europa, anses som ett tecken på radikalitet att "knarka" och eftersom repressiva samhällsreaktioner mot dessa fenomen brukar betecknas som reaktionära och inhumana, skall vi återge ett längre avsnitt av Gustafssons referat.

Jag citerar Sovjetskaja Rossija i fortsättningen: "Det är fruktansvärt att alla dessa handlare i sökandet efter inkomster tillför lasten nya och nya människor, t. o. m. ännu helt unga. Detta faktum, att det inte i vårt land finns eller kan uppstå någon social jordmån för narkomani, reducerar ingalunda dess sociala farlighet. Risken för denna last är stor, tills man utrotat dess bärare".

Internationellt sett är cánnabis (marihuana) ett narkotikum. Olika synsätt förekommer dock, och bl. a. i Sverige finns de som anser, att detta rusgift borde saluföras fritt. 30-årige sovjetmedborgaren Anatolij K. ger uttryck för sin uppfattning om giftet i fråga: "Jag är inte någon lätting, inte någon parasit. Men jag har knappast krafter att arbeta, min kropp är kraftigt utmärglad, för att jag missbrukar narkotika. I gummistövlar liftade jag i vintras omkring i hela Kasakstan, jag var i Novosibirsk, i Korgan, smög mig cirka 600 km i tajgàn och letade efter giftet. En gång, då

tromboflebiten i mitt ben förvärrades, tillryggalade jag 20 km på kryckor för att få tag i en olycksalig låda 'cigarretter' och gav för den mina sista slantar. Vad ska jag göra nu? Jag har hustru och en förtjusande dotter på fyra år. Jag gråter, men jag kan inte göra mig fri från sjukdomen. Dels är jag själv sjuk och dels är familjen i nöd. För barnets skull, för familjens skull, rädda oss från de förbannade förförarna."

Tidningen fortsätter: "Det är mycket svårt att hjälpa en sådan som Anatolij K. Det fordras månader av behandling på slutna, medicinska anstalter. Narkomani är intimt förbunden med alkoholism, ett fenomen som sanningen att säga är vida mer utbrett. Ibland kan till och med läkarna inte med ens avgöra, var alkoholisten slutar och narkomanen börjar.

De lidande människornas hustrur och anförvanter, läkarna, milistjänstemännen är sedan länge övertygade om nödvändigheten av tvångsbehandling för dessa individer. Det är omöjligt att besegra denna last utan speciella sjukhus och kolonier."

Sovjetskaja Rossija slutar artikeln sålunda: "Men det skulle vara ett misstag att nöja sig med att tro, att samhället blott med en lags stränghet skall kunna befria sig från bärarna av detta onda. Varje, ja det må så vara ett enda fall av narkomani måste verka alarmerande och utlösa ett beslutsamt, hårt motstånd av hela vår allmänna opinion."

Så långt Gustafssons referat. Personligen tycker jag inte att den sovjetiska synen på narkomaniproblematiken — som vi möter den här — förefaller särskilt nyanserad, och många ivrare för en liberal narkotikapolitik vill nog beteckna även den sovjetiska narkotikalagstiftningen som reaktionär. Den kinesiska narkotikalagstiftningen lär vara ännu mera restriktiv än den sovjetiska.

Som replik till Lindesmith vill jag betona att frekvensen opiatmissbrukare sannolikt är mycket låg både i Sovjetunionen och Kina, men några statistiska uppgifter har jag inte lyckats få fram.

HONGKONG

Amerikanen Albert C. Hess studerade under ett par månader hösten 1961 narkotikasituationen i Hongkong och lade fram sina erfarenheter i en monografi 1965. Den utförliga rapporten är särskilt intressant i detta sammanhang, då den tyder på att nyrekryte-

ringen av heroin- och opiummissbrukare är väsentligt lägre än tidigare, att medelåldern bland de för vård omhändertagna narkomanerna ligger högt (omkring 40 år) och att närmare hälften av de omhändertagna missbrukarna debuterade för mer än 15 år sedan.

Way (1965), som 1962—63 tjänstgjorde som professor i farmakologi och toxikologi i Hongkong, påpekar också att medelåldern är hög bland opiatnarkomanerna där: ungefär var åttonde vuxen man i Hongkong är narkoman, men gruppen 35—50 år är större än gruppen 20—34 år; trots att hälften av befolkningen är under 20 års ålder svarar ungdomarna för mindre än 0,5 procent av narkomanpopulationen; kvinnorna utgör endast 3—4 procent av samtliga narkomaner. Way påpekar också att narkomani är sällsynt även bland polisklientelet och fängelsepopulationen under 20 års ålder.

Narkotikapolitiken i Hongkong är uttalat strikt och repressiv med årslång tvångsbehandling av de sjuka i rehabiliteringsläger och efterföljande övervakning.

JAPAN

I avsnittet om de centralstimulerande medlen (s. 83) skildrade vi den enorma japanska narkotikaepidemin under åren 1945—56. Den började som nämnts med att ett militärlager av metamfetamin kom på avvägar vid krigsslutet och blev en begärlig svartabörsvara. Epidemin underhölls sedan och växte lavinartat, först i hägn av en liberal förskrivningspraxis, senare främst försörjd genom illegala kanaler; den kulminerade slutligen med över en halv miljon amfetaminister, varav omkring 300 000 tog medlet intravenöst.

Först när frekvensen amfetaminister, beräknad på hela Japans befolkning, blev dubbelt så hög som den vi 1967 har i Stockholm (där sannolikt minst 75 procent av dagens 6 000—7 000 svenska intravenösa missbrukare av centralstimulantia hör hemma) satte parlamentet kraft bakom de lagar man några år tidigare antagit, och hela epidemin kuperades på några år. 1954 arresterades 55 664 personer för narkotikabrott i Japan, 1958 var siffran nere i 271 och epidemin var nedkämpad.

Till sist några rader om sambandet mellan lagarnas karaktär och narkomanifrekvensen i olika länder.

Vi kan se hur förhållandena i land efter land motsäger Lindesmiths teori om att det är lagarna som skapar narkomaniproblem. Även om Lindesmith uttryckligen endast sysselsätter sig med opiaterna — där han argumenterar för en liberal förskrivning — så bör teorin om sambandet mellan lagstiftning och missbruksfrekvens vara tillämplig även för andra toxikomaniframkallande medel.

Lindesmith är dock i sin fulla rätt att kräva att få sina teser prövade enbart med hänsyn till opiaterna. Vi kan då inte undgå att se hur experimentet med den kanadensiska heroinistkolonin, vilket enligt Lindesmith ("The Addict and the Law", s. 278) skulle bevisa att den liberala engelska förskrivningsverksamheten av Lady Frankaus typ skulle kunna lösa det amerikanska heroinproblemet, i själva verket kom att starta en så våldsam heroinismepidemi att både det engelska systemet och Lindesmiths teorier går under som en följd av detta experiment. Det "engelska systemet" fungerade synbarligen någorlunda så länge man inte hade att göra med epidemiska fall, dvs. före den kanadensiska heroinistgruppens ankomst, och då torde det inte ha skilt sig nämnvärt från exempelvis skandinavisk medicinsk praxis. Men det är den epidemiska typen av narkomani som utgör ett socialt problem; när det engelska systemet konfronteras med denna sjukdomsform är katastrofen ett faktum.

Lindesmith har dock tillfört narkomanidebatten utomordentligt värdefulla element, främst craving-begreppet, och hans arbeten är fyllda av observanta och förnämliga, deskriptiva avsnitt av bästa sociologiska mjukdatatyp; hans beskrivning av "the new type of addict" är mästerligt träffande. Lindesmiths handikapp låg i bristen på patientkontakt och den erfarenhet som långvarigt psykiatriskt arbete med narkomaner av olika kategorier ger.

Cheins teorier

Vi har sett hur sociologen Lindesmith i sitt studium av sambandet mellan lagar och narkomanifrekvens i olika samhällen förväxlade orsak och verkan genom att generalisera utifrån förhållandena i ett alltför snävt selekterat antal länder; till denna felbedömning bidrog starkt att Lindesmith inte insåg att den "gamla" och den "nya" typen av heroinister representerade två helt skilda sjukdomsformer.

Isidor Chein, professor i psykologi vid New York University, genomförde 1949—54 tillsammans med psykoanalytikern Donald L. Gerhard, psykologen Robert S. Lee och sociologen Eva Rosenberg en studie av 2950 unga manliga heroinister (16—20 år) i centrala New York (Manhattan, Bronx, Brooklyn). 1964 publicerade de sin undersökning med den kända undertiteln "The road to H", där H står för himmel, helvete och heroin.

Vi skall återge några av de viktigaste och mest intressanta fynden i denna omfattande epidemiologiska studie, innan vi tar upp Cheins teorier till diskussion.

Oavsett hur stort det faktiska antalet unga narkotikamissbrukare och verkliga narkomaner kan vara förekommer narkotikabruket bland unga främst i stadens fattigaste områden. I början av 50-talet svarade 15 procent av registreringsområdena (census tracts), med mindre än 30 procent av pojkarna i åldern 16—20 år, för mer än 80 procent av de berörda fallen. Områden med hög förekomst av narkotikabruk karakteriseras av en hög frekvens fattiga familjer, hög koncentration av de mest diskriminerade och minst urbaniserade etniska grupperna och hög frekvens splittrade familjer och andra former av mänsklig olycka (misery) (s. 10).

Jag har fattat att Chein med de "minst urbaniserade etniska

grupperna" avser de minst *assimilerade* folkgrupperna, i det här sammanhanget främst negerpopulationen och portoricanerna.

Områden med den högsta frekvensen av heroinmissbruk är områden med hög kriminalitet, men de skiljer sig från andra områden med lika hög kriminalitet men med mycket lägre drogbruk genom högre koncentration av de former av mänsklig olycka som nämndes i föregående avsnitt (s. 11). — — —

De pojkar från områden med utbrett heroinmissbruk, vilka varken blir kriminella eller heroinmissbrukare, är aktivt resistenta till sociokulturella påtryckningar i dessa avseenden. De har en negativ attityd till "den andra skocken" och avskiljer sig själva från den. I sin egen grupp finner de en större variation av stimulerande aktiviteter än de andra någonsin gör. De tar mera aktivt del i sport, inklusive utflykter och camping. De diskuterar böcker och aktuella händelser. Deras dagdrömmar är realistiskt inriktade på framtida arbete och familjeliv. De fortsätter sin skolgång längre och inser vikten av att lära nya färdigheter och utveckla sig intellektuellt. De visar oftare intresse för och engagerar sig oftare i skolkommittéer, skoltidningar och tidskrifter. De tillbringar inte lika mycket tid som de andra i kvarterets godisbutik, på bio eller på att driva omkring. De har i större utsträckning fasta och nära vänner bland sina jämnåriga. — — —

De pojkar som blir narkomaner är klart knutna till den kriminella subkulturen. Redan innan de började använda heroin regelbundet hade de flesta av dem vänner som suttit i fängelse, varit på ungdomsvårdsskola eller stått under övervakning. I sina allmänna aktiviteter, intressen och attityder liknar narkomanerna de kriminella som inte tar heroin och skiljer sig helt från (quite unlike) den grupp som tidigare beskrivits. De tillbringar sin fritid planlöst, pratar om bilar, dyra kläder och fickpengar (s. 13).

Chein beskriver sedan hur narkomanernas hemmiljö varit svårt störd, med dåliga relationer mellan föräldrarna och en kylig eller direkt fientlig atmosfär mellan dem. Nästan hälften av heroinisterna hade vuxit upp utan någon fadersgestalt under en väsentlig del av sin tidiga barndom. Som barn blev de mycket bortskämda eller svårt otillfredsställda.

Materialet visar att alla narkomaner lider av omfattande och djupgående personlighetsstörningar. Även om de psykiatriska diagno-

serna varierar så förefaller en speciell serie symtom vara vanlig hos flertalet unga narkomaner. De är oförmögna att etablera långvariga, nära vänskapsrelationer med såväl jämnåriga som vuxna; de har svårt att ikläda sig en maskulin roll; de upplever ofta en känsla av meningslöshet och allmän förstämning; de blir lätt besvikna och ängsliga och de upplever besvikelse och ängslan som något odrägligt (s. 14).

Cheins undersökning synes vara utförd enligt konstens alla regler, och de epidemiologiska fynden är värdefulla då de avslöjar den djupgående samvariationen mellan tidig personlighetsstörning, social rotlöshet, kriminalitet och narkomani — av epidemisk typ i en viss fas av den allmänna epidemiutvecklingen, vill jag passa på att tillfoga. Cheins fynd ligger helt i linje med vad makarna Glueck liksom McCord och McCord tidigare visat i sina omfattande undersökningar om olika former av sociala beteenderubbningar. De stämmer också märkligt väl överens med kliniska erfarenheter från socialpsykiatriskt arbete med problemklientel som narkomaniserats på centralstimulantia, preparat med radikalt andra verkningar än opiaterna.

När Chein och hans medarbetare sedan övergår till att dra generella slutsatser från sin undersökning går det alldeles galet, och den psykoanalytiske medarbetarens medicinska erfarenheter är inte tillräckliga för att hålla ekipaget på vägen utan hela sällskapet hamnar i diket. *Slutsatserna har strängt taget ingenting med den omsorgsfulla undersökningen att göra.*

Chein menar att det är irrelevant att fråga vad som kommer först, heroinismen eller kriminaliteten; det är i alla fall fråga om så djupt störda personligheter att de ändå inte skulle klara sig i tillvaron; hade de inte blivit narkomaner skulle de ha utvecklat andra former av missanpassning, "från allvarliga beteenderubbningar till karaktärsneuroser eller psykoser" (s. 365).

Denna samvariation mellan karaktärsstörningar, sociala beteenderubbningar och narkomani förefaller enligt min uppfattning vara högst uttalad när en narkotikaepidemi står under konstant tryck från samhällets sida; ju mindre trycket är och ju mer epidemin sprider sig, desto större antal "vanliga" ungdomar blir indragna. Därtill kommer att man måste beakta att frekvensen

personlighetsstörningar är mycket stor i varje samhälle där man gjort sig mödan att undersöka saken. Jonsson och Kälvesten (1964) fann i sin mycket grundliga studie i Stockholm att endast 21 procent av pojkarna i skolåldern (7—15 år) var barnpsykiatriskt symtomfria, 23 procent företedde milda symtom, 31 procent moderata symtom, 23 procent betecknades som problemfall och 2 procent var i behov av institutionell barnpsykiatrisk vård. En liknande undersökning utförd på uppdrag av mentalsjukvårdsdelegationen visade "att frekvensen av neuroser och andra lättare psykiska insufficienstillstånd i befolkningen är mycket hög. Uppskattningsvis företer 30—40 procent av befolkningen över 20 år sådana tillstånd". (SOU 1958: 38, s. 197) En kommunal undersökning i Stockholm från samma tid visade att en fjärdedel av den vuxna befolkningen skulle vara betjänt av någon form av psykiatrisk behandling. Under sådana förhållanden är det en klen tröst att narkomanierna endast drabbar psykiskt sköra och avvikande personligheter.

Chein menar att heroinismen för de drabbade i hans undersökningspopulation är en fullt acceptabel form av problemlösning, kanske den bästa:

> För sådana individer är heroin funktionellt; det erbjuder befrielse från spänningar, och det gör det lätt för dem att förneka och undvika att se sina djupgående personliga problem. I motsats till den allmänna uppfattningen ger heroin inte upphov till starka positiva upplevelser, det erbjuder blott och bart (merely) befrielse från elände (s. 14).

De orgastiska sensationerna vid intravenösa opiatinjektioner är välkända (Möller 1955) och ofta beskrivna av narkomanerna själva. Däremot ger opiaterna — men inte de mycket starkt utblandade eller nästan heroinfria mjöl- eller mjölksockerpulver, som ofta säljs som heroin på gatorna i New York — snabbt upphov till den droghunger, som blir till ett inre elände utöver det yttre elände den sjuke lever i. Det enda som i den situationen på stunden kan förjaga den dubbla misären är en ny injektion, men att tolka detta som den bästa hjälp den sjuke kan få är medicinskt gravt oriktigt.

Till saken hör att Chein över huvud taget inte vill betrakta morfinism-heroinism som en sjukdom eller som något i sig självt skadligt. Nackdelarna med intravenöst heroinmissbruk är enligt Chein främst förknippade med en del tekniska besvärligheter, som narkomanen dock mycket lätt brukar stå ut med eftersom de "är betydligt mindre betungande än för diabetikern, som kanske också hela livet är beroende av ett medel" (s. 361). Att tala om diabetes på detta sätt skulle kunna vara en lapsus av en lekman, en förflugen och lättsinnig analogi. Men Chein är inne på samma tanke på s. 15 och argumenterar efter samma linje och på ett ännu mera avslöjande sätt på s. 327:

En mycket berömd läkare på detta område svarade, då han blev utfrågad om möjligheten att rehabilitera narkomanerna och samtidigt låta dem få behålla sina preparat, att det var hans skyldighet som läkare "att bota folk, inte att hålla dem sjuka". När man vet något om denne mans bakgrund är det svårt för oss att tro att han menade vad han sade; vi tror snarare att han tappade besinningen genom atmosfären vid utfrågningen. *Säkerligen skulle ingen läkare uttrycka en liknande inställning gentemot sockersjuka patienter, som måste hållas på underhållsdoser av insulin eller ett eller annat av de nya insulinersättningsmedlen.* (kursiverat här)

Det är en förbluffande medicinsk okunnighet — blandad med en god portion fräckhet — som Chein för till torgs på detta sätt. Det skulle hedra honom om han behöll troendet för sig själv och lät experten stå för vad han sagt.

Enligt Chein är morfin och heroin — också när de missbrukas intravenöst — mindre farliga än exempelvis alkohol, och som främsta komplikation — även vid starkt missbruk — nämns förstoppning! (s. 15) Kan man på sådana grunder över huvud taget motivera restriktiviteten kring opiaterna, frågar Chein sedan.

För Chein och hans medarbetare är opiatnarkomani "ett sätt att leva" (s. 364), "en form av anpassning" (s. 366) och i många fall den bästa som står vederbörande till buds. Om en missanpassad människa vill fly sina egna och världens problem med hjälp av narkotika bör han enligt Chein vara i sin fulla rätt till detta:

Den enda situation som någonsin kan rättfärdiga någon åtgärd emot denna premiss är ett reguljärt domstolsutslag där man i ljuset av överväldigande bevis kommer fram till att individens bästa måste offras för samhällets bästa (s. 380).

"Individens bästa" är i dessa fall således en kronisk heroinnarkomani. Hur kan Chein motivera en sådan ståndpunkt? Jo, förklarar han, narkomanerna är så i grunden fördärvade människor att det bästa man kan göra är att låta dem dopa sig bort från verkligheten. Detta återspeglar enligt min bestämda uppfattning ett djupt förakt för den misslyckade individen och bäddar för en lättfärdig och reaktionär samhällssyn. Parollen blir "opium åt folket" i stället för bestämda krav om en förändring av de miljöer och samhällsförhållanden som alstrar slumproblemen. Många av de ungdomar som fastnar i narkomani skulle sannolikt ha stabiliserat sig efter de stormiga ungdomsåren, men heroinmissbruket kroniserar deras tonårsrevolt, dämpar sexualdriften, försenar familjebildning och social mognad. När man vet att opiatmissbrukande män brukar bli impotenta och kvinnornas menstruationer ofta upphör, samtidigt som missbrukarna blir så passiviserade att de inte förmår utföra ett fysiskt arbete, kan man mycket väl tänka sig att det finns folk som gärna skulle se fri utdelning av heroin till alla amerikanska slumghetton för att på det sättet uppnå "negerfrågans definitiva lösning". Malcom X (1965) och de svarta muselmanerna har uppfattat heroindriven ungefär på det sättet och kräver därför en fanatisk puritanism som en väg ut ur eländet för ett sjukt folk. Här kan man också erinra om att en av den svenska arbetarrörelsens främsta och viktigaste uppgifter ursprungligen var att försöka få ett slut på det hejdlösa superiet som gjorde det omöjligt att ens samla de fattiga till en organiserad social rörelse för drägligare förhållanden. Mot denna bakgrund växte sig nykterhetsrörelsen stark i vårt land.

Chein har också en mycket naiv uppfattning om vilka som skulle börja manipulera med opiater på egen hand om de fick tillgång till detta. "Människor med hög moralisk kvalitet tar inte opiater annat än på medicinsk rekommendation, och även om de blir beroende under dessa förhållanden fortsätter de inte som

narkomaner sedan de blivit avgiftade." (s. 15) Tror Chein således att de hundratusentals säkerligen kyrksamma amerikanska kvinnor, som blev opiatberoende genom huskursmedicineringen under 1800-talet och fram till 1914, var moraliskt förtappade människor? Om normala ungdomar av omständigheterna kommer att flirta med heroininjektioner, så fastnar de ändå inte för missbruket, menar Chein (s. 380). Jag är mycket förbluffad.

I sin undersökning fann Chein mycket varierande frekvenser av heroinism i olika stadsdelar, även om dessa för övrigt var lika förslummade och kriminaliserade. Eftersom han rimligtvis bör känna till att det finns samma slags problemungdom — lika karaktärsstörda och misslottade — i hundratals andra storstäder världen över utan att man för den skull har något heroinproblem där, borde detta leda uppmärksamheten till narkomanins smittvägar. Men Chein förnekar helt frankt den interpersonella dynamiken mellan etablerade narkomaner och blivande debutanter, och han söker bevisa detta med åtta påståenden, som det skall bli ett nöje att granska punkt för punkt. Chein skriver att "dessa ologiska personer", som hävdar att det finns en smittsam form av narkomani, bortser från en del relevanta fakta. Dessa formulerar Chein i åtta punkter (s. 376):

1. Många narkotikamissbrukare skaffade sig sina första doser på egen hand.

Kommentar: Detta kan knappast ha skett utan den konditionering för narkotikadebuten som skett i vänkretsen och som Lindesmith beskrev så observant (se s. 210).

2. Försök att dra in andra är inte en följd av ett behov att missionera utan en praktisk anpassning från många narkomaners sida till frågan att under rådande narkotikapolitik lösa problemet med den egna narkotikaförsörjningen.

Kommentar: Lindesmith har mycket övertygande visat att Chein här argumenterar i enlighet med en tidigare vanlig missuppfattning om droginitieringens karaktär. Mina egna forskningar stöder helt Lindesmith på denna punkt. Om Chein ser närmare på andra former av giftmissbruk — exempelvis alkoholmissbruk

— så skall han finna att det är en generell regel att missbrukare vill utvidga kretsen av invigda, inte med tanke på att tjäna på sina supbröder utan helt enkelt för att uppleva en form av gemenskap. I förbudstidens USA på 20-talet skulle dock en teori som den Chein här framför ha varit svår att vederlägga utan mycket ingående undersökningar.

3. Den narkoman som spontant eller för att visa sig märkvärdig skulle dela med sig till andra av sitt genom legal förskrivning erhållna narkotikaförråd skulle därmed riskera sin egen drogförsörjning, eftersom ingen skulle erbjuda honom obegränsade mängder.

Kommentar: Här hopar sig en rad vanföreställningar: a) Jag skall senare bevisa hur vanligt det är att narkomaner delar med sig till andra av sina legala förskrivningar, både med och utan gentjänster. b) Om förskrivningarna skulle styras och begränsas och var och en inte få den opiatmängd vederbörande själv ansåg motsvara hans behov skulle redan detta inducera en illegal narkotikahandel. c) Chein tror inte att någon läkare skulle kunna komma på idén att skriva ut vad narkomanerna själva begär, men vi vet att sådant har förekommit, och en sådan situation ger upphov till ett ännu större marknadsutbud av narkotika än det som en genom obefintlig eller restriktiv förskrivning undernärd missbrukarkrets skulle mobilisera. Chein hamnar här ohjälpligt i ett banalt cirkelresonemang.

4. Narkotikalangarna i mera kvalificerade ligor tenderar att lägga av sina mest sårbara kontakter — gängmedlemmar som nyligen kommit ut från sjukhus eller fängelse.

Kommentar: Först beskriver Chein i sin undersökning hur narkomanerna är oförmögna att etablera långvariga och starka vänskapsband till jämnåriga och vuxna. När detta sedan tar sig uttryck i att ligorna visar kylighet mot gamla gängkamrater som återvänt efter en längre tids bortovaro, använder Chein detta som argument mot narkomanins smittsamhet. Fenomenet bör enligt Cheins egna forskningsfynd tolkas som att de flyktiga bindningarna under mellantiden överförts på nya gängkontakter.

5. En faktor som gör användningen av narkotika attraktiv i den kriminella subkulturen är just det faktum att den är illegal.

Kommentar: Först vill Chein hävda att hans heroinister tar sina injektioner för att det i många fall är den bästa form av anpassning som står dem till buds i en vidrig värld; sedan vill han göra gällande att det just är medlets illegalitet som gör det särskilt attraktivt. Chein får bestämma sig för hur han vill ha det. Jag kan också försäkra honom att legalt förskriven narkotika är minst lika attraktiv för habituéer och debutanter som den illegala varan. Visserligen diskuterar Chein liksom Lindesmith enbart opiater, men det finns ingen logisk anledning att ifrågasätta att masspridningen av amfetaminmissbruk i Japan och senare i Sverige skulle ha underlättats av att medlen till att börja med var mycket lättöverkomliga. När vi i Sverige fram till 1955 hade alkoholransonering hette det allmänt att restriktionerna i sig själva var en av huvudorsakerna till spritintresset. När ransoneringen slopades skulle våra relationer till alkoholen "avdramatiseras". Följden blev i stället en våldsam stegring av alkoholskadorna och ungdomsfylleriet.

6. Det behövs så mycket mer än en tillfällig injektion för att etablera narkomani, nämligen — frånsett täta, upprepade injektioner — en psykopatologisk personlighet och ett höggradigt personligt främlingskap (alienation).

Kommentar: Detta är ett i flera avseenden gravt oriktigt uttalande. Dels finns det personer som redan vid sin första heroininjektion upplever en så överväldigande kick ("thrill") att de blir psykiskt betingade innan de ännu hunnit utveckla toleransstegring och ett fysiskt, imperativt behov efter drogen, dels skulle flertalet läsare av denna bok bli morfinister-heroinister om medlet tillfördes regelbundet under en viss tid, några veckor upp till en månad. Även laboratoriemöss utan alienationsproblem eller mera uttalade psykopatologiska rubbningar utvecklar snabbt och obetvingligt ett svårt opiatberoende, om de tillförs opiater under en tid. Läroböcker i farmakologi kan upplysa om detta.

7. Narkomanierna var epidemiologiskt självbegränsande också un-

der den fullständigt fria marknaden före Harrison Act, då det också var vanligt att blanda beroendeframkallande mängder narkotika i många patentmediciner.

Kommentar: Alla epidemier är — liksom skogsbränder — självbegränsande. Detta hindrar inte att vi försöker förebygga eller begränsa såväl epidemier som skogsbränder. Vi har tidigare så ingående diskuterat skillnaden mellan Lindesmiths "gamla" och "nya" narkomaner att vi inte skall upprepa resonemanget här. I stället skall vi passa på att skjuta in litet kulturhistoria. I O'Donnell och Balls (1966) ypperliga samling nytryck av viktiga äldre uppsatser i narkotikafrågan hittar vi en årsrapport av 1878 till staten Michigans medicinalstyrelse, avgiven av O. Marshall. Det visar sig att det vid denna tid salufördes en rad patentmediciner som "motgift mot opiumbruk". När dessa preparat analyserades visade de sig alla utan undantag innehålla opium! Det är uppenbart att dessa mediciner hjälpte för stunden. En baktanke med att blanda opium i många andra sorters medikamenter på den tiden var att patienten omedvetet skulle bli beroende av medicinen och medvetet endast inse att han inte kunde klara sig utan den undergörande medicinen. Bara förekomsten av en rad dyrbara "opium-antidoter" bör visa att folk verkligen led av sin genom okunnighet, aningslöshet eller rent bedrägeri från läkemedelsfabrikanternas sida ådragna opiumnarkomani och att de önskade bli kvitt sitt beroende. I Marshalls årsberättelse citeras en läkare, som hade många opiumätare i sitt distrikt och som rapporterade: "Jag känner inte någon som använder morfin (opium) och vars familj inte har blivit försummad och förfallit."

8. 65 procent eller mer av dem som Federal Bureau of Narcotics har registrerat som narkomaner hörs sedan inte av som narkomaner under den närmaste femårsperioden.

Kommentar: Detta är mera en fråga om hur samhällets kontrollorgan fungerar än en uppgift om prognosen vid opiatnarkomani. Jag ser bland mina patienter varje vecka svåra fall av kronisk alkoholism vilka nykterhetsnämnden inte känner till eller har avskrivit sedan år eller decennier tillbaka och sedan dess inte har avhört.

Vid närmare påseende blev det således inte mycket kvar av Cheins åtta argument för att narkomanierna som massföreteelser skulle vara individuella (miss)anpassningsfenomen och att socialmedicinskt smittsamma former inte skulle existera. Som ett litet ord på vägen till den som möjligen fortfarande känner sig tvivlande skall jag återge ett citat från Brown (1915), som fångar en stor del av problematiken i ett nötskal.

Smitta (contagion) är utan tvekan en mycket vanlig form för spridning. Jag har stött på många fall där mer än en familjemedlem var infekterad. Det första fallet hade uppstått genom en tillfällighet eller genom läkarbehandling, och andra familjemedlemmar hade infekterats, främst genom en viss tendens hos narkomanen, särskilt på ett tidigt stadium, att introducera andra i narkomanins tjusning. Vissa läkare lämnar en bedrövlig svans av narkomaner efter sig. I de flesta fall är dessa läkare själva narkomaner, i andra fall är läkaren av en eller annan anledning särskilt förtjust i att använda medlet och okunnig eller obekymrad om dess konsekvenser.

Vad är det nu för slags folk som enligt Chein misstror en liberal förskrivningspraxis beträffande opiater till såväl missbrukare som till folk som enligt Chein bäst skulle lösa sin psykosociala missanpassning med heroin? Jo, enligt Chein är det, hör och häpna, folk som misstror läkarkåren! Chein är tydligen så illa informerad att han inte känner till att man i medicinska kretsar alltsedan Hippokrates dagar varnat för liberal och okritisk opiatmedicinering, att det främst var efter kraftfulla aktioner från amerikanska läkarförbundets sida som regeringen stängde de sista narkotikadispensärerna 1923 och att det främst är från den medicinska expertisens — farmakologers, internisters, psykiatrers — sida som man rest motstånd mot en liberal narkotikaförskrivning av såväl opiater som centralstimulantia, hallucinogener etc. till narkomaner och missbrukare just på de grunder jag anfört.

Chein hävdar (s. 374) att det uteslutande är en medicinsk angelägenhet huruvida folk använder narkotika eller inte; detta skulle inte angå lagstiftningen, dvs. samhället. Han frågar sedan (s. 376) om antalet narkomaner skulle öka om hela problemet lades i händerna på läkarna, dvs. i händerna på den procent av

läkarkåren som skulle kunna vinnas för en sådan förskrivningspolitik. Chein tror att ett experiment i liten skala kanske skulle kunna ge svar på frågan men tillbakavisar bestämt resonemang om att fallen i så fall bör utväljas noggrant: "För att sådana experiment skall ha någon relevans i frågan bör man välja ut de 'sämsta' fallen, inte de 'bästa'." Vi befinner oss i den lyckliga omständigheten att kunna låta Chein och hans medarbetare få titta i facit beträffande ett sådant experiment i liten skala och de kan i viss mån känna sig som inspiratörer.

Avslutningsvis vill jag erinra om att sociologen Lindesmith uppfattar opiatnarkomanerna som huvudsakligen tillhörande någon av sex (överlappande) kategorier; därtill noterade han som vi minns en restgrupp av "hopplöst kriminella narkomaner" som polisen borde ta i förvar. Psykologen Cheins mycket begränsade erfarenhet av opiatnarkomani omfattar *enbart* Lindesmiths residualgrupp, och för dessa fall vill Chein rekommendera en liberal opiatutdelning för självmedicinering. Lindesmith och Chein är således i själva verket helt oeniga och oförenliga, men båda har i Sverige mobiliserats som de främsta internationella auktoriteterna för fri förskrivning — av centralstimulantia! — till (epidemiskt indragna) preludinnarkomaner.

Jag upphör aldrig att förvåna mig över hur rudimentära kunskaper i medicin och biologi som psykologer och sociologer — för att inte tala om journalister — tycks tro vara tillräckliga för att förstå och lösa komplicerade socialmedicinska problem. Även här råder en variant av en av Parkinsons lagar: Ju mera komplicerat problem, desto enklare att fatta ståndpunkt — i förvissning att inte heller några andra orkar sätta sig in i problemkomplexet.

Den stora oredans tid

PRELUDIERNA

Vi har nu monterat ned de långskjutande amerikanska kanonerna, och det är dags att återgå till svenska förhållanden. Vi är framme vid den stora oredans och förvirringens tid i svensk narkomanidebatt och officiell narkotikapolitik. Det är fråga om en välavgränsad treårsperiod, som inleddes i anslutning till en radiodebatt den 17 december 1964 och — som jag hoppas — definitivt skall bringas till ett slut i och med publiceringen av detta arbete. Genom en av de märkligaste opinionskampanjer vi haft i detta land lyckades en handfull personer 1965 med hjälp av alla massmedia intala praktiskt taget hela svenska folket (och sig själva) att den uråldriga, primitiva, naturmedicinska principen om att "ont skall med ont fördrivas" var särskilt tillämplig inom narkomanibehandling: narkomani skall behandlas med narkotika — även när det som i vårt fall är fråga om centralstimulerande medel som missbrukas intravenöst!

Eftersom press- och TV-folk visste ännu mindre om narkomani och narkomanibehandling än kampanjmakarna tog det hela skruv på ett så förunderligt sätt att slutligen t. o. m. den ärevördiga medicinalstyrelsen på sin ålders höst (det 300-åriga verket uppgick vid årsskiftet 1967—68 i socialstyrelsen) av opinionstrycket greps av en sådan förvirring att man utan att tillräckligt sätta sig in i frågan eller konsultera det vetenskapliga rådet i realiteten utfärdade in-blanco-fullmakter för några läkare att praktisera en förskrivningsmetod av samma typ som den som redan tidigare misslyckats i USA och England. Resultatet blev som vi snart skall se ett nytt behandlingsfiasko, en förvirrad och förgiftad debatt och ett par års tempoförlust beträffande adekvata åtgärder gentemot

det allt snabbare expanderande intravenösa medicinmissbruket. I missbrukarkretsar blev uppfattningen att "det kan väl inte vara så farligt att knarka, när preparaten skrivs ut av läkare". Den omfattande och okritiska publiciteten bidrog starkt till ökat intresse bland presumtiva missbrukare, och de redan etablerade började uppfatta sig som vår tids revoltörer och hjältar. Före kampanjen och publicitetsvågen brukade medicinmissbrukarna dölja sina sönderstuckna armar under långa skjort- och blusärmar; ett år senare var det vanligt bland det massivt infekterade polisklientelet i Stockholm att gå med uppkavlade ärmar och tufft kokettera med stickmärken, som synbarligen började fylla samma statusfunktion som tidigare tatueringarna. Den som dessutom var "legal", dvs. regelbundet erhöll narkotika på recept, tillhörde definitivt societeten i denna subkultur.

Preludierna till denna epok kan spåras tillbaka till Takmans tidigare (s. 193) diskuterade inlaga till medicinalstyrelsens disciplinnämnd. Uvertyren spelades sedan upp i tidskriften Origo (nr 6, 1964). Redaktör Frank Hirschfeldt, en av ledamöterna i redaktionskommittén, uppträdde här för första gången i narkomanidebatten; snart skulle han vara TV:s och hela svenska folkets narkotikaexpert och slutligen bli den man i vars händer medicinalstyrelsens narkomanvårdskommitté skulle lägga sekreteraruppdraget för kommitténs vårdgrupp, den arbetsgrupp som skulle penetrera de synnerligen intrikata vårdfrågorna och bl. a. övervaka den s. k. försöksverksamheten med förskrivning av narkotika till missbrukare för självmedicinering i sin traditionella miljö.

Hur kunde denne Frank Hirschfeldt i ett slag lyckas vända upp och ned på hela narkotikafrågan och få generationer psykiaters erfarenheter beträffande narkomani att framstå som ett reaktionärt hopkok och gängse narkomanibehandling som en löjlig antikvitet? Ur vilka kunskapsbrunnar hade han öst innan han blev rådgivare i dessa komplicerade frågor åt statsråd, generaldirektörer och vanliga enkla professorer, och vilken grund hade han för de häftiga attacker han snart skulle rikta mot en rad fackmän med mångårig yrkeserfarenhet av narkotikaproblemen? Vad var det som gjorde att nästan varje journalist plötsligt såg de tidigare så svåråtkomliga problemen i ett förklarat skimmer från den nye auktoriteten?

Utrustad med en oförvägenhet värdig en astronaut och inspirerad av Takmans skrifter — som såvitt man kan bedöma var det enda han hade läst i frågan — och stödd på en statistisk konsult gick Hirschfeldt till våldsamt angrepp mot narkotikaåklagaren Sten Warholm och överläkaren vid Håga sjukhus, Dan Sundberg, med anledning av en utredning om narkotikabrottsligheten i Stockholm som Warholm och Sundberg utfört.

Utredningen hade tillkommit på begäran av läkarförbundet, som också delvis bekostade den. Rapporten upptar 35 maskinskrivna sidor, men den har inte publicerats, och kritikerna förefaller heller aldrig att ha läst den. Redogörelsen omfattar dels en utförlig genomgång av 1960—61 års narkotikaärenden i medicinalstyrelsens disciplinnämnd (97 fall), dels en genomgång av polis- och barnavårdsakter etc. beträffande 26 av 35 kvinnor och 48 av 121 män som under 1960 hade dömts för narkotikabrott i Stockholm. Urvalsmetoderna beträffande brottsfallen hade inte preciserats och var sannolikt inte invändningsfria. En liten del av undersökningsfynden presenterades av Warholm i Svensk Polis (nr 2, 1964), samtidigt som det påpekades att "det finns all anledning att omedelbart anslå medel till bearbetning av ett redan mycket rikhaltigt material och för att möjliggöra den kriminologiska och psykologiska grundforskning som är nödvändig". Mer än nittio procent av artikeln ägnas en initierad, allmän presentation av narkotikabrottsligheten. När jag efter flera års forskningsarbete inom detta område och efter att ha läst hundratals in- och utländska arbeten i narkotikafrågan går tillbaka till originalrapporten och tidskriftsartikeln står det klart att Sundberg och Warholm vid den aktuella tidpunkten torde ha varit landets bäst informerade personer beträffande det svenska massmissbruket av narkotika, kriminaliteten kring missbruket och den illegala handeln.

Vad hade då Frank Hirschfeldt att komma med? Jo, han hade mobiliserat en statistiker, fil. kand. Jan Ohlin, som han använde som murbräcka i attacken. Warholm hade summerat:

Omräknat i procent visar siffrorna, att tidigare kriminalitet kunde påvisas hos 75 % av männen och hos 64 % av kvinnorna. Med

utgångspunkt härifrån kan man för våra förhållanden hävda att brottsligheten som regel föreligger vid tiden för läkemedelsmissbrukets uppkomst.

Ohlins kritik av Warholms artikel publicerades under rubriken "Narkotika- och statistikmissbruk" i samma nummer av Origo (nr 6, 1964) som Hirschfeldts opus, och båda artiklarna gavs stor publicitet i pressen, som ju tidigare under många år fournerats med talrika intervjuuttalanden i samma anda av Takman.

Ohlin påpekar alldeles korrekt att urvalsmetoderna inte preciserats; han misstänkliggör sedan Sundbergs och Warholms undersökning genom att polemisera mot slutsatser som de själva aldrig dragit:

Ingenting säger att det är ett representativt urval ur "det läkemedelsmissbrukande brottsklientelet". Däremot kan man med säkerhet påstå att urvalet *icke* är representativt för hela populationen missbrukare i Sverige.

Ohlin som uppenbarligen inte visste ett skvatt om narkomaniproblematiken fortsatte att docera:

Även om hans statistik vore korrekt skulle den ju inte visa något annat än att bland läkemedelsmissbrukande brottslingar brottsligheten som regel i tiden föregår missbrukets uppkomst. Detta kan givetvis inte tas som belägg för att det är brottsligheten som *orsakat* missbruket. Att det ändå är ett orsakssamband av detta slag som föresvävat Warholm framgår av hans presentation av frågeställningen, där han talar om att brottslingen skulle bli missbrukare av rädsla för upptäckt osv.

Efter denna utskällning passar Ohlin, som tydligen anar att det ändå kanske ligger något i vad Sundberg och Warholm försökt visa, för säkerhets skull på att bifoga en brasklapp:

Jag vill understryka att jag helt delar Warholms åsikt att det förmodligen finns ett samband mellan narkotikamissbruk och brottslighet. — — — Men det är en sak att påvisa statistiskt samband, en positiv korrelation, av detta slag och något helt annat att analysera kausala relationer mellan olika fenomen. Det senare är ett

problem av helt annan svårighetsgrad och det kan diskuteras om det överhuvudtaget låter sig angripas med statistiska metoder.

Sedan Hirschfeldt på detta sätt fått för sig att problemet inte "överhuvudtaget låter sig angripas med statistiska metoder" ser han en chans att angripa det med sina egna. Stödd på några av Takmans uppsatser går han till attack med en fräckhet och okunnighet om problematiken som är exempellös i svensk narkomanidebatt och torde försvara en plats även i internationella sammanhang. Det är angeläget att utförligt presentera detta första framträdande därför att massmedia okritiskt svalde angreppen och därmed öppnade dörren på vid gavel för den kommande kampanjen. Även om det som sedan utspelade sig i vårt land i denna fråga de närmaste tre åren främst intresserar oss för att äntligen få begreppsförvirringen skingrad och det faktiska händelseförloppet rekonstruerat, så har den hirschfeldtska PR-kampanjen troligen ett ännu större intresse för masskommunikationsforskare och för dem som intresserar sig för hur opinionsbildningen kan ske i ett modernt samhälle av vår typ och hur myndigheter reagerar för kampanjer av olika slag. Det måste enligt min uppfattning bli ett slut på dessa lobbymetoder, där en handfull beskäftiga personer genom dold och för den ansvariga ledningen okänd infiltration i massmedia och genom ihärdig utbasunering av allmänna, patetiska fraser och i sak grovt förenklade eller i grunden helt oriktiga uppgifter skall driva fackmännen till tystnad och myndigheterna till förvirring. Den ingående granskning vi nu skall genomföra är därför i lika hög grad föranledd av en allvarlig oro för fundamentala mekanismer i demokratins funktionssystem som ett uttryck för ett behov att sanera den bedrövliga narkotikadebatten och försöka återföra den till en intellektuellt anständig och fackmannamässig nivå.

Vi skall nu se vad Hirschfeldt hade att erbjuda. Vi skall börja med några smakprov ur hans debutartikel i Origo och komplettera med några belysande citat ur en mängd artiklar av honom ur dags- och veckopressen och sammanställda yttranden från olika tillfällen.

I Origo-artikeln polemiserar Hirschfeldt mot att man kriminaliserat "allt sådant innehav av narkotika som icke erhållits på

recept" (detta blir sedan hans paradvapen i alla sammanhang det första året) och förklarar att man "därutöver 'utnämnt' allt fler preparat 'som narkotika', oavsett att många av dessa i vissa fall är mindre vanebildande än t. ex. alkohol."

Man frågar sig onekligen vilka medel Hirschfeldt kan åsyfta. Jo, det visar sig att han vid denna tidpunkt trodde att "även ro- och sömngivande preparat av typen brom, meprobamat och ett flertal sömnmedel räknas som narkotika", var han nu kan ha fått det ifrån.

WHO har rekommenderat varje land att vid behov utvidga de internationella narkotikabestämmelserna med nationella särbestämmelser. Detta blir i Hirschfeldts tappning så att "teoretiskt skulle därför vilket huvudvärkspulver som helst kunna betecknas som narkotikapreparat". På tal om abstinensreaktioner hävdar han att "patienten måste erhålla narkotika i allt mindre mängder" utan att beakta att detta endast är tillämpligt för morfinisterna, inte för de hos oss minst hundra gånger talrikare missbrukarna av centralstimulantia. Vidare anklagar han Warholm för att ha framfört "den fullkomligt olagliga rekommendationen" att inrätta ett centralt missbrukarregister och medicinalstyrelsen för att den "gjort mycket starka inskränkningar i den enskilde läkarens rätt att utskriva recept efter beprövad erfarenhet och samvete", mycket annat att förtiga.

Efter en längre tids heltidsengagemang i narkotikafrågorna kunde Hirschfeldt inte undgå att så småningom lära sig en smula om dessa ting. Själv hade jag ett halvdussin offentliga diskussioner med honom under hans första år i den nya karriären, och senare anknytningen till kommittéarbete bör också ha bidragit till att sprida ljus. Vi kan därför notera att Hirschfeldt numera torde ha klart för sig att narkomaner tillvanda till centralstimulantia inte "måste erhålla narkotika i allt mindre mängder", att han genom att ansluta sig till narkomanvårdskommitténs betänkanden instämt i ett förslag om ett centralt register över alla narkomaner och att han också anslutit sig till en straffskärpning beträffande olaga befattning med narkotika.

Hur förhåller det sig då med medicinalstyrelsens tvångströja på läkarna när det gäller rätten att förskriva narkotika? Denna av Takman ofta upprepade men ändå alltid lika oriktiga tes att

svenska läkare inte har rätt att förskriva narkotika efter "vetenskap och beprövad erfarenhet", som är det korrekta uttrycket, förvandlades som vi såg av Hirschfeldt till en fråga om läkarnas "samvete". Han var vid denna tidpunkt helt fångad av denna vanföreställning, men i ett PM av den 20 november 1966 kunde Hirschfeldt för borgarrådet Sven Johansson förklara hur det förhöll sig med verkligheten:

En gammal missuppfattning är att medicinalstyrelsen skulle kunna ge något slags tillstånd för en sådan behandling (underhållsbehandling med narkotika). Enligt gällande lag har varje läkare rätt att efter eget omdöme avgöra huruvida han finner det lämpligt att förskriva narkotika till en viss patient. Han behöver alltså inte i princip tillfråga medicinalstyrelsen i varje enskilt fall.

Attacken på Warholm summeras bl. a. på följande sätt:

Slutsatser: Genom en lång erfarenhet av juridiskt ackordsarbete inom narkomaniområdet har hos speciellt en tongivande åklagare, Sten Warholm, skett en tillvänjning till konstanta felslut som av honom förväxlats med vetenskaplig forskning, som han dock säger sig efterlysa, och bidragit till en försämring av läget. — — — Åklagaren uppställer kvasivetenskapliga teorier vars antagna sanningsvärde konserveras genom att verklig forskning på området icke ingår i hans rekommendationer.

Hirschfeldt lyckas alltså även med konststycket att motsäga sig själv i en och samma artikel: först får vi veta att Warholm "säger sig efterlysa" konstruktiv forskning, sedan att "verklig forskning på området icke ingår i hans rekommendationer".

Attacken på Dan Sundberg, som inte stod som medförfattare till Warholms artikel, baserar Hirschfeldt på ett vanligt telefonsamtal med Sundberg, alltså inte på en intervju eller liknande. Vi skall återge detta avsnitt in extenso då det är karakteristiskt för en McCarthy-anda som skulle komma att prägla Hirschfeldts attacker på en rad fackmän med lång erfarenhet av narkomaniproblematiken.

Dr *Dan Sundberg* är en jäktad biträdande överläkare vid en rättspsykiatrisk avdelning vid Håga sjukhus. Dr Sundberg saknar visser-

ligen inte metodisk vetenskaplig utbildning men har förmodligen under trycket av en alltför stor arbetsbörda övergått till enklare metoder.

Vid förfrågan säger han sig visserligen ha ett alltför litet eller ensidigt material för att säkerställa statistiska slutsatser om narkotikaklientelet, men han hävdar samtidigt att han *tror* att det likväl förhåller sig på det sättet att det narkotikamissbrukande klientelet icke frivilligt låter sig omhändertas av intresserade läkare i den öppna sjukvården för undersökning och rehabilitering. Dr Takmans motsatta och redovisade erfarenheter samt erkänt ambitiösa försök att åtminstone göra ansatser i den vägen avfärdas av Sundberg med orden: "Då får väl i så fall Takman bevisa att han har rätt." Medan Dr Sundberg sålunda förvandlat problemet till en trosfråga förefaller det dubbelt angeläget att mycket stora krafter och mycket pengar sätts in för att låta en av vårt lands främsta socialläkare organisera upp en effektiv forskning på detta outforskade område. Han bör få tillfälle att bevisa sina teorier med sakkunnig hjälp. Icke för att övertyga dr Sundberg, utan för att rädda ett stort antal människor från förslumning och kriminalisering och för att bespara skattebetalarna de enorma utgifterna som kommer att bli följden av att man hitintills endast låtit juristerna härja fritt, med en katastrofal utveckling som följd. (Origo nr 6, 1964)

Hirschfeldt försöker här exploatera det renommé som expert som Takman vid denna tidpunkt fortfarande kunde påräkna i populärpressen, och Takman kommer som vi senare skall se att återbetala dessa hedersbetygelser med att i dagspressen harangera Hirschfeldt som en av de få som verkligen begrep sig på narkomaniproblemet.

EN VIKTIG RADIODEBATT

Origo-artiklarna väckte stor uppmärksamhet i pressen, och radions Tidsspegel passade på att anordna en debatt kring dem den 17 december 1964. Warholm konfronterades med Takman och Hirschfeldt, professor Leonard Goldberg deltog som farmakologisk expert, men Dan Sundberg hade inte blivit inbjuden! Hela diskussionen publicerades senare i Röster i Radio nr 4, 1965. Vi skall referera och citera några intressanta avsnitt ur debatten,

som dagen efter kommenterades livligt i de flesta dagstidningar och kom att fungera som startskott för den fantastiska opinionsbildningsprocess som under 1965 svepte genom alla våra massmedia.

Takman inledde programmet med att återge sin redan klassiska historieskrivning — fram till 1958 skulle narkomani i Sverige praktiskt taget endast ha förekommit bland sjukvårdspersonal och smärtplågade patienter som blivit tillvanda under medicinsk behandling:

Och då hade vi såvitt man vet inte någon stor grupp av missbrukare som hade börjat med morfin eller andra narkotiska preparat utanför dessa båda grupper.

Takman polemiserade också mot att medicinalstyrelsen (som vi minns på Takmans initiativ!) inkluderat de centralstimulerande medlen i narkotikaförteckningen.

Här hemma har vi, och jag vill säga tyvärr, inkluderat i narkotikaförteckningen också de centralstimulerande preparaten, de som kallas med ett gemensamt namn för amfetaminpreparat. Skillnaden mellan dessa preparat och den klassiska narkotikan är att den senare utvecklar narkomani. Folk blir beroende av den, inte bara psykiskt utan också fysiskt, och får svåra besvär under en avvänjningsperiod. *De centralstimulerande preparaten* däremot utvecklar inte narkomani och därför tycker jag nog att man borde ha delat upp de här i två grupper så att man inte jämställer obestridligt farliga medel med sådana som i det här sammanhanget *får betraktas som relativt oskyldiga.* (Kursiverat här.)

Därefter argumenterar Takman för en liberal förskrivning av olika slags narkotika:

Nu anser jag att huvudprincipen för varje läkare bör vara här att söka avvänja narkomanerna. Men vissa fall måste man ge upp. Vad man till slut kan göra är att man ger dem de doser de behöver och kontrollerar att de inte ökar doserna. På det viset finns det i vårt land och i andra länder många narkomaner som sköter sina jobb bra och som inte förfaller i fysiskt eller juridiskt hänseende. Jag menar att denna grupp av människor — också de

asociala narkomanerna självfallet — skall behandlas som medicinska fall. Och det gör man bara undantagsvis numera.

Takman går inte in på hur han tänkt sig kontrollera att narkomanerna inte ökar sina doser eller överlåter preparat — med eller utan förtjänster eller gentjänster — till andra, eller vad man skall göra med de tusentals amfetaminister som driver omkring i knarkarkvartarna utan att vara vare sig vård- eller arbetsmotiverade; de är ju de som sedan mer än ett decennium konstituerar vår snabbt växande socialmedicinska och socialpolitiska krissituation på detta område — inte de mycket fåtaliga, socialt fungerande kroniska morfinisterna. Goldberg replikerar också med anslutning till sådana tankegångar:

Där kanske man måste tillfoga, att det där med att de sköter sina jobb, det gäller ju inte missbrukare av alla preparat. Det gäller för vissa av de narkotiska preparaten, att personer som får tillförseln reglerad inte uppvisar andra skador, men ifråga om andra preparat är det rakt motsatt. Det är framför allt sömnmedlen, barbituraterna, de lugnande medlen, amfetaminerna och alkoholen; där är det ju tvärtom så, att den långvariga förtäringen och beroendet leder till bestående skador.

Takman påpekar sedan med visst fog: "Narkomani är sannolikt den enda stora folksjukdom som fullständigt ignoreras av de hälsovårdande myndigheterna i vårt land", men han inser inte att detta främst berott på att de sjuka själva inte är vårdmotiverade eller endast önskar hjälp för stunden och dagen. Sedan attackerar Takman polis, åklagare och domstolar, vilka ju blir de som kommer i allt frekventare kontakt med det allt mera förslummade, kriminaliserade och minst sagt dåligt vårdmotiverade missbrukarklientelet:

Man skulle kunna säga att de rättsvårdande myndigheterna har inte bara misslyckats med att bekämpa narkotikamissbruket, de har på ett ganska fruktansvärt sätt förvärrat situationen. Vi har erfarenheter från Amerika som borde vara talande och som borde ha varit avskräckande.

En liten debatt i debatten blev en kort duell mellan Hirschfeldt

och Warholm. Satt i sitt historiska sammanhang är den så betydelsefull att den är värd att återge i oförändrat skick:

Hirschfeldt: Stadsfiskal Warholm talar här om sluten vård. Jag förmodar att i de fall då ni dömer folk till fängelsestraff så betraktar ni även detta som en sluten och god vård — är det riktigt?

Warholm: Det är så att i den mån som missbrukare döms till frihetsstraff — vilket är ytterst sällsynt så länge det bara är fråga om ett olagligt innehav (*det har förekommit en enda gång, såvitt jag vet, att en person här i landet dömts till ett ovillkorligt frihetsstraff för ett innehav, men det var beroende på mycket speciella omständigheter)* — så kommer ju den som avtjänar straff att, om läkare på anstalten anser det nödvändigt, få en viss medicinsk behandling. Naturligtvis inte den medicinska behandling som vederbörande får på ett sinnessjukhus, där det finns experter när det gäller de här problemen, men han får i alla fall så pass mycket vård som han behöver för att klara sig över det obehag som den uteblivna tillförseln innebär för honom.

Hirschfeldt: Vad händer sedan när han blir utsläppt?

Warholm: Ingenting.

Hirschfeldt: Han blir alltså inte föremål för någon som helst läkarvård?

Warholm: Det blir han inte regelmässigt och det kan väl förklaras med att i de flesta fallen föreligger icke längre behov av vård vid den tidpunkten, för då har vårdbehovet upphört, åtminstone temporärt.

Hirschfeldt: Då menar du alltså det som jag sa i början, att han genom intagningen praktiskt har blivit av med sitt begär och där har alltså rättsinstanserna fullgjort det som Takman efterlyser att läkarkåren skulle fullgöra i den öppna vården?

Warholm: Indirekt så kommer det ju att förhålla sig på det sättet att genom frihetsberövandet så kommer vederbörande att tvångsvis underkastas abstinens.

Hirschfeldt: Och det anses vara en tillfredsställande utveckling? Du menar att det är tillräcklig garanti för att den missbrukare — jag förutsätter här olaga innehav — att denne missbrukare inte återkommer och blir dömd en andra gång? Du menar att det skulle ersätta den forskning som man eventuellt skulle vilja efterlysa?

Warholm: Nej, lika litet som vård på ett sinnessjukhus gör. Risken för återfall föreligger i såväl det ena som det andra fallet.

Hirschfeldt: Men de är väl inte jämställbara, omhändertagandet på ett fängelse och ett framkallande av abstinens och den vård som vederbörande skulle kunna genomgå i en läkares händer?

Warholm: Nej, naturligtvis inte, men risken för återfall föreligger i båda fallen.

Hirschfeldt: Men anser inte du att det hela är ett läkarproblem om vi bortser ifrån svartabörshandeln, alltså att man som Takman säger, ska skilja denna svartabörshandel och offren för detta. Har inte du själv någon programförklaring om hur du har tänkt dig framtiden på detta område efter din femåriga verksamhet?

Warholm: Vi räknar ju aldrig med att om vi får en missbrukare som enbart gjort sig skyldig till olaga innehav dömd till dagsböter, för den skull de stora försäljarna skulle sluta med sin verksamhet. Det resonemanget har förefallit oss så verklighetsfrämmande så vi har aldrig ens kommit in på tanken att dra några sådana slutsatser.

Vad som här föresvävar Hirschfeldt är tydligen att amfetaminpreparaten skulle ge fysiska abstinensbesvär, vilket är inkorrekt. Vi kan erinra om att vi i storstockholmsområdet vid denna tidpunkt hade mindre än femtio morfinister och att de, i den mån de blev gripna av polisen för kriminell verksamhet och dömda till fängelse, blev fysiskt avvanda under den tid de satt anhållna eller häktade och alltså rimligtvis knappast kan ha haft abstinensbesvär i samband med intagning på fångvårdsanstalt. Däremot är frågan om kriminalpolitiken i stort, kriminalvårdens utformning och vad man kan göra för att komma tillrätta med olika former av kriminalitet och hur man på bästa sätt skall kunna hjälpa urspårade och kriminellt aktiva personer — såväl narkomaner som alkoholister och andra — till en återanpassning i samhället etc. en helt annan fråga, som vi för narkomanernas vidkommande skall återkomma till; behandlingspolitiken kring de övriga grupperna är minst lika viktig men den faller utanför ramen för detta arbete. Det kan dock här vara på sin plats att erinra om vad Alfred M. Freedman, psykiatriprofessor från New York, påpekade vid en internationell expertkonferens i Los Angeles 1963:

Narkomanibehandling har nu utvecklats till en huvudsakligen psykiatrisk specialitet. Det är emellertid knappast nödvändigt att påpeka att den psykiater som använder konventionella psykoterapeu-

tiska metoder i allmänhet upptäcker att han har obetydligt större framgång än andra läkare — eller t. o. m. poliser och kriminalvårdare (law enforcement officers) — när han tar itu med de problem som denna patientgrupp företer. — — — Så länge som behandlingen förblir en problematisk och ofta resultatlös procedur måste narkomanifrågan mötas på samma sätt som andra hälsovårdsproblem, och omfattande sociala ansträngningar främst inriktade på prevention måste ges hög prioritet. Detta utesluter givetvis inte samtidiga ansträngningar beträffande dem som redan är narkomaniserade. (Wilner & Kassebaum, 1965, s. 188)

Detta citat rymmer i stort sett hela narkomaniproblematiken i ett nötskal. Men vi skall återgå till polemiken mellan Hirschfeldt och Warholm. Det är viktigt att man i det sammanhanget har klart för sig att amfetaministens ställning som brottsling (om vi bortser från brottet "olaga innehav", som enligt Warholm endast undantagsvis och under speciella omständigheter medför frihetsstraff, vid denna tidpunkt endast ett fall, och andra narkotikabrott) inte skiljer sig från exempelvis alkoholistens. Warholm pekar också på de relativt dåliga behandlingsresultaten vad man än företar sig med det kriminaliserade och narkomaniserade problemklientelet, och detta stämmer väl överens med såväl Freedmans konstaterande som med inhemska erfarenheter från mentalsjukhus och andra behandlingsorgan med öppen eller sluten vårdverksamhet. Det är verkligen att beklaga att inte Dan Sundberg eller någon annan psykiater med stor erfarenhet av vuxet problemklientel och narkomanibehandling i allmänhet och beträffande de kriminellt aktiva grupperna i synnerhet hade inbjudits att delta i denna radiodebatt.

Vi skall avsluta referatet av detta ur opinionsbildningssynpunkt mycket viktiga radioprogram med att återge ett meningsutbyte mellan Hirschfeldt och Goldberg och se hur det senare kom att utnyttjas av Hirschfeldt för att misstänkliggöra även Goldberg.

Hirschfeldt: Jag ska fråga en annan viktig sak. Du, professor Goldberg, har ju börjat din bana som uppmärksammad alkoholforskare och är numera även inkopplad på narkotikaforskning — beror detta på att likheterna mellan alkoholmissbruk och narkotikamissbruk är så stora att dessa två forskningsområden hör ihop? Och om

det är så, varför ser man då så totalt annorlunda på narkotikaproblemet i juridisk synpunkt, än man ser på alkoholproblemet. Är inte det kärnpunkten i hela frågan?

Goldberg: I verkligheten är det nog så att jag varit road av att studera effekten på centrala nervsystemet av olika slag av medel, och där är det väl så att alkoholen har råkat bli det som folk har uppmärksammat. Det har för oss bara varit ett av de många medel vi sedan många år tillbaka har varit intresserade av.

När det sedan gäller den andra delen av frågeställningen om det finns likhet eller inte, så finns det vissa likheter. Det är beroendet. Däremot är det mycket stora skillnader både i fråga om hur snabbt det går och i frågan om de slutskador som uppträder. Det finns vissa narkotika där man kan bli beroende på en injektion. När det gäller alkoholen så tar det ju trots allt mellan 6 och 12 år. Detsamma gäller slutstadierna. Vad är det som skiljer? Vad är det som överensstämmer? — Skillnaderna ligger i olika enzymsystem. Överensstämmelserna ligger i att vissa av de mentala skadorna blir liknande.

Av presskommentarerna till debatten framgår att recensenterna hade svårt att bedöma de agerandes vederhäftighet, de missbedömde innebörden i Hirschfeldts aggressivitet och uppfattade att Warholm hade blivit hårt trängd. Hirschfeldt fick blodad tand och Takmans fulla stöd. I den första årsberättelsen från Riksförbundet för hjälp åt läkemedelsmissbrukare (RFHL), som snart skulle bli en följd av detta samarbete, kan vi läsa om radiodebatten:

Takman uppmanade därvid Hirschfeldt att fortsätta att intressera sig för denna fråga och söka åstadkomma en förändring, framför allt att införa socialmedicinska aspekter i en fråga som vid denna tidpunkt var föremål för exklusiv polisiär och juridisk handläggning.

DEN STORA KAMPANJEN

Efter dessa inledande framgångar drogs presskampanjen igång. Den 9 februari 1965 publicerades en stor intervju (signerad Annmari Behring) med Hirschfeldt i Arbetet. Denne broderade nu vidare på vad han hade lärt sig av Goldberg under radiodebatten

("Det tar i allmänhet åtta—tio år att bli alkoholist, narkoman kan man bli på en vecka" etc.) samtidigt som han passar på att ta avstånd från Goldberg, sedan många år föredragande ledamot i WHO:s Expert Committee on Dependence Producing Drugs:

I radiodebatten förklarade en av deltagarna, professor Goldberg, att han som känd alkoholforskare börjat ägna sig även åt narkotikaforskning, berodde på att han "är road av centrala nervsystemet". Med all respekt för denna forskartyp, säger Hirschfeldt, är det inte åt sådana uppdraget att socialt klarlägga narkomanin i Sverige skall lämnas.

Innebörden i Warholms förklaring kring problemet narkotikaabstinens under ett omhändertagande inom kriminalvårdens ram hade helt förbigått Hirschfeldt, vilket framgår av att han i samma intervju levererar följande kommentar:

Narkomanen i fängelse lider fruktansvärt. Han kan inte klara sig utan narkotika — en katastrof kan bli följden. I England går man numera så radikalt till väga att läkarna skriver ut narkotika till patienter, som med en mindre dos' hjälp kan klara sig i arbete och i sin övriga tillvaro. Den illegala handeln har därigenom avtagit starkt i detta land.

Var och en som hade följt den engelska fackpressen visste att det förhöll sig exakt tvärt om: Den illegala drogtrafiken ökade mycket starkt kring de legala förskrivningarna i England (se s. 223) För att göra denna i svensk opinionsbildningshistoria sannolikt enastående kampanj full rättvisa skall vi referera händelser, artiklar, presskommentarer och aktioner i kronologisk ordning för den stora våroffensiven 1965. Enbart denna kampanj skulle bli en mycket omfattande och spännande thriller om man avtäckte hela det fascinerande nätverket, men både det begränsade utrymmet och brottsbalkens femte kapitel om inskränkningar i yttrandefriheten lägger bestämda hinder i vägen. Här skall vi endast i dagboksform ange viktigare data, skildra förloppet i korthet och referera och kommentera huvuddragen i kampanjtexterna. Hänvisningarna "RFHL I—II" betecknar årsberättelserna 1965—66

respektive 1966—67 för Riksförbundet för hjälp åt läkemedelsmissbrukare. Ur den första årsberättelsens första sida citerar vi:

Hirschfeldt mötte utomordentlig förståelse för denna fråga från Expressens kulturchef Bo Strömstedt och publicerade med början den 16/2 1965 en första av en lång serie debattartiklar på Expressens kultursida. Expressen har därmed varit ett viktigt led i den opinionsbildning som tillsammans med TV-programmen om narkotika skapat ett fullständigt förändrat läge.

Hirschfeldts första artikel i Expressen samlade i själva rubriken hela våroffensivens huvudtema i den grovt förenklade och patetiska parollen *"Rädda narkomanen FRÅN POLISEN!"* Artikeln inleddes med en faderlig förmaning till pressen:

Det finns ett narkotikaproblem men ännu knappast någon narkotikadebatt utanför de s. k. fackkretsarna. Pressen har hittills visat större intresse för de stora rubrikerna om inbrott, stölder och prostitution i samband med narkotika än för själva problemet bakom dessa rubriker. Oftast sväljer man kritiklöst små "upplysande" artiklar som sprids i PR-syfte av poliser och åklagare, kryddade med en och annan siffra för att göra ett vederhäftigt intryck.

Hirschfeldt går sedan till attack mot förste poliskonstapeln Bert Klamm, med vilken han dock senare inleder ett mycket intimt samarbete. För dagen har dock "den citerade artikelförfattaren (Klamm) kokat soppa på en spik". Denna spik visar sig vara Sundbergs och Warholms utredning. Klamm "har dock för denna gång underlåtit att upplysa om att dessa siffror hänför sig till endast 73 fall och därför statistiskt sett saknar allt värde". 73 fall är i och för sig (frånsett urvalsmetoder etc.) inte för litet som underlag för statistiska beräkningar.

Hirschfeldt fortsätter sedan att kritisera den tidens milda narkotikalagstiftning (han skulle 1967 tillstyrka en väsentlig skärpning av den!) och bryr sig inte om Warholms tidigare upplysningar: "Det är med hjälp av lagen om olaga innehav som narkomanen kriminaliseras", konstaterar Hirschfeldt. Den 14 april 1965 vederlägger kammaråklagare Curt Dreifaldt återigen dessa föreställningar: "I själva verket utdelas endast dagsböter om ovanstående brott inte varit sammankopplade med annan brotts-

lighet, till exempel ocker." Dreifaldt tillägger: "Ett faktum är att man för närvarande inte kan göra någonting för läkemedelsmissbrukare som inte själv önskar behandling." — Detta är en kärnpunkt i problematiken, som vi senare skall återkomma till.

Hirschfeldt avslutar artikeln med sin ständigt återkommande rekommendation till myndigheterna att tilldela Takman uppdraget att klarlägga narkomaniernas epidemiologi — "den ende som har något forskningsresultat i sammanhanget". "You scratch my back and I will scratch yours", brukar engelsmännen säga om denna vanligen framgångsrika form av symbios.

22.2.1965

Efter en artikel om morfinism av Expressens medicinske medarbetare Bernt Bernholm (18.2.1965) följer den andra kampanjartikeln; den är skriven av John Takman och bär den suggestiva titeln: *"Förbjuden sjukdom: NARKOMANI."* Takman utgår från disciplinnämndens utlåtande i hans ärende (s. 193) och citerar att nämnden funnit att han "icke gjort sig skyldig till fel eller försummelse av beskaffenhet att böra medföra ansvar".

Artikeln bygger på resonemang som enbart är tillämpliga vid opiatberoende (morfinism, heroinism etc.), men läsaren får intrycket att principerna även gäller för vårt massmissbruk av centralstimulantia. Den redan vid denna tidpunkt välkänt höga samvariationen mellan kriminalitet och narkomani (av epidemisk typ) avfärdar Takman på ett mycket lättsinnigt sätt: "Men sannolikt kan vi notera ett samband mellan psoriasis och brott eller hämorrojder och brott om vi gör psoriasis- och hämorrojdundersökningar på ett fångvårdsklientel . . ."

25.2.1965

"TACK herr rikspolischef!" är titeln på Hirschfeldts nästa opus i Expressen. Det är en totalt förvirrad artikel, som utgår från rikspolisstyrelsens remissyttrande över sinnessjuklagstiftningskommitténs betänkande. I remissyttrandet heter det att "personer som har tagits om hand enligt sinnessjuklagstiftningen inte i något fall bör kvarhållas av polisen. Det bör i stället åligga polismyndigheten att tillse att vederbörande personer snarast kommer under läkarvård."

Varje initierad vet att detta alltid varit självklar praxis i polisens arbete, och man skulle tro att denna truism inte skulle kunna ifrågasättas av någon. Hirschfeldt gör dock det nästan obegripliga misstaget att sammanblanda sinnessjuklagen och brottsbalken och tolkar rikspolisstyrelsens yttrande som att alla narkomaner och medicinmissbrukare (1967 närmare hälften av alla för brott omhändertagna personer i Stockholm) omedelbart skall överföras till mentalsjukhus då "polisen inte har några resurser eller möjligheter att ha hand om mentalsjuka människor". Eftersom en mycket stor del av de brottsmisstänkta som inte är avancerade medicinmissbrukare i stället är alkoholister eller svåra alkoholmissbrukare borde ju enligt Hirschfeldt rimligtvis även dessa i så fall omhändertas på samma sätt, och polisens hela brottsutredande verksamhet borde då flytta ut på ett mentalsjukhus. I själva verket släpps huvudparten av de brottsmisstänkta inom några timmar upp till ett par dygn — så snart förhören avslutats. Däremot kommer jag själv, som vi snart skall se, att argumentera för ett massomhändertagande av svårt nedgångna intravenösa medicinmissbrukare för långvarigt och målinriktat socialmedicinskt rehabiliteringsarbete, men den som då träder fram och vänder sig mot en sanering av narkotikaträsket efter sådana linjer är — Frank Hirschfeldt.

25.2.1965

"... sammanträffade Hirschfeldt med med. kand. Iréne Matthis och utvecklade för henne sina idéer i narkotikafrågan. Iréne Matthis ställde sig positiv till ett framtida samarbete." (RFHL I)

15.3.1965

Efter Hirschfeldt och Takman träder nu hovrättsfiskalen Ingemar Rexed, i sinom tid narkomanvårdskommitténs sekreterare, in på scenen. Hans bidrag till kampanjen i Expressen bär titeln *"Om läkarna fick ansvaret..."* och upptar ett korrekt referat av Lindesmiths arbete "The Addict and the Law", som vi ingående dissekerat tidigare (s. 203). Rexed är noga med att påpeka att Lindesmith uteslutande sysselsätter sig med opiatnarkomani och att de amerikanska och svenska förhållandena är olika i många viktiga hänseenden, men han underskattar beroendet vid miss-

bruk av centralstimulantia. "Våra narkotikamissbrukare använder ofarligare medel och förtjänar mestadels inte benämningen narkomaner. — — — det är svårt att utveckla t. ex. en grav morfinism i Sverige."

Rexed berör tyvärr inte Lindesmiths intressanta "residualgrupp" (se s. 219) och motsvarande problemklientel hos oss — det är ju den gruppen diskussionen främst gäller. Trots att Rexed — i motsats till Hirschfeldt vid denna tidpunkt — är på det klara med att centralstimulantia inte ger fysiska abstinensfenomen och trots att han är förtrogen med opiatberoendets viktigaste kliniska kriterium på kort sikt ("det är först abstinensfenomenen som gör honom till en akut sjuk människa") är han liksom Lindesmith och Takman så helt fångad av "modellen narkomani — illegal handel — brottslighet" som huvudkraften vid masspridningen av ett nytt giftmissbruk, att de mer eller mindre begärliga drogeffekterna liksom abstinenskomplexets karaktär helt träder i bakgrunden ("normalisering" av specifik drogtillförsel vid opiatberoende, akuta förgiftningssymtom i motsvarande situation vid missbruk av centralstimulantia).

Rexed kom senare (Socialmedicinsk tidskrift nr 6 och 9, 1967) att binda sig mycket hårt till Lindesmith i ett försvar för medicinalstyrelsens och narkomanvårdskommitténs ödesdigra sanktionering av massförskrivning av centralstimulantia för intravenöst missbruk på egen hand bland personer som Lindesmith skulle hänföra till sin residualgrupp. Det är dock uppenbart att Rexed kom att drivas in i dessa positioner genom att han satte alltför stor tilltro till det doktorliga kunnandet ("Om läkarna fick ansvaret . . .") och delvis blev vilseförd av de medicinska och psykiatriska experter han samarbetade med. I viss mån var denna mekanism dock en bumerangeffekt av att Rexed själv verksamt medverkade till en alltför ensidig, snäv och okritisk selektion av rådgivare kring narkomanifrågan.

26.3.1965

Expressens förstasida denna dag upptas av *"Pojkgäng till sjukhus efter fest på narkotika. MYSTISKT DÖDSFALL. Ett helt gäng läroverkspojkar i Stockholm har fått hämtas av ambulans sedan de förgiftats av narkotika."* Knarkfesten hade ägt rum

vid Enskede gård, och den döde var en 17-årig gymnasist.

Nu gällde det att handla snabbt: *I hast samlades en handfull personer redan samma kväll och bildade Riksförbundet för hjälp åt läkemedelsmissbrukare.* Frank Hirschfeldt blev ordförande i interimstyrelsen och Iréne Matthis vice ordförande. Dr Sven-Erik Åhström invaldes som styrelsemedlem. "Som första medlem anmälde sig dr John Takman." (RFHL I)

6.4.1965

Denna dag begravdes den 17-åring, som hade dött på knarkfesten tolv dagar tidigare. Begravningen skildrades påföljande dag i text och bilder på hela mittuppslaget i Expressen.

Med osvikligt sinne för situationens PR-effekter arrangerade RFHL på begravningsdagens kväll sitt första framträdande med ett offentligt opinionsmöte i Medborgarhuset. Huvudtalare var John Takman. I en artikel över fem spalter i Expressen (7.4.1965) refereras mötet och Takmans paroll: *"MERA RÅG I RYGGEN HOS LÄKARNA i stället för tio våta fingrar i luften för att känna från vilket håll det blåser."* Takman framförde sin gamla uppfattning att "narkoman är endast den som använder klassiska narkotikapreparat eller därmed jämförliga syntetiska sådana vilka ger både fysisk och psykisk abstinens". Takman vände sig särskilt mot att innehav av narkotika, som inte förskrivits av läkare, var kriminaliserat och krävde en lagändring eftersom begreppet olaga innehav i praktiken innebar att "narkomani är en sjukdom som bestraffas". "Enda vägen att komma åt den (svarta börsen) är att göra missbrukarna helt oberoende av den". — — — "Numera får läkare ordinera narkotika till så förstörda fall att de inte kan fungera socialt utan dessa preparat."

Vi vet att antalet socialt missanpassade morfinister i Stockholm vid denna tidpunkt knappast översteg 35, medan det bör ha funnits omkring 3 500 personer som missbrukade centralstimulantia intravenöst. I fråga om definitionen på begreppet *narkomani* begränsade sig Takman således till morfinister (35 personer), i fråga om begreppet *narkotika* använde han sig av gängse juridiska referenser och förordade således principiellt narkotika på recept även till de tusentals personer som var beroende av centralstimulantia — för att göra missbrukarna "helt oberoende" av svarta börsen.

Vi ser återigen att Takman uppfattar att det är den illegala handeln som skapar narkotikaepidemierna, inte preparateffekterna och den interpersonella introduktionsdynamik som Lindesmith skildrat så väl. Med den enklaste logik borde då exempelvis tobaksrökning egentligen upphöra att existera eftersom vi inte har någon illegal tobakshandel i Sverige, och endast folk som umgås med spritlangare, smugglare och hembrännare borde fortsätta att använda alkohol. Men denna starkt emotionella kampanj frågar inte efter logik eller "vetenskap och beprövad erfarenhet", och den är framsprungen ur andra motiv än vetenskapliga. Den utger sig för att vara humanitär — och jag har inte för ett ögonblick ifrågasatt att kampanjmakarna också har humanitära intentioner — men eftersom kampanjideologin skulle lämna fritt fram för narkotikamissbruk i massomfattning blir den i praktiken djupt inhuman.

Takmans paroller blev RFHL:s och hela den patetiska kampanjen kom att drivas i denna anda. När Takman lämnar de vetenskapliga fackkretsarna, där han vet att man allmänt är ytterligt skeptisk mot hans idéer på detta område, och framför sitt budskap på allmänna folk- och opinionsmöten, exkommunicerar han sig från vetenskapen och blir kommunalpolitiker och stadsfullmäktigeledamot för hela slanten. Jag anser att Takman är den moraliskt huvudansvarige för den stora oredans tid i svensk narkotikapolitik och att de medicinska, sociala, ekonomiska och politiska konsekvenserna av hans agerande i denna fråga till sin omfattning är omöjliga att överblicka men inte kan överskattas. Kampanjens ideologi är byggd på en lång rad felbedömningar som var för sig är allvarliga och sammantagna blir förödande.

Vi har härmed presenterat kampanjens huvudpersoner. Lavinen rullar nu snabbt vidare av sin egen inneboende dynamik.

8.4.1965

Rikspolischefen Carl Persson besvarar i Expressen Hirschfeldts förvirrade artikel av den 25 februari, och polischefen får i samma nummer en klapp på axeln av Hirschfeldt: "Rikspolischefens uttalande är ytterst tillfredsställande och vittnar om en sund humanitär inställning."

9.4.1965
Hirschfeldt presenterar RFHL:s målsättning i radio.

11.4.1965
Aftonbladets Nils Öhquist presenterar Takman och den "nya" narkotikapolitiken på en helsida: *"Svensk läkare vill bota knarkare med — narkotika!"* Takmans optimism vittnar i själva verket om hur liten erfarenhet han måste ha haft av dessa problem: "Den bästa metodiken tror jag är att utgå från att det i princip går att bota alla — t. ex. polikliniskt." Behandlingen skulle tillgå så att patienterna "besöker läkaren var tredje dag och då får sitt recept, t. ex. på preludin (en positiv följdverkan är då bl. a. att man hjälper till att strypa svarta börsen). Preparatet skrivs för varje gång ut i en fallande dosering och kuren pågår i sex veckor. Sedan är det slut!"

Den i dessa ting obevandrade intervjuaren tycker själv att det hela verkar väl enkelt och tillägger därför: "Låter kanske systematiserat i överkant men har faktiskt givit goda resultat i en del fall. Och är alltså värt att prövas."

13.4.1965
Dåvarande regeringsorganet Stockholms-Tidningen ger på ledarplats den nya behandlingsfilosofin sin välsignelse.

Medicinalstyrelsen togs på sängen av den aggressiva och beskäftiga kampanj, som Takman—Hirschfeldt—Matthis—Åhström —Rexed-gruppen organiserat, och inför det välorganiserade trycket från "den allmänna opinionen" gav man i hast vika utan att inse vad man gav sig in på. I april 1965 kom förskrivningsverksamheten igång på allvar. Så småningom skulle det som bekant komma surt efter.

Vad som den 9 februari 1965 enligt Hirschfeldt var ett radikalt grepp i England, enligt Takman "den bästa metodiken" och enligt en yr och samstämmig kampanjledning var den enda humana behandlingslinjen utnämnes så småningom till något helt annat, samtidigt som man förlitar sig på att folk har ett mycket dåligt minne: "Denna verksamhet tillkom som en nödåtgärd då något vårdalternativ inte fanns att tillgå. Alternativet var ingen vård alls", enligt RFHL:s första verksamhetsberättelse, daterad

den 16 maj 1966 — då man börjat få en viss erfarenhet av "sexveckorskurerna". Samma källa uppger att "denna verksamhet skedde under överinseende av medicinalrådet Ivar Frostner, medicinalstyrelsen". — Hur de ansvarigas beslutsprocess i detalj gått till skall det bli intressant att så småningom få klarlagt.

17.4.1965

Hirschfeldt släpps in på hörnplats i Dagens Nyheter och polemiserar i en artikel kallad "Narkotikasjuka utanför lagen" mot stadsfiskal Dreifaldt och lagen om olaga narkotikainnehav, som stadsfiskalen hade belyst i ett inlägg den 14 april (omnämnt på s. 260). Dreifaldt hade som vi minns bl. a. konstaterat att många narkotikamissbrukare inte önskade någon adekvat vård. Hirschfeldt, som vid denna tidpunkt var helt okunnig om missbrukarnas som regel mycket dåliga vårdmotivation (se s. 420), konstaterar:

Kärnpunkten är att man lika litet kan göra någonting för läkemedelsmissbrukare som *önskar* behandling. Några adekvata vårdmöjligheter finns inte. Det finns många narkotikamissbrukare som önskar behandling och som vänder sig till oss.

Hirschfeldt bryr sig inte om att utveckla vad det var för slags behandling som plötsligt hade kommit på modet och som narkomanerna hörde sig för om — det gällde främst narkotikaförskrivning! Likaså visar Hirschfeldt i denna artikel att han liksom lärofadern Takman var helt okunnig om den höga samvariationen mellan social rotlöshet, kriminalitet och narkomani (av epidemisk typ):

Eftersom stadsfiskal Dreifaldt endast kommer i kontakt med narkotikamissbrukare som kommit i klammeri med rättvisan, känner han naturligtvis endast till en mycket begränsad krets av missbrukare.

27.4.1965

Nu anser Hirschfeldt tiden mogen att agera på statsrådsnivå: "Den 27/4 uppsökte Hirschfeldt statsrådet Palme i dennes hem och fick tillfälle att framlägga RFHL:s synpunkter i samband med en av SSU planerad konferens i narkotikafrågan i Konserthuset den 28 april, vid vilken man inte inbjudit representanter för RFHL."

Palme var enligt Hirschfeldt och RFHL:s första årsberättelse en läraktig gosse och får därför även han en välförtjänt klapp på axeln: "Statsrådet Palme deltog i konferensen och avslutade denna på ett mycket tillfredsställande sätt, så att onödiga framtida kontroverser mellan SSU och RFHL kunde undvikas."

29.4.1965

Ett nytt radioframträdande av Hirschfeldt "om RFHL:s inställning till i konferensen framkomna synpunkter". (RFHL I)

Dagens Nyheter ansluter sig samma dag på ledarplats till kampanjfilosofin och vänder sig mot lagen om illegalt narkotikainnehav, som "bör upphävas när det gäller egen förbrukning" — vilket som bekant brukar synas på preparaten. Vidare bjuder Dagens Nyheter på en vetenskaplig världssensation, som måste få varje fysiolog att spetsa öronen:

Till de mest förbryllande narkotikamysterierna hör nämligen hur det kan komma sig att man i olika kulturer, exempelvis delar av Indien, men också vita ungdomsgäng i Amerika, funnit att de nedbrytande symtomen (toleransökning, tvångsbehov, svåra abstinensfenomen etc.), som vetenskapen säger är fysiologiskt nästan ofrånkomliga på grund av vissa narkotikas biokemiska effekter på kroppens enzymsystem och dylikt, över huvud taget inte alls uppträder, eller noteras i bara undantagsfall, när narkotikabruket är väl integrerat i livsföringen och accepterat/reglerat av rådande värderingar!

På Dagens Nyheters ledarsida har man enligt min uppfattning alltid demonstrerat en mycket djupgående insikt i alkoholfrågan, men där har man inte pläderat för en högre grad av socialt accepterande av alkoholbruket som en tänkbar behandlingsväg mot baksmälla, återställarbehov och patologisk alkoholhunger över huvud taget. Fråga är om inte DN och fysiologerna av ren slentrian här förbisett en potentiell angreppsvinkel på hela alkoholfrågan och kanske också en behandlingsmöjlighet — eller åtminstone profylax — mot abstinenstillstånd som delirium tremens etc. Det skadar aldrig att dra ut konsekvenserna, de fulla såväl som de nyktra, av sina tankemödor.

7.5.1965

Vårkampanjens stora säsongsfinal går av stapeln i Uppsala, där Verdandi på Universitetet ordnat en debatt med titeln "Asocial medicin"! "Från RFHL deltog dess ordförande (dvs. Hirschfeldt), vice ordförande (dvs. Matthis) och dr Åhström, vidare deltog hovrättsfiskalen Ingemar Rexed och redaktör Åke Fors från Socialdepartementet." (RFHL I)

11.6.1965

Hirschfeldt envisas nu med att vilja fortsätta att föra förhandlingarna direkt på statsrådsnivå utan inblandning av generaldirektörer och andra mellanhänder. Denna gång har hans helsidesartikel i Expressen rubriken *"Det måste kosta pengar, hr Aspling!"* Hirschfeldt berör bl. a. en interpellation i riksdagen den 30 mars 1965 av Rimmerfors, vilken "underblåser vulgäruppfattningar". Hirschfeldt är uppenbarligen helt ovetande om att Rimmerfors sedan ett decennium tillbaka mer enträget än någon annan i riksdagen krävt att någonting skulle göras åt det växande narkotikaproblemet och skriver: "Med säkerhet har hr Rimmerfors inte i någon nämnvärd grad studerat narkotikaproblemet, än mindre fattat konsekvenserna av sitt resonemang."

Vad Rimmerfors hade föreslagit och som enligt Hirschfeldt var ett bevis för att han inte fattade konsekvenserna av sitt resonemang var ett förslag om att receptbelägga injektionssprutor för att om möjligt den vägen dämpa det intravenösa missbruket. Hirschfeldt har heller inte alltför hög uppfattning om vad socialministern möjligtvis kan känna till om ett av våra största sociala ungdomsproblem:

Låt oss nu anta att hr statsrådet också har hört att man i vissa ungdomsgäng brukar berusa sig med injektioner. Den fråga han då bör ställa sig är denna: Har vi verkligen något att vinna på att förbudsvägen skapa ytterligare en svart marknad, en marknad av injektionssprutor?

Det måste ha varit något av en västgötaklimax — men knappast ett Canossa — för Frank Hirschfeldt att den 28 juni 1967 underteckna narkomanvårdskommitténs andra delbetänkande, som bl. a. rekommenderar kriminalisering av olaga innehav av — injektions-

sprutor! Personligen tror jag att Hirschfeldt i den frågan ändrat uppfattning åt fel håll, och det gör hela historien ännu mera pikant.

22.6.1965

Vårkampanjens sista notis hittar vi på Expressens kultursida:

Ordföranden i RFHL — det nya Riksförbundet för hjälp åt läkemedelsmissbrukare — Frank Hirschfeldt, med.kand. Iréne Matthis och hovrättsfiskal Ingemar Rexed kommer i höst med den första svenska boken om narkotikaproblemet. — — — Boken ges ut av Verdandi-debatt.

INTRAVENÖST MEDICINMISSBRUK 1965

Undersökningens bakgrund

Då jag var väl förtrogen med Takmans uppfattning om narkotikamissbruket som främst en följd av samhällets kontrollåtgärder (och inte tvärtom) och då det omedelbart stod klart att det nybildade RFHL helt behärskades av dessa föreställningar och med en stort upplagd kampanj ämnade försöka genomdriva en liberaliserad narkotikapolitik, uppstod blixtsnabbt en mycket allvarlig situation. Det är uppenbart att kampanjgruppen i första hand borde ha försökt tillgodogöra sig erfarenheterna från den stora amfetaminepidemin i Japan tio år tidigare och se på vad sätt dessa lärdomar kunde appliceras på våra förhållanden. Men man hade läst sin Lindesmith och det fick vara nog.

Jag hade några samtal med med. kand. Iréne Matthis redan veckan efter det RFHL bildats (alltså sista veckan i mars 1965), men det var omöjligt att dämpa hennes entusiasm. Nu skulle man förlösa narkomanerna från deras kriminella aktivitet genom att på recept förskriva de narkotikakvantiteter de "behövde". Då jag sedan ett tiotal år varit psykiatrisk konsult hos polisen framstod det för mig som fullständigt orealistiskt att förvänta sig att ens en bråkdel av de missbrukare vi sett där skulle vara i stånd att sköta en sådan ambulant "behandling", då både narkomanin och kriminaliteten för många av dem endast var de mest mani-

festa symtomen på mycket djupgående personlighetsstörningar av den typ vi med hittills kända behandlingsmetoder inte kan göra så mycket åt (karaktärsneuroser etc.).

I den uppkomna situationen kunde jag inte göra mycket annat än att i hast organisera en undersökning som skulle a) kunna ge besked om det intravenösa narkotikamissbrukets utbredning och förändring i polisklientelet; b) för de fall som av och till återkom till polisen ge möjlighet att följa missbrukets individuella förlopp, varaktighet, periodicitet etc.; c) i sinom tid kunna ge besked om hur den planerade förskrivningsverksamheten skulle återspeglas i dessa kretsar. Likaså skulle man genom en fortlöpande undersökning av denna typ kunna säkra ett basmaterial för närmare studium av den höga samvariationen mellan kriminalitet och narkomani som Sundberg och Warholm påtalat men som Takman reducerat till ett samband av typen "psoriasis i ett fängelseklientel" och som följaktligen hade förnekats också av Hirschfeldt.

Några allmänna metodproblem

Att studera utbredningen av olika former av toxikomani i ett samhälle bjuder på en rad mycket svåra metodologiska problem. Om man går fram med samma metodik som vid allmänna hälsoundersökningar kan man vara förvissad om att flertalet missbruksfall förblir oupptäckta. Antingen kommer missbrukarna att utebli från den frivilliga undersökningen och hamnar därmed i den oklara och mångtydiga bortfallsgruppen, eller också — i den mån de ställer upp till undersökning — får man räkna med att missbruk, som inte kan diagnostiseras objektivt, i stor utsträckning kommer att förtigas vid undersökningen.

Man blir därför hänvisad till olika former av selektiva eller riktade undersökningar. De vanliga internationella frekvenssiffrorna över olika former av narkomani härstammar från sjukhusinläggningar, genom domar i narkotikabrott identifierade fall etc. Naturligtvis finns det en rad fall, som på detta sätt aldrig blir upptäckta och rapporterade. Detta torde man emellertid inte komma ifrån vilken metod man än använder, men bristen i den traditionella rapporteringen blir särskilt svår om det gäller katego-

rier av missbrukare, som i mycket liten utsträckning söker sig till sjukhus för vård av sitt missbruk, eller om missbruket inte beröres av lagstiftningen (som exempelvis thinnersniffningen). Detsamma gäller förstås missbruk i grupper som aldrig eller mera sällan kommer inför polis och domstol (exempelvis morfinmissbrukande medicinalpersonal).

En metod att kartlägga omfattningen av och förändringar i ett visst missbruk i samhället är att regelbundet under en längre tidsperiod observera ett visst personflöde, som ständigt nyrekryteras efter likartade betingelser och som är någorlunda representativt för befolkningen som helhet eller för vissa åldersgrupper (t. ex. olycksfallspatienter, skolbarn och värnpliktiga). En variant av denna metod är att koncentrera sig på ett personflöde, som består av individer som av någon anledning löper särskilt stor risk att dras in i ett visst missbruk, och där frekvenser och förändringar därför blir mera påtagliga, exempelvis i polisklientelet. Naturligtvis förutsätter varje metod objektiva undersökningskriterier av något slag.

Genom ett intensivstudium av missbruksfallen, en uppdelning av dem i meningsfulla undergrupper och jämförelser mellan dessa och någon form av kontrollmaterial ur samma urvalspopulation — och om möjligt även ur normalbefolkningen — vad beträffar vissa sociala bakgrundsdata, bör värdefulla informationer kunna vinnas om missbrukets dynamik och missbrukarnas ursprung, levnadsförlopp och riskmiljöer. Kan en undersökning av denna typ kompletteras med intervjuundersökning av ett visst urval av såväl missbrukare som kontrollfall ökar utbytet av undersökningen betydligt.

I den aktuella svenska epidemin av missbruk av centralstimulantia är administrationssättet väsentligen intravenöst. Säkerligen förekommer även ett utbrett tablettätande, "knaprande", av dessa medel, men det intravenösa missbruket är av flera skäl betydligt allvarligare — det synes ge ett snabbare och svårare beroende, ett snabbare socialt förfall och därtill i stor utsträckning smittsam gulsot.

Metodologiskt är att notera att det intravenösa missbruket är det enda missbruk, som enkelt kan påvisas objektivt utan provtagning eller fullständig kroppsbesiktning och som är påvisbart

även när vederbörande är helt opåverkad av farmaka, ja ibland veckor och månader efter senaste injektionen.

Möjligheterna är således gynnsamma för ett systematiskt studium av den svenska missbruksepidemin i ett konstant personflöde av den typ som ovan berörts. Då man visste att intravenöst medicinmissbruk var mycket vanligt bland polisklientelet i Stockholm föll det sig således naturligt att organisera en specialstudie av denna grupp, som visserligen är mycket speciell och särpräglad men som av undersökningen och vissa andra erfarenheter (missbruksfrekvensen i en undersökt grupp av venereaklientel, gulsotsfallens sammansättning etc.) att döma torde vara den i särklass mest infekterade gruppen i Stockholm vad gäller epidemiskt medicinmissbruk. En lätt förbisedd men väsentlig förutsättning för en undersökning av denna typ är givetvis att identiteten måste vara helt säkerställd. Även i detta avseende är polisklientelet särskilt gynnsamt för studium.

Undersökningsresultat

Den första undersökningen omfattar de personer som infördes till de centrala arrestavdelningarna under april 1965, och undersökningen bygger på inspektion av armvecks- och underarmsvenerna.

Den första undersökningsmånadens primärmaterial omfattade 782 personer eller samtliga av stockholmspolisen 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 undersökningstillfället. 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) var dock väsentligt mindre än dess storlek skulle kunna förmodas innebära. Av 185 personer födda 1925 eller tidigare, vilka undersöktes (tabell 6), hittades inte något fall av intravenöst medicinmissbruk, varför motsvarande bortfall — 31 personer, huvudsakligen äldre, kvinnliga fyllerister — representerade 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 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 var det intravenösa medicinmissbruket utomordentligt 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 15 missbrukare av 54 undersökta (28 %). Särskilt svårt infekterad var tioårsgruppen född 1936—45, där 36 procent av de (svenska) kriminella männen (39 av 108 undersökta) och hela 50 procent av kvinnorna (10 av 20 undersökta) visade sig vara intravenösa missbrukare.

2. Missbruket var starkt bundet till nationaliteten. Samtliga 18 kvinnliga missbrukare och 54 av de 56 manliga var svenska medborgare. Av 55 utländska män födda 1926—50 och omhändertagna enligt brottsbalken hittades 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.

Den inledande studien gav så alarmerande resultat att den fortsattes. Med hjälp av sjuksköterskorna vid arrestavdelningen hade hösten 1967 ca 20 000 gripna undersökts och ca 2 000 intravenösa medicinmissbrukare diagnostiserats. Epidemiutvecklingen har successivt visat sig allt mera oroande, men till detta skall vi återkomma senare (s. 406).

EXPERTGRUPP TILLSÄTTES

Den refererade rapporten tillställdes medicinalstyrelsen i slutet av maj 1965 och publicerades i Läkartidningen den 7 juli. Som vi så många gånger tidigare visat i vår historiska exposé över epidemiutvecklingen brukade medicinalstyrelsen reagera reflexartat, när en viss retningströskel uppnåtts — så också denna gång. Den 14 juli — på dagen en vecka efter det rapporten publicerats och kommenterats flitigt i pressen — tillsatte man en expertgrupp i narkotikafrågor. Gruppen bestod av på sina specialområden högt kvalificerade personer: professor Leonard Goldberg (farmakolog, ordförande), professor Gunnar Inghe (socialmedicinare), överläkare Ruth W. Ettlinger (psykiater), intendent Hjalmar Friberg (högste chef för narkotikapolisen) och hovapotekare Gunnar Krook (medicinalstyrelsens apoteksbyrå).

Särskilt intressant var valet av sekreterare åt expertgruppen. Hovrättsfiskal Ingemar Rexed blev utsedd till denna viktiga post, och därmed hade kampanjledningen vunnit första ronden och fått ett avgörande inflytande över utredningsarbetet och särskilt beträffande det fortsatta valet av personer som på olika sätt skulle knytas kring utredningen. Hirschfeldt tog med rätta åt sig huvudparten av äran för detta i en hörnartikel i Dagens Nyheter (22.7. 1965): "Ett politiskt tryck utövades över partigränserna för att föra in de socialmedicinska aspekterna i denna vanskötta fråga. Utan detta tryck hade medicinalstyrelsens expertgrupp, om den över huvud taget kommit till stånd, icke haft den sammansättning den har i dag." Här bör man erinra sig att "de socialmedicinska aspekterna" med Hirschfeldts dåvarande terminologi var liktydiga med den Takman-inspirerade kampanjideologin i Hirschfeldts tappning. Snart skulle Hirschfeldt själv komma efter som biträdande sekreterare i narkomanvårdskommittén, och kampanjledningen kunde då flytta in sitt högkvarter i — medicinalstyrelsen! Först återstod dock en del upprensningsaktioner bland erfarna narkotikaexperter som envisades med att tänka annorlunda än kampanjparollerna föreskrev och som därtill var oförskämda nog att även öppet framföra sina dubier mot Takman—Hirschfeldt—Åhström—Rexeds för dagen segerrika och upphaussade patentlösning av narkotikaproblemet.

En ytterligare utbyggnad och konsolidering av kampanjvinster-

na var det närmaste målet, och taktiken fick modifieras efter de oväntat snabba och lättköpta segrarna. Den narkotikabok, som Hirschfeldt—Matthis—Rexed aviserat i Expressen den 22 juni, behövdes inte längre och det var heller knappast lämpligt att expertgruppens sekreterare och RFHL:s ordförande publicerade ett gemensamt dokument av manifestkaraktär. Planerna på boken skrinlades därför snabbt, särskilt som TV välvilligt ställde sina tjänster till kampanjledningens förfogande. Ett helt reporterteam om fyra personer avdelades under ett halvår för narkotikafrågan och producerade en programserie helt i kampanjens anda. Vi skall återkomma till denna märkliga TV-serie och vissa omständigheter kring den.

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

A. Personer födda 1925 eller tidigare

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

B. Personer födda 1926—50

Omhändertagna enligt	Totalt Män	Totalt Kvinnor	Därav undersökta Män	Därav undersökta Kvinnor	Därav missbrukare Män	Därav missbrukare Kvinnor
Brottsbalken	359	63	309	57	52	15
NVL (fylleri)	—*	60	—	36	—	1
NVL (ej fylleri)	37	1	34	1	4	0
Utlänningslagen	26	2	24	2	0	0
Sinnessjuklagen	1	15	1	14	0	2
Summa	423	141	368	110	56 (15,2%)	18 (16,4%)

* Manliga fyllerister och misstänkt psykiskt sjuka förs till distriktstationerna och ingår inte i undersökningen

Framgången i attacken på Sundberg och Warholm och den enorma publiciteten lämnade Hirschfeldt ingen ro; hans framträdanden blev allt djärvare och allt mera hänsynslösa och groteska. Under några sommarmånader 1965 blev en gammal, internationellt välkänd narkotikaexpert, handelsrådet Bertil A. Renborg, utsatt för en hysterisk hetsjakt som för tanken till McCarthyperiodens mörka år i USA och Stalin-tidens kampanj kring Lysenkos köpenickiad i den sovjetiska vetenskapsvärlden i början av femtiotalet.

Renborg hade vid den aktuella tidpunkten varit hårt engagerad i narkotikaproblematiken sedan 36 år tillbaka; själv var han nu 73, vilket Hirschfeldt åberopade flera gånger för att påskina att Renborg skulle vara överårig och senil. Renborg tjänstgjorde vid Nationernas Förbunds narkotikaavdelning i Genève under åren 1926—46 och var dess ansvarige chef från 1939 till 1946, då verksamheten övertogs av FN. Genom kontakter med såväl de båda krigförande blocken som med de neutrala staterna kunde Renborg förbereda efterkrigstidens internationella samarbete i narkotikafrågorna, och hans narkotikaavdelning var i praktiken en av de mycket få verksamma enheter som FN direkt kunde överta från NF. 1947 publicerade Carnegie Foundation for International Peace Renborgs handbok "International Drug Control. A Study of International Administration by and through the League of Nations". 1953 tjänstgjorde Renborg som Sveriges observatör vid FN:s opiumkonferens i New York, och under 1962—63 utarbetade han på uppdrag av FN:s generalsekreterare en handledning beträffande den nya narkotikakonventionen (single convention). Renborg har under årens lopp varit flitig medarbetare i FN:s Narkotikabulletin, där han publicerade några större artiklar så sent som 1963—64.

På initiativ av professor Leonard Goldberg i WHO:s expertkommitté för beroendeframkallande läkemedel har Renborg sedan 1959 medarbetat med ett stort antal artiklar i tidskriften Alkoholfrågan. I nr 5, 1965 av denna facktidskrift hade Renborg publicerat en artikel om "Narkotikamissbruket — dess innebörd och följder". Redaktionen meddelade i ingressen att detta

var den första i en serie artiklar av Renborg, och materialet hade granskats av de två medicinska experterna i tidskriftens redaktionsutskott, professor Göran Liljestrand och laborator Gunnar Lundquist.

"FÖRDOMAR med statsstöd" var rubriken på Hirschfeldts inledande angrepp (10.7.1965), som upptog praktiskt taget hela Expressens kultursida. Med ett halvår som kampanjledare bakom sig kunde Hirschfeldt i inledningen till sin kritik av Renborg myndigt förklara:

Det senaste halvårets intensiva debatt i narkotikafrågor har tydligt visat att kunskaperna på detta område är små, ofta obefintliga, även i fackkretsar, och att det tilltagande missbruket endast kan lösas om man skaffar sig reella kunskaper på området. — — — Det är därför ytterst förvånande att man i ett organ som Alkoholfrågan, som utges av Centralförbundet för nykterhetsundervisning, kungl. kontrollstyrelsen och Nya Systemaktiebolaget, finner en artikel om narkotikamissbruket som saknar elementär vederhäftighet, innehåller många felaktigheter och sprider löjeväckande fördomar om missbrukarna. Hur är det möjligt att ett seriöst organ, som drivs med statliga medel och som till sitt förfogande har en välmeriterad redaktionskommitté, kan acceptera ett sådant bidrag?

Vad hade nu Hirschfeldt att anmärka på i sak? Som vi skall se blir det dåligt med sakligheten men desto mer av invektiv och en förbluffande okunnighet, som därtill piffas upp av Hirschfeldts säregna okänslighet för språkliga valörer: "Inledningsvis använder Renborg en hemmagjord terminologi, helt präglad av hans långa utlandsvistelse . . ." — hur nu sådant kan gå ihop. Beträffande opiatgruppens läkemedel hade Renborg bl. a. angivit att dessa ger upphov till "en tendens att öka doserna på grund av utvecklingen av tolerans". Detta uttryck — "utveckling av tolerans" — slog Hirschfeldt ned på som "hemmagjord terminologi". Det är omöjligt att se någon annan förklaring till den förbluffande anmärkningen beträffande denna i farmakologiskt och fysiologiskt språkbruk gängse terminologi än att Hirschfeldt ännu sommaren 1965 inte blivit bekant med begreppet toleransutveckling och dess roll i definitionssystemen på narkomaniområdet; detta om något är avslöjande för Hirschfeldts enorma okunnighet. Den

mening som därpå följde framstår därmed i all sin prakt från Chronschoughs dagar: "Sådant kan anses vara petitesser, men man bör här observera att det var fråga om en upplysande artikel av folkbildningskaraktär."

"Därefter", skriver Hirschfeldt, "följer artikelns höjdpunkt: Renborgs uppdelning av 'olika klasser av narkomaner'." Här instämmer jag med Hirschfeldt men på helt motsatta grunder. Renborg hade presenterat en indelning av narkomanierna efter uppkomstsätt: 1) iatrogena eller terapeutiska narkomanier, 2) genom sjukdom framkallade, 3) som resultat av verklighetsflykt uppkomna narkomanier respektive 4) "okynnesnarkomani" varmed Renborg åsyftade att beroendet uppstått genom intensivt bruk av ömsom sömnmedel, ömsom uppiggande medel för att hänga med i nöjeslivets virvlar och alltså "inte föranletts av plågor eller bekymmer". Hirschfeldt går till våldsam attack mot dessa systematiseringsförsök. Jag finner dem visserligen långt ifrån invändningsfria men *de representerar ett första försök till ett generiskt nytänkande — bortom de traditionella farmakologiska grupperingarna.* Själv står jag i mycket stor tacksamhetsskuld till Renborg för hans systematiseringsförsök, för det var just genom denna våldsamt utskällda artikel som jag fick den avgörande impulsen att utveckla min egen socialmedicinska gruppindelning av narkomanierna i fem generiska huvudtyper; senare bidrog som nämnts Karl Evang med en sjätte. Så befruktande kan det alltså vara när en gammal erfaren expert fortsätter att grubbla och laborera med "hemmagjord terminologi" långt efter pensioneringen!

Hirschfeldt citerar sedan som avskräckande exempel hela Renborgs avsnitt om "okynnesnarkomanierna". Jag tycker liksom granskarna Liljestrand och Lundquist att det är en mycket värdefull skildring för en viss väg av beroendeutveckling även om själva klassbeteckningen var mindre lyckad. Den bild Renborg ger av nattklubbsliv och gängkontakter bakom en viss form av narkomaniutveckling är mycket dämpad jämfört med den skildring vi minns Lars Görling gav av samma fenomen (s. 173). Renborg avslutar sin beskrivning av "okynnesnarkomanin" med att "individen har endast sig själv att skylla på grund av sitt hektiska nöjesliv". Detta är förstås litet väl enkelt och lakoniskt uttryckt och beaktar inte att individen är en produkt av sitt biologiska och

sociala arv och av hela sin sociala situation. Hirschfeldt insåg genast att denna sats var gefundenes fressen och drar mycket stora växlar på den. Trots att Renborg uttryckligen betonar att alla narkomanier är sjukdomstillstånd, som är utomordentligt behandlingskrävande, tillvitar Hirschfeldt helt ogenerat Renborg uppfattningen att dessa tillstånd inte skulle behandlas! Genom att på ett utomordentligt illvilligt sätt polemisera mot vrångbilder, som inte har någon likhet med Renborgs resonemang, gör Hirschfeldt det mycket lätt för sig:

Renborg uppställer alltså ett antal helt obevisade hypoteser, som passar den moralkaka han sedan hänger på. Modern läkarvård tar inte hänsyn till om en sjukdom är självförvållad eller inte; lyckligtvis behandlas gonorré och syfilis av medicinska skäl och folkhälsoskäl. Som profylax föreslår man preventivmedel och ingen vettig människa skulle i dag försöka ersätta dessa med moralkakor.

Det finns mycket i Renborgs korta artikel som kunde ha utvecklats närmare och också givits mera neutrala och mindre affektprovocerande formuleringar, men Hirschfeldt polemiserar i sin okunnighet rakt ut i vädret. Han visste tydligen ingenting om den för initierade länge välkända samvariationen mellan å ena sidan narkomani (av epidemisk typ), å andra sidan splittrade föräldrakonstellationer, trångboddhet, social misär, osunda gängbildningar, kriminalitet etc. — allt som Renborg påpekat och Chein (s. 234) utförligt dokumenterat. Särskilt irriterar det Hirschfeldt att Renborg noterat att ungdomar som intresserar sig för friluftsliv är mindre riskexponerade för narkomani än andra, men även detta påvisade som vi minns Chein i sin undersökning. Därmed inte sagt att vi skall övervärdera betydelsen av detta samband, men det är intressant att det är så frappant att det observerades klart redan innan en systematisk undersökning var gjord.

Renborg hade även påpekat att narkomaner har en tendens att lämna vilseledande uppgifter om sitt missbruk — något som varje erfaren psykiater är väl förtrogen med. Hirschfeldt tror nu att detta förklaras av att narkotikahanteringen är olaglig och att narkomanernas ofta bagatelliserande inställning till sitt eget missbruk främst skulle bero på detta. Var och en som någon längre tid sysslat med behandling av vår vanligaste narkomaniform,

alkoholismen, uppkommen genom långvarigt och intensivt umgänge med vårt romantiserade, sägenomspunna och allmänt mycket uppskattade och accepterade berusningsmedel, vet att praktiskt taget varje person som har alkoholproblem också har en tendens att vilja bagatellisera detta — både inför sig själv och andra. Man förtränger insikten om sitt giftberoende helt enkelt därför att den är plågsam.

Hirschfeldt fick omedelbart stöd för sin hätska kritik från Upsala Nya Tidning, Dagens Nyheter och Expressen, som alla instämde på ledarplats. När TT oaktat detta hade distribuerat ett sammandrag av Renborgs artikel till landsortspressen fick Hirschfeldt in en hörnartikel i Dagens Nyheter (22.7.1965) under titeln *"Nidingsdåd i narkotikafrågan"*! Nidingsdådet hade alltså TT svarat för. Samtidigt fick Hirschfeldt stöd av Dagens Nyheter på ledarplats, där man hävdade att Renborgs artikel "saknade varje vetenskaplig ambition" och påstod att den "rätt och slätt (var) ett fördömande av narkotikamissbrukarna som mindervärdiga och asociala människor", samtidigt som Alkoholfrågans redaktör utnämndes till "en världsförbättrare i Lewi Pethrus anda".

Det säger sig självt att Alkoholfrågans medicinska experter Liljestrand och Lundquist inte kände sig särskilt hågade att blanda sig i en debatt som fördes på det planet. Renborg replikerade dock i Expressen (24.7.1965) under rubriken *"Amatören och narkomanin"*. Han redogjorde på ett lugnt och försynt sätt för den mansålder han ägnat narkotikafrågan och slutade med en stillsam varning till dem som ordnat lekstuga i narkotikadebatten:

Narkotikaproblemet är ingenting att leka med. Man vinner ingenting genom att inför en stor allmänhet misstänkliggöra dem som på saklig grund och med lång erfarenhet söker belysa problemet i hela dess allvar och då med hänsyn till utvecklingen hemma, och särskilt för det uppväxande släktet.

Alkoholfrågans ansvarige utgivare, Nils Sundberg, tillbakavisade i en hörnartikel i Dagens Nyheter (25.7.1965) bestämt tidningens anklagelser mot Renborgs artikel.

Detta omdöme är orättvist och missvisande. — — — Tidskriften

skulle aldrig publicera en artikel om dessa djupt allvarliga problem om innehållet verkligen förtjänade Dagens Nyheters helhetsomdöme. Man kan förstås alltid — som redaktör Hirschfeldt gjort i olika inlägg — använda metoden att rycka loss några ord eller en sats ur sitt sammanhang och få det lilla citatet att låta annorlunda än vad författaren faktiskt sagt och menat. Den metoden brukar alltid leda vilse in i meningslösa diskussioner.

Dagens Nyheter bemöter samma dag Sundberg i en stor ledare under rubriken *"Knarkerikvack"*. Man tar fram några av Renborgs nästan gammaltestamentligt formulerade satser ("Den förhärdade narkomanen blir förr eller senare en onyttig, parasiterande samhällsmedlem. — — — Narkomanen är en tragisk och dyrbar belastning för samhället" etc.), som i och för sig inte utesluter en djupare och mera äkta medkänsla för de sjuka än vad som bevisligen många gånger döljer sig bakom de opportunistiskt slipade, kvasivetenskapliga modefraserna för dagen. Renborgs formuleringar andades inte människoförakt och cynism, vilket vi kunnat påvisa hos Takmans och Rexeds främsta auktoriteter, amerikanarna Lindesmith och Chein. För Renborgs del är det helt enkelt fråga om den äldre generationens formuleringar av välkända förhållanden som nu artikuleras på annat sätt. Det är möjligt att vad som förefaller cyniskt hos Lindesmith och Chein också det är uttryck för äldre — gammalamerikanska — formuleringar mer än för en negativ människosyn; låt oss tro det.

Aftonbladet, som kommit ut litet sent i Hirschfeldt-gruppens kampanjstart i början av 1965, övertog senare Expressens roll som främsta kampanjorgan och har därefter genomgående — både på ledarplats och nyhetssidor — behandlat denna fråga mera tendentiöst och osakligt än den övriga stockholmspressen. I jakten på Renborg drog Aftonbladet sitt strå till stacken med ett ledarstick (26.7.1965) varur vi citerar följande:

Vi anser det i och för sig tillfredsställande, att det är så länge sedan hr Renborg sysslade med narkotikafrågan, eftersom det förmodligen skulle fått skadliga följder, om hans moralistiska betraktelsesätt hade fått tillämpas i praktiken nu, när narkotikaproblemet blivit ett stort problem. Men vi tycker det är konstigt att CFN använder sig av en expertis med så föråldrade kunskaper. Vi trodde

att det ingick i förbundets uppgifter att tillhandahålla aktuellt upplysningsmaterial i dessa frågor.

Det är många gånger tur för ledarskribenterna att de kan dölja sig i anonymiteten. Fråga är om man inte skulle uppnå en väsentlig standardhöjning i samhällsdebatten om alla dessa orakel och spökröster fick träda fram och öppet signera sina opus. Är de flera som knåpat tillsammans kan också detta anges. Det nuvarande anonymitetsskyddet för ledarskribenter är ägnat att öka makten och inflytandet hos de mycket få som redan är privilegierade genom att dagligen få predika i våra allt färre dagstidningar. Det är många gånger ett osunt krypskytte från väl förskansade ställningar mot enskilda, oskyddade och utlämnade individer och debattörer. För demokratins, yttrandefrihetens och samhällsdebattens skull bör ledarskribenternas anonymitet med det snaraste upphävas.

Takman tyckte att han måste konfirmera attacken på Renborg offentligt. Under rubriken *"Den goda tonens narkotikaexperter"* (Dagens Nyheter 3.8.1965) ältar Takman sina gamla fraser om att andra stödjer sig på myter, dogmer och fördomar:

I Alkoholfrågan nr 5, 1965, förekom en artikel "Narkotikamissbruket — dess innebörd och följder", som med rätta fördömts i åtskilliga tidningar. Artikeln var ett dilettantarbete, inte nödvändigtvis därför att författaren, handelsrådet Bertil A. Renborg, är lekman på området, men därför att han tycks ha fördomar och dogmer som enda material. — — — Men även på narkotikapolitikens område finns det två slags experter, de som tar sina fördomar och dogmer med från lägsta till högsta lönegraden och de som börjar med frisk blick eller åtminstone har fantasi och djärvhet nog att uppmärksamma när en politisk linje är ofruktbar och förödande och då kräver nya utgångspunkter. — — — Att den goda tonens experter, till vilka handelsrådet Renborg utan tvivel hör, inte har några vetenskapliga argument att stödja sig på, är ett faktum, ett av de få fakta som en rationell narkotikapolitik kan utgå ifrån.

Denna argumentationskonst förefaller mig ytterst suspekt för en mer medveten än omedveten försvarsmekanism hos Takman. Genom att ideligen tillvita andra sina egna svagheter hoppas man

själv undgå att bli misstänkt för att vara behäftad med dem. Jag vet ingen som i den in- eller utländska narkotikadebatten talat så mycket om fördomar som Takman men heller ingen som så konstant visat sig felbedöma situationen i varje läge. I stället för att klaga över att andra inte har några fakta att bygga på borde Takman ta reda på hur man kom till rätta med den våldsamma amfetaminepidemin i Japan på femtiotalet (s. 84); Renborg var mycket väl förtrogen med detta och med utvecklingen i USA, England och den övriga världen.

I en avslutande artikel i Dagens Nyheter (15.8.1965) hänvisar Renborg bl. a. till den redaktionella förhandsgranskningen av hans artikel och tillägger:

Därmed borde grunderna för all kritik av min artikel ha undanryckts, såvida inte redaktör Frank Hirschfeldt, som i flera artiklar i DN och i Expressen våldsamt fördömt min artikel, och ledarens anonyme författare anses ha större expertkännedom än de nämnda medlemmarna av Alkoholfrågans redaktionskommitté.

DN ondgör sig över min "hemmagjorda uppdelning av narkomanerna i fyra klasser" och betecknar det som ett "meningslöst lekverk". Kan DN eller redaktör Hirschfeldt komma fram med något bättre? Uppdelningen visar hur den enskilde blivit narkoman. DN undrar vidare vad som vore vunnet med uppdelningen. Svaret är enkelt. Det första en läkare får göra — det må ursäktas mig om jag här som "amatör" berör en medicinsk synpunkt — är att utreda patientens sjukdomshistoria. Behandlingen blir därefter.

I en diskussion med en dagstidning får ingen sista ordet, och DN avslutar med att ge Renborg följande känga:

Handelsrådet Renborg försvarar sig med auktoriteter snarare än med sakskäl. Att en artikel granskats av en professor kan inte gärna göra den höjd över kritik från personer som saknar professorskompetens. — — — Herr Renborg har "avsiktligt noga undvikit att uttala sig" om narkotikamissbrukets kriminalisering, fastän han som jurist har kunnat göra anspråk på fackkunskap. Att i en narkotikadebatt avsiktligt avstå från att fördöma den nuvarande lagstiftningen — är det inte nära på detsamma som att godkänna den?

Även på DN har man sedan sommaren 1965 lärt sig en hel del om narkotikafrågorna, vilket bl. a. återspeglas i en insiktsfull, nyanserad och sökande ledare om *"Beroendemedlen"* den 15 oktober 1967. Redan tidigare har man — liksom Hirschfeldt — uttalat sig positivt om en skärpning av den narkotikalagstiftning man 1965 ville avskaffa. Så långt som till Renborgs erfarenheter och kunskaper lär dock ingen ledarskribent komma på en mansålder — helt enkelt därför att problemen är så omfattande och intrikata att det fordras en längre tids heltidsengagemang enbart för att orientera sig i problemkomplexen.

Alkoholfrågan var givetvis illa berörd av den hysteriska rötmånadsdebatten och höll sig avvaktande. Sedan jag i en längre artikel i Läkartidningen (nr 50, 1965) vidareutvecklat Renborgs generiska typologi och refererat en rad internationella erfarenheter, som visade att Takman—Hirschfeldt—Rexeds narkotikaliberalism var verklighetsfrämmande, ansåg sig redaktionen för Alkoholfrågan kunna publicera Renborgs övriga artiklar (nr 2, 1965) — för säkerhets skull alla fem på en gång och med ett inledande referat av min uppsats. Det var mycket viktiga och informativa artiklar, bl. a. om Brain-rapporten, som Alkoholfrågans läsare och den svenska narkotikadebatten hade fått undvara ett halvår på grund av denna märkliga kättarjakt i svensk samhällsdebatt.

I sitt remissyttrande med anledning av narkomanvårdskommitténs första delbetänkande påtalar Karolinska institutets lärarkollegium "de starkt emotionellt laddade, stundom panikbetonade reaktioner, som narkotikaproblemet väckt" och den risk som därigenom föreligger att samhället vidtar "illa förberedda, desperata försök att i all hast och med bristfälliga medel tillmötesgå högljudda opinionsyttringar i stället för att vidta vetenskapligt underbyggda, väl planerade åtgärder med tillräckliga resurser".

Det är så mycket mera tragiskt när dessa politiserade folkstormar organiseras från läkarhåll. John Takman torde liksom Frank Hirschfeldt ha alla utsikter att gå till svensk opinionsbildningshistoria för sin fantastiska framfart i narkotikadebatten. Jag har aldrig sett totalitära debattmetoder vinna en sådan kuslig framgång i Sverige som just i denna kampanjgrupps härjningar i narkotikafrågan.

TV OCH NARKOTIKAFRÅGAN

Den 30 november 1965 presenterade TV:s samhällsredaktion det första i en serie av fyra program om narkotikaproblemen; de övriga sändes den 1, 6 och 14 december, och serien avslutades den 21 december med en debatt mellan generaldirektör Arthur Engel, professor Gösta Rylander, socialläkare John Takman, redaktör Frank Hirschfeldt och hovrättsfiskal Ingemar Rexed. Som synes hade den lilla klicken nu tillförsäkrat sig majoritet i TV:s generaldebatt om den svenska narkotikapolitiken!

TV-serien utarbetades av Roland Hjelte, Karl Axel Sjöblom och Ingrid Dahlberg med Frank Hirschfeldt i redaktionen. Förtjänsten med den rent reportagemässigt sett skickligt gjorda serien var att den stora allmänheten fick en emotionellt mera positiv och förstående inställning till narkomanerna, men serien var i många avseenden gravt osaklig och bidrog på ett avgörande sätt till att befästa en rad missuppfattningar om narkomani och narkomanibehandling, vilka tidigare hade lanserats i RFHL-kampanjen.

När det gäller att bedöma effekterna av programserien är jag helt överens med Hirschfeldt (eller formellt RFHL:s styrelse) som i en verksamhetsberättelse av den 16 maj 1966 belåtet summerar:

TV-programmen och debatten har haft en oerhörd betydelse för att vända opinionen i positiv riktning när det gäller narkomanifrågan. Händelseutvecklingen hade aldrig varit densamma utan dessa program. I fråga om samhällsprogram kan man fråga sig om något annat samhällsprogram någonsin haft en större inverkan på samhällsutvecklingen i en viss speciell fråga än TV:s narkotikaserie. Publikintresset var mycket stort och programmen har setts av mer än två miljoner människor i Sverige. Programmen recenserades mycket positivt och efterdebatten i pressen höll i sig ovanligt länge.

Programserien bidrog i vissa avseenden starkt till att öka förvirringen i narkotikafrågan, och dess negativa efterverkningar har ännu långt ifrån övervunnits; något tillspetsat skulle man kunna säga att *TV-serien troligen blev den viktigaste enskilda faktorn till att samhället i fråga om adekvata åtgärder mot den*

snabbt expanderande narkotikaepidemin (jag avser här intravenöst medicinmissbruk) gjort en ödesdiger tempoförlust på minst två år — varunder antalet intravenösa missbrukare sannolikt mer än fördubblats.

Det finns alltså fortfarande anledning att en smula granska denna programserie, som enligt ett brev från TV-chefen Nils Erik Bæhrendtz (17.3.67) "var resultatet av en av televisionens största satsningar på reportageplanet". Programmens bakgrund och tillkomst är särskilt intressant. Enligt RFHL:s verksamhetsberättelse skedde upptakten redan i maj, tre dagar efter vårens stora kampanjfinal hos Verdandi i Uppsala: "Den 10/5 tog TV-producenten kontakt med RFHL:s ordförande. — — — Ett 7 månader långt samarbete inleddes som ledde till 4 program som var av avgörande betydelse för RFHL:s verksamhet och den allmänna synen på narkotikaproblematiken."

Därmed var också programseriens hela inriktning avgjord. Den livliga diskussionen om programmet som senare uppstod kom främst att gälla den ensidiga och ytterst okritiska presentationen av dr S.-E. Åhströms förskrivning av opiater och centralstimulantia till (epidemiskt smittade) narkomaner för missbruk på egen hand. Men det fanns också mycket annat som var tendentiöst eller felaktigt. För omväxlings skull skall jag låta några andra kritiker ta vid.

Först på plan bland fackmännen var psykiatridocenten Bengt Jansson i Göteborg. I en stor artikel om *"Behandling av narkomaner"*, publicerad i Göteborgs Handels- och Sjöfartstidning den 7 december 1965, skriver Jansson, ännu ovetande om vad Åhström skulle komma att förkunna i seriens fjärde program en vecka senare:

I den aktuella, ibland något yrvakna debatten har det sagts, att man från läkarhåll hittills inte alls brytt sig om narkomanerna. Detta är inte med sanningen överensstämmande. Narkomanerna har i alla tider tillhört mentalsjukhusens patientkliental och, på senare tid, de psykiatriska klinikernas, även om de jämfört med alkoholister icke utgjort någon stor grupp. — — —

När det gäller behandlingen har det i debatten skymtat en rörande tillit till vad den medicinska behandlingen skall kunna åstadkomma. Om bara narkomanin erkänns som en sjukdom blir allting

bra. Vilka möjligheter har man då att behandla narkomaner? Först som sist måste framhållas, att någon patentkur icke existerar. Det har ibland riktats anmärkning mot att narkomaner på sjukhus inte får någon behandling alls. Man tänker då inte på, att sjukhusvistelsen i och för sig är en viktig del av behandlingen, under förutsättning att den kan genomföras så att narkomanen under vistelsen helt förhindras konsumera det narkotiska medlet. Det råder allmän enighet om att total abstinens under relativt lång tid (månader) från det medel som givit upphov till narkomanin är ett fundamentalt villkor för varje narkomanibehandling. Detsamma gäller alkoholisten: försök att skära ned konsumtionen, som alkoholisten så hoppfullt tror att han skall kunna klara, är på förhand dömda att misslyckas.

Laborator Gunnar A. Lundquist, en av landets främsta experter på behandling av narkomani och alkoholism, tog till orda i Läkartidningen (nr 2, 1966) under rubriken *"Verklig avvänjning och profylax — inte 'hjälp' med narkotika!"* Vi skall återge de centrala avsnitten i Lundquists artikel:

... måste man konstatera att lusten att chockera, att skaka och väcka tittarna har skett på bekostnad av torra fakta och saklig information.

— — —

Man saknade sålunda en allsidigare belysning av det sjukliga läkemedelsberoendet i allmänhet och framför allt saknade man uppgifter om hur dessa missbrukare var beskaffade, innan de började missbruka Preludin, och vilka sociala och personliga faktorer, som medverkat i uppkomsten av deras giftberoende, och hur länge de varit missbrukare.

— — —

Man försökte dock i ett fall skissera en utveckling till narkomani, och det var genom en intervju med en medicine kandidat, som påstod sig ha börjat med ett morfinliknande preparat, som han givit sig själv mot svåra smärtor. Så småningom hade han blivit morfinist och blivit "hospitaliserad" på mentalsjukhus i tre år "utan att få någon behandling". Det var inte bara de initierade utan även många kritiskt sinnade tittare, som här undrade hur många led som blivit överhoppade i framställningen. Varför blev inte läkaren på detta mentalsjukhus, som underlåtit att på tre år ge någon behandling, intervjuad? Kanske han av sekretesskydd och

hänsyn till patienten inte närmare ville belysa fallet eller ansågs det förlora i journalistisk slagkraft om man berättat litet mera om vad som hänt?

I ett bemötande i Läkartidningen (nr 5, 1966) av Hjelte och Hirschfeldt under rubriken *"Kritik som självändamål?"* — där de två som tydligen kände sig mest träffade av kritiken också vände sig mot ett inlägg av Rylander — heter det på tal om avsnittet ovan: "Naturligtvis hade vederbörande läkare också kunnat vittna, men avsikten med just detta program var att återge hur *patienten* upplevde sina problem." Vi låter Lundquist fortsätta:

Det sista programmet i serien inleddes drastiskt med bilder från ett fängelses rastgårdar, där man såg fångar vandra fram och åter. Och kommentatorn påstod kategoriskt: "Inspärrning på fängelse är ännu år 1965 det vanligaste sättet på vilket samhället reagerar mot sjukdomen narkomani." Är det verkligen så? Grundar sig påståendet verkligen på säkra uppgifter om hur många personer med narkomani, som intages och behandlas på olika sjukhus, och hur många, som "inspärras" på fängelse just för narkomani och ingenting annat?

Hirschfeldt borde ha kunnat erinra sig att Warholm endast kände till ett enda fall, där en person hade dömts till frihetsstraff för enbart olaga narkotikainnehav (s. 255), men uppenbarligen föresvävade det reportageteamet någon oklar tanke om att narkomani — och varför i så fall inte också alkoholism — egentligen borde berättiga till ett lejdbrev för de olika former av kriminalitet, som dessa grupper dras in i — en intressant tanke som vore värd att utveckla vidare. För vår del skall vi be att få återkomma till den.

När Hirschfeldt-Hjelte skall värja sig mot denna kritik hänvisar de till en närmast totalförvirrad semesterledare i Läkartidningen den 17 juli 1965 (nr 28). Den utgöres av ett hopkok på Takmans och Hirschfeldts teser, och det vore onekligen intressant att få veta litet närmare om dess tillkomst. Hirschfeldt kommenterade belåtet ledaren i en hörnartikel i Dagens Nyheter (22.7.1965):

Läkartidningens ledare i narkotikafrågan denna vecka är sensa-

tionell och hade varit otänkbar för bara några månader sedan. Ännu så sent som den 30 mars hade man på Läkarsällskapet en diskussion i narkotikafrågan som var reaktionär och utmynnade i ungefär exakta motsatsen till vad man kan läsa i Läkartidningens ledare i dag.

Alltnog, Läkartidningen är denna gång så illa informerad att man tror att "fängelsestraff i stället för medicinsk behandling hör till det vanliga". Följande passus tar dock priset samtidigt som den är ett bindande bevis för att ledaren inte är skriven av en läkare och inte heller granskats av en initierad läkare innan den gick i tryck:

Kopplingen med kriminalitet har också en tragisk följd; de narkomaner, som själva inser att de behöver läkarvård, vågar i många fall inte söka sådan, eftersom de är rädda att de då röjer sin narkomani och därigenom riskerar att anmälas och straffas.

Hur kan något sådant få passera i Läkartidningen och hur kan det komma sig att redaktionen inte senare dementerade dessa floskler? Den aktuella ledaren i Läkartidningen meddelar vidare att "för exempelvis Novatal är apotekspriset cirka 17 öre per ml och svartabörspriset sju kronor! Genom att ge narkotikamissbrukarna det stöd och den vård de behöver kan skumrasktrafiken bekämpas". En liberal narkotikaförskrivning skulle alltså sanera den illegala marknaden. Har vi inte tidigare stött på dessa våldsamma förenklingar någon annanstans?

Här har vi ett praktexempel på opinionsbildningens feedbacksystem när det är som mest groteskt. Med hjälp av sin skickligt upplagda kampanj för en gammalliberal narkotikapolitik och den opinionsstorm man lyckats skapa driver kampanjledningen inte bara medicinalstyrelsen utan även Läkartidningen från vettet. Sedan kan Hirschfeldt-Hjelte lugnt referera till dessa förtroendeingivande auktoriteter för att urskulda sig själva: "Den bedömning, som Läkartidningen gav uttryck för i sin ledare, låg bl. a. till grund för televisionens ställningstagande att ta upp narkotikaproblemet och frågan om behandlingsmetoderna till samhällskritisk belysning." Cirkeln var sluten. Hirschfeldt och TV-teamet var redan inne på sin tredje produktionsmånad, men man hade

fått ett efter eget mönster skräddarsytt alibi att visa upp för TV-ledningen.

Ur Gunnar Lundquists kritiska artikel skall vi återge en lång passus, som är representativ för in- och utländsk psykiatrisk expertis.

Slutligen måste jag anmäla en avvikande mening mot TV-seriens klara tendens att ivra för "legalisering" av narkomaner. Det är inte några teorier eller dogmer som därvid bestämmer min attityd. Jag har sedan 1932 varit med om behandling av olika former och grader av narkomani och prövat på vad det vill säga att behandla narkomaner på mentalsjukhus, på specialavdelningar, på psykiatrisk klinik och i öppen vård. Jag har bevittnat effekten såväl av plötslig avvänjning som av långsamt skeende sådan. Visst har det då funnits patienter, som fastnat i ett sjukligt läkemedelsberoende och som kunnat behandlas i öppen vård och som till och med under avsevärd tid behövt en lämplig dos av ett läkemedel. Men huvudlinjen i behandlingen måste vara initial sjukhusvård och för de mest skadade eller abnorma en mycket långvarig sådan och därefter en effektiv eftervård.

Man får därvid inte glömma, att det dock finns mycket svårt sjuka eller personlighetsabnorma, som kräver flerårigt omhändertagande inom mentalsjukvårdens ram. Sedan finns det alla grader och former av narkomani, som kräver mycket olika vårdformer, men "legalisering" i betydelsen långvarigt underhåll med narkotika får under inga förhållanden bli något annat än undantag!

En avvänjning med fallande doser, som antyddes i senaste TV-programmet, är en erkänd metod *på sjukhus* men omfattar en kort tid, högst några veckor. I TV-serien fick man aldrig veta hur lång tid man tänkte sig "avvänjning under öppna former" men nog fick man intrycket att det rörde sig om månader, ja kanske år. Kan det då kallas avvänjning?

Att "narkomanerna" är olyckliga människor i stort behov av hjälp och behandling är uppenbart, och ingen vill väl heller på allvar opponera häremot. Kanske TV-serien trots ensidigheten i framställningen eller kanske just genom sin våldsamma förenkling av svåra problem väcker många till eftertanke. Men det gäller att hjälpa de olyckliga på rätt sätt! Målsättningen måste vara en verklig avvänjning och *en profylax mot ökat missbruk,* men absolut inte ett underhållande av narkomanien. — Men skall läkaren försöka "hjälpa" patienten genom att sörja för tillförsel av narkoti-

ka under längre tid till billigt pris, då är man inne på verkligt farliga vägar. Man får för de stackars narkomanernas skull hoppas att detta icke heller är meningen. TV-serien gav icke tillräcklig klarhet i detta.

Gösta Rylander, landets ende professor i rättspsykiatri, var om möjligt ännu mer indignerad än Lundquist beroende på att han var särskilt missnöjd med redigeringen av den bandade generaldebatten i TV, där han och Engel konfronterades med Takman—Hirschfeldt—Rexed medan Hjelte höll i klippsaxen. Beträffande diskussionsgruppens märkliga sammansättning säger Bæhrendtz (i brev av den 17.3.1967): "I samråd med bl. a. medicinalstyrelsen utvaldes deltagare som kunde antas representera skilda uppfattningar i ämnet. Samtliga debattdeltagare lämnade även i förväg sitt godkännande åt panelens sammansättning." Att expertgruppens sekreterare Rexed agerat i denna fråga torde vara ställt utom allt tvivel liksom att Engel och Rylander måste ha varit ovetande om kampanjklickens årslånga samspel. Och även om Rylander skulle ha haft vissa misstankar var han säkert övertygad om att han inte skulle ha några svårigheter att ställa kotteriet på plats; vad han däremot inte kan ha räknat med var att några av hans viktigaste repliker skulle klippas bort av Hjelte!

Då Rylanders artikel *"Varför ströks kritiska repliker?"* (Läkartidningen nr 3, 1966) är av grundläggande betydelse både när det gäller att förstå de kontroversiella frågorna kring liberal narkotikaförskrivning, kampanjgruppens agerande och TV:s roll i sammanhanget, skall vi återge huvudparten av Rylanders inlägg:

Till en början måste kritik riktas mot avvänjningsscenerna i TV-programmet. En morfinist ligger stönande och jämrande (ej på sjukhus) i svåra abstinensbesvär. I närbild fångar kameran hans svettiga ansikte och hans lidande mimik samt motoriska oro. Man hör hans jämmer och klagan över det svåra i att vakna och inte få ta en spruta:

"För det var man van vid. Man mötte verkligheten genom att ta en spruta för att mjuka av den så att den icke fick så många vassa kanter. Sedan tredje dagen, så är detta någonting som ytterligare förstärkts, olika saker har kommit till, man har fått smärtor och plågor i olika delar av kroppen. Hela kroppen börjar spränga,

det börjar kännas som inne i själva lederna, benstommen spränger, det värker, det är svårt allting, ja, det värker. Den fjärde dagen var ju värre än vad jag föreställt mig. Natten till fjärde dagen var någonting hemskt, jag kunde inte ligga stilla en minut, varje ställning jag intog så var det en panikkänsla, som om jag helt enkelt höll på att explodera."

Sedan hördes redaktör Sjöbloms litet buttra, sakligt konstaterande och övertygande stämma: "Detta är bara första fasen i ett förlopp med långvariga och ofta helt outhärdliga fysiska och psykiska lidanden som en fullständig avvänjning innebär. Svårigheten att genomlida en sådan avgiftning har gjort många till kroniska morfinister."

Sådant är falsk information. Avvänjningsskildringen är icke bara överdriven, den är grovt felaktig liksom kommentaren. Ingen sakkunnig läkare skulle nu för tiden komma på den befängda idén att så plåga en morfinist dag efter dag utan dämpande och lugnande åtgärder, såsom insulinkur, psykofarmaka m.m., om den förlegade metoden till äventyrs skulle användas att tvärt strypa morfintillförseln. I stället utprövas först den minsta dos, som inte ger abstinensbesvär, varefter denna dos minskas under några veckor i sådan individuellt anpassad takt att nämnvärda besvär icke uppstår. En bättre metod är att ersätta morfinet med methadon, som utsläcker abstinensbesvären utan att självt ge så markerade dylika som morfinet. Avvänjning kan enligt modern metodik genomföras praktiskt taget besvärsfritt.

Härom nämndes intet i TV, liksom ej heller att de lindrigare abstinensbesvären efter Preludin-missbruk, som programmet ju egentligen gällde, så lätt kan kuperas under sjukhusvård att tillförseln omedelbart brukar avbrytas. Den medicinskt okunnige TV-tittaren måste ha fått den uppfattningen, att avvänjning är ett ohyggligt lidande, som oförstående läkare tvingar på de stackars narkomanerna, i motsats till den pionjär i fråga om narkomanibehandling, som senare presenterades. Vidare kan dessa missvisande scener skrämma narkomanerna själva för den för all terapi nödvändiga förutsättningen, nämligen avbrytandet av gifttillförseln, eller i varje fall ge motiv att fortsätta missbruket så länge som möjligt. Överhuvudtaget är det grovt missledande att så blanda samman olika former av narkomani som skedde i programmet.

Efter detta övergår vi till att redogöra för strukna repliker i TV-debatten. Avsikten hade varit att hela debatten skulle sändas

oredigerad. Diskussionen överskred emellertid den planerade sändningstiden med 14 minuter, varför vissa partier togs bort vid en efterredigering. Strykningarna drabbade särskilt några viktiga repliker från Rylander; vi skall låta honom själv redogöra för detta. Först citerar Rylander ett uttalande av Engel, vilket togs med i sändningen:

"Jag måste säga att det är klart, att det är många överdrifter i programmet. Vissa saker kan räknas som olämpliga och tvivelaktiga att presentera med tanke på de verkningar de kan ha, liksom vissa felaktigheter som jag inte heller skall närmare gå in på. Men *i stort sett* vill jag förklara mig positiv till det. Jag tror, att jag förstått er rätt, när jag tolkar saken så att ni verkligen velat väcka allmänheten till medvetande om det utomordentligt stora problem som narkomanierna, läkemedelsmissbruket, innebär."

Vad som därefter följde kommenterar Rylander på följande sätt:

Efter Arthur Engel bestred Hirschfeldt, att det fanns överdrifter i programmet: "Jag tror att det hade varit omöjligt att överdriva. Problemet är så stort att kriterierna för en samhällskritik på bred basis var uppfyllda." Takman instämde: "De överdrifter som fanns kunde i varje fall inte jag upptäcka."

Då erbjöd jag mig att ge exempel på en sådan överdrift och skildrade avvänjningsscenen ungefär i samma ordalag som ovan samt citerade ordagrant redaktör Sjöbloms kommentar. Därefter anförde jag, att detta var icke bara en överdrift utan en felaktig framställning och att så går icke en avvänjning till. Denna replik som jämte hela diskussionen talades in på band blev sedermera struken.

Engels påståenden kom att hänga i luften som obestyrkta. "Inga överdrifter att vederlägga" blev också rubriken dagen efter i en av landets större tidningar med en pik att Engel svikit tittarnas förhoppningar. Åtskilligt klander har jag fått personligen för att ej ha sagt ifrån åtminstone beträffande avvänjningsscenen.

Som skäl för replikens uteslutning angavs, att den innehöll en oriktig uppgift: "Såvitt jag förstår skedde avvänjningen icke på sjukhus och icke under läkartillsyn". Det sistnämnda sålunda litet

tveksamt framförda var fel. Sjöblom hade nämnt något om läkarkontroll (läkaren framträdde dock aldrig i programmet). Här kunde diskussionsledaren, Feldreich, lämpligen ha lämnat den korrigerande uppgiften.

Så ytterligt känslig är alltså TV i fråga om sin egen anpart i programmet inför miljonpubliken. Om diskussionsdeltagarna får sina inlägg snöpta och missförstås, är uppenbarligen av sekundär betydelse.

Rylander kommenterar sedan TV-seriens utomordentligt tendentiösa uppgifter om hur narkomanibehandling tillgår på våra sjukhus och tar upp den Takman—Åhströmska metoden till närmare beskådande. Vi fortsätter med några stora klipp ur Rylanders artikel:

Sedan redaktör Sjöblom nämnt, att varningar för narkomaner var den politik som på 50-talet bedrevs i Läkartidningen och att ej sällan kränkande personbeskrivningar meddelats av läkare som var anonyma, fortsatte han:
"Läkarnas tystnadsplikt gällde tydligen icke dessa människor. Medan sjukhusen alltjämt avvisar narkomaner, har en läkare mer än någon annan lyckats inge nytt livsmod och hopp om en framtid för många narkomaner. Hans engagemang och erfarenheter av hundratals narkomaner ger honom en särställning inom den svenska narkomanivården, dr Sven Erik Åhström."

Rylander återger sedan ett långt citat av den behandlingsfilosofi, som Åhström därefter framförde i TV; vi återger kärnpunkten i denna märkliga förkunnelse:

"Man kan inte bota en narkoman genom att förbjuda honom eller undanhålla honom narkotika. De är ju i samma behov av sitt narkotika som ett svältande barn av sitt bröd. Man kan bara bota honom genom att ge detta lilla barn han har inom sig en chans att bli en vuxen människa och detta kan bara ske mycket långsamt. Jag tror att även om det låter absurt måste man börja med att skämma bort barnet. Det måste tröttna på narkotika och sen måste man få honom att inse att livet har mycket större värden än den lustkänsla som narkotikan i bästa fall kan ge..."

Till detta kommenterar Rylander:

Denna lära att tillfredsställa narkomanernas gifthunger och få dem "att tröttna på giftet" står i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet, för att citera läkarinstruktionens krav på behandling av sjuka. Man kan slå upp praktiskt taget vilken modern handbok som helst, tysk, fransk, engelsk, amerikansk. I alla betonas nödvändigheten att snarast stoppa den nedbrytande gifttillförseln. Avvänjning och efterbehandling anses kräva 2—4 månader på sluten avdelning. — — — Dessa internationella kliniska och vetenskapliga erfarenheter kallade Takman dogmer och med detta negativt värdeladdade ord fick han antagligen en del åhörare med sig.

Av förståeliga skäl var Rylander mycket bitter, och han framför en direkt varning till andra kolleger: "Nu råkar jag veta, att även andra läkare känt sig mindre väl behandlade vid liknande framträdanden. Mitt råd till medlemmarna av Sveriges Läkarförbund är därför att iaktta stor försiktighet då det gäller yttranden i TV och radio."

Till detta kan jag foga att jag själv blev intervjuad i narkotikaserien. Jag förklarade för redaktör Sjöblom att gruppen Takman—Hirschfeldt—Åhström—Rexed var ute på hal is och att de uppfattningar de framförde helt stred mot vetenskaplig erfarenhet. Dessa synpunkter visade reportageteamet dock inte något som helst intresse för utan nöjde sig med att i programmet citera några epidemiologiska siffror ur den rapport jag hade publicerat i Läkartidningen ett par månader före intervjun i september.

För att belysa hur hårt TV engagerat sig i kampanjgruppens behandlingspolitik behöver man bara erinra om att Hirschfeldt vid säkerligen ett dussintal tillfällen exponerats i TV som narkotikautredare och expert oaktat att det i landet finns hundratals personer som är mera initierade i frågan än Hirschfeldt.

En ännu mera belysande episod får avsluta denna ingående granskning av vårt mäktigaste massmediums engagemang i narkotikafrågan. I september 1967 hade vi i Stockholm ett veckolångt studiebesök av en av världens främsta narkotikaexperter, Donald B. Louria, ordförande i New York läkarförenings och staten New Yorks narkotikakommitté och nu i ledningen för ett gigantiskt behandlingsprojekt i New York, där man för den närmaste fyraårsperioden anslagit 400 miljoner dollar (2 miljarder kronor) för rehabiliteringsarbete bland New Yorks 50 000 heroinister. Ett

dussintal journalister infann sig till presskonferensen men ingen från TV. Sedan pressintervjuerna publicerats blev Louria kontaktad av en TV-reporter och offrade sin enda lediga eftermiddag i Stockholm för en TV-intervju, men inte heller den blev sänd. I stället presenterade TV samma kväll en nonsensintervju med en kommersialiserad yogi i den s. k. flower-power-rörelsen. Louria förklarade senare att han intervjuats dussintals gånger i radio och TV men aldrig varit med om att en intervju med honom inte blivit sänd. Det kan också nämnas att Louria i samband med en narkotikakonferens i London i september 1966 gjorde en enorm succé med några populärföredrag om narkotika i engelsk radio och TV, men i Sverige kunde han inte passera. Varför? Jo, han hade i förbigående råkat uttrycka sig kritiskt om ambulant förskrivning av narkotika för självmedicinering. — Det bör kanske också räddas till eftervärlden att ingen av narkomanvårdskommitténs eller vårdgruppens psykiatrer mötte upp till något av de två föredrag Louria höll under sin intensiva arbetsvecka i Stockholm, och ingen av dem visade heller något intresse att sammanträffa med honom. Så känsligt är det läge som en del av våra narkotikautredare manövrerat sig in i.

Som utomordentligt starkt övertygad motståndare till kommersialiserad TV vill jag till slut påpeka att vår mångskiftande dagspressflora knappast visat sig mera nyanserad i narkotikafrågan än monopolföretaget Sveriges Radio. Uppsalasociologen Sten Johansson insåg tidigt att det måste finnas en hund begraven i den remarkabla presskampanjen, varför han undslapp sig bl. a. följande i en debattartikel i Stockholms-Tidningen (11.12. 1965):

Pressen abdikerar från sitt ansvar så länge den nöjer sig med att skrika ut nyheter som inte är några nyheter, kräva kraftåtgärder i alla möjliga frågor utan att någonsin ta upp prioriteringsspörsmål och så länge man inte ens på ledarplats visar någon insikt om att inget socialt problem är så enkelt att det kan lösas med en enda patentmedicin.

Naturligtvis resulterade Johanssons frimodighet i en sur och spydig kommentar på ledarspalt i Stockholms-Tidningen samma dag, och några dagar senare var Hirschfeldt framme och röt åt den som gick i otakt med kampanjmakarna.

ETT PARADFALL

Den 29 april 1965 kunde Kvälls-Posten i Malmö berätta om en av de största framgångar den svenska polisen haft i kampen mot illegal narkotikatillverkning:

Natten till idag gjorde Malmökriminalen ett av sina största kap genom tiderna. Inrymd i en bostad avslöjade polisen en hel narkotikafabrik, där ett preparat kallat amfetin (skall vara: amfetamin) framställdes. Fem personer greps omedelbart, bland dem en kvinna. Ungefär samtidigt greps en inblandad stockholmare. En sjunde person också hemmahörande i Stockholm är anhållen i sin frånvaro. Polisen tog hand om fabrikens hela utrustning liksom råvara och färdiga varor. Råvaran har skaffats från Danmark. Beslaget uppges vara det största i sitt slag som gjorts i landet.

Spaningsroteln slog till först efter tålmodiga, långvariga och noggranna förberedelser. Narkotikaligan blev totalt överrumplad. Den juridiska motiveringen för gripandet lyder så här: misstänkta för läkemedelsocker.

Av de i Malmö anhållna är två stockholmare, båda tidigare straffade för narkotikaaffärer. Det är dessa som stått för tillverkningen, vilken skett i en bostad som innehas av den för kriminalpolisen tidigare inte okända kvinnan. Hon och de båda andra malmöborna har bistått vid såväl tillverkning som vid försäljning i Malmö av färdiga preparat. En stor del har emellertid "exporterats" till Stockholm. — — — Hur mycket narkotika som beslagtagits har polisen ännu inte hunnit fastställa, men det är inte fråga om småsaker. Samtliga anhållna är i 30-årsåldern och alla tidigare straffade. — — — Malmö har tidigare varit så gott som förskonat från narkotikaaffärer. Den senaste tiden har kriminalpolisen emellertid kunnat konstatera ett alltmer ökande missbruk. Man hoppas att nattens lyckade aktion skall verka i rätt riktning.

Denna historia kom så småningom att få en uppmärksammad epilog i TV:s narkotikaserie, där den för tillverkningen huvudansvarige framträdde öppet och gav en uppmärksammad intervju. Ur det mycket rikhaltiga pressmaterialet skall vi sammanställa en del intressant material kring detta fall.

I en intervju med Hirschfeldt (Kvälls-Posten 25.11.1965) får vi veta något om huvudmannens bakgrund: "Mannen som bl. a. har akademiskt betyg i kemi hade missbrukat tabletter sedan 14-

årsåldern och två gånger tidigare dömts till fängelse i sammanlagt tre och ett halvt år för brott begångna i anslutning till sitt missbruk. — — — Att fängelse inte botar sjukdom hade de domstolar som två gånger dömt honom för samma brott inte insett."

Om en person döms till fängelse — och därtill i flera år — vet vi att han också måste ha gjort något annat än tillverka amfetaminlösning för egen räkning. I anslutning till att den stora illegala amfetaminfabrikationen i Malmö stoppats utvecklade sig en omfattande pressdebatt. Den 28 maj 1965 skrev Kvälls-Posten i en ledare, kallad "Myten om narkomanen", att "debatten mellan de socialmedicinska experterna har varit intensiv, alltsedan doktor John Takman 1958 i 'Sociala meddelanden' sökte fästa uppmärksamheten på det faktum att narkomani snabbt blev ett allt allvarligare socialt problem — och att intet gjordes för att förbättra situationen."

Det är intressant att se hur historieskrivning kan tillgå. Verkligheten var annars som vi minns att Takman 1954, 1958, 1959 och så sent som 1962 tvärt emot alla andra som sysslade med narkotikafrågan förklarade att den inte utgjorde något större problem — och alla gånger blev han trodd av pressen.

Kvälls-Postens ledare går f. ö. helt i Hirschfeldt-gruppens anda: Centralstimulantia är "s. k. narkotika, betecknade som så endast av jurister och ej av farmakologer", och frågan är "om inte något av dessa centralstimulerande preparat försöksvis borde frisläppas, som substitut för de förbjudna frukterna" etc.

Förhandlingarna i rådhusrätten fick en mycket ovanlig och dramatisk karaktär. Förutom att försvarsadvokaten läste upp hela Kvälls-Postens ledare, som förutom ovan nämnda "informationer" huvudsakligen var en panegyrik över Takman, Hirschfeldt och RFHL, hände följande som vi citerar ur RFHL:s verksamhetsberättelse (I).

Vid filmningen i Malmö-fängelset 24.9—27.9 1965 fick RFHL:s ordförande tillfälle att direkt ingripa i en rättegång. En av de i TV-programmet förekommande internerna skulle upp i Malmö rådhusrätt den 27.9. I hans fall var det uppenbart att han var kronisk narkoman och inte var i behov av fångvård utan av annan vård. Sinnesundersökaren, en kvinnlig läkare från Lund, som sedermera blev medlem av RFHL, hade i sitt utlåtande antytt att

internen egentligen skulle ha vård för sin narkomani, men då sådan inte fanns förordades fångvård. Internens energiska advokat, Gunnar Thomée i Malmö hade föresatt sig att i samarbete med RFHL:s ordförande få en ändring till stånd. Det överenskoms därför att RFHL:s ordförande skulle flyga hem över lördag—söndag för att i Stockholm inom RFHL:s led skaffa fram läkare som ville behandla internen och att skaffa honom en bostad samt en övervakare. Advokat Thomée förklarade sig till och med villig att själv bekosta flygresan. Detta kunde dock ordnas på annat sätt. RFHL:s ordförande lyckades få ihop dessa pengar i Stockholm och blev av advokat Thomée kallad i rätten den 27.9 för att höras för extra personundersökning. Därefter följde en utomordentlig plädering av advokat Thomée som påvisade det orimliga i att internen var för frisk för att kunna sjukförklaras och för sjuk för att kunna förklaras frisk. Han var ett klart offer för sin narkomani och skulle behandlas för denna i stället för att utsättas för fångvård.

Denna gemensamma aktion väckte stor uppmärksamhet i såväl rätten som pressen. Man tog extra överläggning och RFHL:s ordförande intervjuades ingående i pausen av nämndemännen som uppenbarligen aldrig tidigare konfronterats med narkotikaproblematiken sett ur RFHL:s synpunkt. Domen blev emellertid fällande.

Rådhusrättens dom blev 1 år och 9 månaders fängelse, vilket dels förklarades av tidigare kriminalitet av liknande natur, dels av en förverkad villkorlig frigivning om 7 månader för brott av samma slag. Advokat Thomée överklagade rådhusrättens dom. Hovrättens utslag utsattes till den 24 november 1965.

För att fullfölja sitt hårda engagemang just i detta mål arrangerade kampanjgruppen tillsammans med några studentorganisationer en stor narkotikakonferens — eller snarare sagt ett opinionsmöte — i Lund lördagen den 20 november, fyra dagar före hovrättens handläggning. Huvudtalare var John Takman, assisterad av Frank Hirschfeldt, Ingemar Rexed och Janerik Larsson (som hade föreslagit att narkotika skulle säljas fritt på systembolagen, och medarbetare i Kvälls-Posten). Sydsvenska Dagbladets stora reportage (21.11.1965) över detta evenemang hade som dubbelradig femspaltsrubrik: "Forskningen om narkomanin står på stenåldersstadiet". Vi återger reportageingressen:

Kan någon tänka sig dagens kirurg bedöva patienten med en

stenklubba och sedan operera honom med en slidkniv? Naturligtvis inte. Men på det stadiet befinner sig läkarvetenskapen idag när det gäller narkomanin. Om det forskats lika litet inom kirurgi som i fråga om narkomani hade den här otänkbara frågan varit sann. Den stridbare socialläkaren i Stockholm John Takman sparade inte på de bistra sanningarna när han på lördagen deltog i en narkotikakonferens i Lund anordnad av Liberala Studentförbundet, Clarté och Riksförbundet för hjälp åt läkemedelsmissbrukare.

Takman förklarade vidare: "Vi skulle inte ha haft dagens problem om man haft en betydligt större förståelse för vad det rörde sig om när narkotikaepidemin började omkring år 1958."

Ur RFHL:s årsberättelse (I) får vi veta: "Den kvinnliga läkare, som företagit sinnesundersökningen ändrade åsikt om bästa sättet att handla efter att ha tagit del av de nya möjligheter som här öppnat sig." Hovrätten i Malmö tog starkt intryck av den omfattande kampanjen och den stora publiciteten kring mötet i Lund. Med tre röster mot två sänktes straffet från ett år och nio månader till fem månader, dvs i praktiken två månader kortare tid än den tidigare förverkade villkorliga frigivningen. I en stor intervju i Kvälls-Posten (25.11.1965) förklarar Hirschfeldt:

Genom RFHL:s bildande i juni i år har praktiska möjligheter skapats för behandling av narkotikamissbrukare. Detta torde ha bidragit till hovrättens sänkning av straffet. Genom förbundets försorg kan den dömde nu komma i åtnjutande av kriminalvård i frihet såvida inte åklagaren ämnar överklaga hovrättens dom.

En psykiater vid S:t Eriks sjukhus i Stockholm, doktor Sven-Erik Åhström, medlem av RFHL, har erbjudit sig att ge mannen s. k. ambulant vård (avvänjning genom allt mindre doser narkotika) och hovrättsfiskal Ingemar Rexed, sympatisör till förbundet, skall fungera som övervakare när mannen har avtjänat sitt straff.

Detta blir i praktiken bara en månad då fyra månader får avräknas för den tid som den dömde suttit häktad.

Den nu dömde narkotikamissbrukarens fall uppmärksammades i både artiklar och ledare i KvP i samband med rådhusrättens dom i september. Det är ett tragiskt exempel på hur handfallet samhället ännu står inför brott begångna av tablettmissbrukare.

Nästa dag (26.11.1965) förklarade Kvälls-Posten på ledarplats

Hovrätten i Malmö fattade på onsdagen ett remarkabelt beslut: Den 33-åring som i rådhusrätten dömts till ett straff på ett år och nio månaders fängelse inklusive en förverkad villkorlig frigivning på sju månader för illegal narkotikatillverkning och överlåtelse av narkotika åt annan person, fick straffet sänkt till endast fem månaders fängelse. Därav skall fyra månader dras av för häktningstiden. I hovrättens utslag inskrevs dessutom att mannen skall underkasta sig läkarvård för sitt narkotikabegär.

Stockholms-Tidningen tog också upp domen på ledarplats (27.11. 1965) men var inte helt nöjd utan förklarade domen som "relativt human":

Möjligen kan man hoppas att det var sista gången det över huvud taget ska behöva diskuteras och i det längsta stå och väga om en sjuk människa ska placeras i fängelse eller ges möjlighet till rehabilitering i frihet med hjälp av medicinsk sakkunskap.

I TV-intervjun (30.11.1965), där arten av vederbörandes brott inte berördes, svarade den dömde på Karl-Axel Sjöbloms fråga om hur han ser på dem som handlar med tabletter:

Det finns så många. Jag är inte rätta mannen att moraliskt fördöma någon, men det finns de, som kallt, hårt, hänsynslöst kalkylerar med att sälja tabletter till en så stor marknad som möjligt. Det vore dem fjärran att sälja till ett visst utvalt klientel, för det klientelet är i allmänhet redan narkotikaberoende och har en ruinerad ekonomi, därför vänder de sig helst till dem, som inte har använt narkotika, för de har en stabil ekonomi och de har TV-apparater och de har bilar o. s. v., som de kan lämna ifrån sig som kontant erkänsla för tabletterna. Och i den här soppan, så blir alla mer eller mindre avnötta och man är tvingad att solidarisera sig med även de värsta avarterna av kriminalitet, för att annars — man blir ju avskuren från möjligheten att skaffa tabletter och man biter inte den hand, som ger en bröd.
Sjöblom: Tror du, att många brott som görs, är direkt inspirerade av tvånget att skaffa pengar till tabletter?
Oh, ja, det är massor av brott. Ett samhälle som förnekar en rätten att kunna leva på ett sätt, som man vill — utan tabletter är man mer eller mindre psykiskt lemmalytt och ett samhälle, som förnekar en rätten att använda den krycka som man i sitt psykiska, låghalta

tillstånd verkligen behöver — det samhället kan man inte känna något för och det är däri svårigheterna ligger. — — —
Sjöblom: Vad tror du till sist kort om framtiden på det här tablettmissbrukområdet?
Ja, vad vi har sett nu här i Sverige det är bara den tragiska början alltså. De myndigheter, som skulle vaka över det här, de har vaknat för sent och i ett smått yrvaket tillstånd så har de förfarit på ett sätt som är alldeles fel alltså. Det här är bara en början.

Sedan TV-intervjun med amfetamintillverkaren sänts den 30 november frigavs han efter två dagar — tre veckor före utgången av hovrättens reducerade straff. Kvälls-Posten berättar (2.12.65):

När domen kom konstaterades allmänt att den med största sannolikhet får en prejudicerande betydelse i framtiden. Alla de krav hovrätten ställt upp för frigivning kan uppfyllas omgående. Det finns en läkare, som är beredd att ta honom under omedelbar behandling, det finns både lämpligt arbete och bostad som väntar honom, hans övervakare är beredd att omedelbart ta hand om honom. Inför dessa argument gick frigivningsnämnden helt på Thomées linje . . .

Mannen hade nu snabbt förvandlats från landets störste ertappade illegale amfetamintillverkare till RFHL:s och TV-teamets paradfall och fått sekreteraren i medicinalstyrelsens expertgrupp i narkotikafrågor till övervakare. Dessutom skulle han enligt hovrättens beslut "underkasta sig läkarvård för sitt narkotikabegär" (KvP 26.11.1965), vilket enligt intervjun med Hirschfeldt (KvP 25.11.1965) skulle innebära att den sedan drygt fyra månader abstinente amfetaministen genom doktor S. E. Åhström skulle få "s. k. ambulant vård (avvänjning genom allt mindre doser narkotika)".

I en intervju i Aftonbladet (3.12.1965) förklarade den frigivne narkotikatillverkaren:

Jag betraktar mig själv som obotlig — men inte kriminell . . . Får jag bara mina 20 ml fenedrin om dagen kan jag fungera fullt tillfredsställande i alla sammanhang. Ja, jag måste ha just den dosen för att nå normaltillståndet. — — — Man måste lära sig förstå att det finns människor som inte kan vara utan narkotika

om de skall kunna fungera normalt. Genom att legalisera deras behov av läkemedel kan man förhindra att de hamnar i svartabörshajarnas klor och ruinerar sig eller förfaller till brottslighet. T. o. m. de grava missbrukarnas begär kan dämpas till en nivå som gör det möjligt för dem att sköta ett jobb och leva ett normalt familjeliv. Kan man med olika terapier hjälpa dem att finna vad de söker kan de t. o. m. bli helt botade.

Hur gick det sedan? TV-seriens två miljoner tittare skulle förstås gärna vilja veta hur det gick för TV-narkomanen sedan han snabbt sluppit ut från fängelset för tredje resan amfetamintillverkning och nu fått hjälp med arbete, bostad, legal narkotikatilldelning "i fallande doser" från dr S. E. Åhström och — som kronan på verket — hovrättsfiskalen Ingemar Rexed som övervakare.

Ja, så mycket kan vi väl utan vidare berätta att det inte gick särskilt bra, varken medicinskt eller socialt. Under de fjorton månader han behandlades av Åhström fick han en genomsnittlig amfetamintilldelning som låg femtio procent högre än hans "normala" enligt intervjun ovan. Trots — eller tack vare — dessa frikostiga förskrivningar av centralstimulantia och trots alla övriga sociala arrangemang hamnade han på delad förstaplats i ett socialt missanpassningsindex över samtliga patienter i den åhströmska behandlingsgruppen.

Det relaterade fallet ger en föreställning om hur svårt det är att hjälpa en kronisk amfetaminist till rätta i samhället, även om han är välbegåvad och välutbildad. Vi behöver inte betvivla att alla som från början engagerade sig hårt för honom — TV-teamet, RFHL, övervakaren, läkaren etc. — också på alla sätt försökte hjälpa honom till rätta så gott de kunde. Men man måste ha en realistisk förståelse för vad en sjukdom av denna karaktär innebär för individen. Med entusiasm, förhoppningar, goda föresatser, sociala stödåtgärder och narkotikatilldelning kan man inte styra en sjukdom av detta slag; det är sjukdomen som styr den sjuke och hans reaktioner, och på grundval av detta måste samhället möta problemet.

Jag känner denne man ganska väl och jag tror att han under vissa bestämda omständigheter skulle kunna leva ett relativt "normalt" liv med sin narkomani. Detta förutsätter dock att man verk-

ligen inser karaktären av hans sjukdom och accepterar den på ett riktigt sätt, att man inte ställer orealistiska förväntningar på honom utan verkligen accepterar att sjukdomen medför en form av social invaliditet som man måste kompensera honom för på ett realistiskt sätt. Folk som lider av en sådan djupgående och invalidiserande sjukdom måste få en ärlig chans att leva med sitt lyte, och jag tror inte att varken fängelse, sjukhus eller narkotikaförskrivning innebär en riktig form av vård eller åtgärd för dem. Om människan inte kan förändras — och det vet vi att dessa kroniker inte kan — och de inte kan klara samhällets krav, är det uppenbarligen det samhälle de skall leva i som måste formas annorlunda. Till detta skall vi återkomma i vår diskussion om adekvata vårdåtgärder för olika former och grader av narkomanier.

KAMPANJGRUPPEN DRAR IN I MEDICINALSTYRELSEN

Efter den stora TV-serien i narkotikafrågan i december 1965 stod Hirschfeldt och kampanjgruppen på höjden av ära och berömmelse, och det gällde att smida medan järnet var varmt. Den 9 december uppvaktade Hirschfeldt tre socialdemokratiska riksdagsmän ur broderskapsrörelsen (Evert Svensson, Åke Zetterberg och Elsa Lindskog) och arbetade fram en motion om ett årligt statsanslag på 150 000 till RFHL, som nu utåt framstod som en massrörelse, men enligt årsberättelsen vid denna tidpunkt endast hade 77 betalande medlemmar. Socialdemokraterna ställde sig dock av flera skäl tveksamma, och i sista stund övertogs och undertecknades motionen av tre borgerliga riksdagsmän: Rune Gustavsson (cp), Erik Krönmark (h) och Ola Ullsten (fp). ”Denna egendomliga politiska förveckling”, skriver Hirschfeldt i årsberättelsen (I), ”som förmodligen måste tillskrivas olyckliga omständigheter, kom i fortsättningen att i viss mån prägla motionens fortsatta behandling och diskussionerna kring denna.” Trots att varje riksdagsman fick ”en skrivelse och utförlig redogörelse om förbundets verksamhet” avslogs motionen med hänvisning till att frågan om anslag borde tas upp i annat sammanhang.

Hirschfeldt fortsatte att orientera sig mot de religiösa grup-

perna, som kunde tänkas vara särskilt känsliga för hans patetiska förkunnelse, och den 21 januari 1966 ägde ett första sammanträde kring dessa frågor rum på Svenska Kyrkans Centralråd (Diakonistyrelsen). Samarbetet utmynnade i en heldagskonferens i Stockholm den 31 mars 1966, varvid bland talarna märktes generaldirektör Arthur Engel, docent Lennart Ljungberg, hovrättsfiskalen Ingemar Rexed och givetvis Hirschfeldt själv. Stämningen blev uppenbarligen den avsedda, vilket man kan utläsa ur RFHL (I):

Med anledning av att riksdagens andra kammare dagen innan hade röstat ner flerpartimotionen om stöd till RFHL via en höjning av Länkanslaget, beslöt mötet på stående fot om en insamling som skulle ge RFHL de 50 000 kronor, som begärts för RFHL:s länkverksamhet. Stockholms Stadsmission erbjöd sig att till RFHL omedelbart förskottera detta belopp.

Hirschfeldts slagord denna vår var: "Riksdagsgubbarna är knapptryckare, vi är påtryckare." Om han funnit riksdagen svårflirtad skulle han dock finna att medicinalstyrelsen ställde sig desto mera välvillig mot honom och de övriga kampanjmakarna. I sin andra årsberättelse (s. 29) kunde Hirschfeldt stolt förklara.

Sedan februari 1966 har förbundets ordförande jämte styrelseledamöterna Håkanson och Åhström ingått som ledamöter i medicinalstyrelsens narkomanvårdskommitté. I maj 1966 förordnades förbundets ordförande som heltidsanställd sekreterare i narkomanvårdskommitténs vårdgrupp och styrelseledamoten Håkanson som heltidsanställd sekreterare i den socialmedicinska arbetsgruppen.

Detta uttryckssätt är typiskt för Hirschfeldt. Alla dessa styrelseledamöter i RFHL knöts till narkomanvårdskommitténs *arbetsgrupper* — i två fall på sekreterartjänster — och de kom alla på grund av de speciella omständigheterna att få ett stort inflytande på kommittéarbetet, men ingen av dem tillhörde själva narkomanvårdskommittén, vilket Hirschfeldt i alla sammanhang velat påskina. Efter TV-serien i narkotikafrågan var det dags att bygga ut och effektivisera expertgruppen. Genom beslut i medicinalstyrelsen den 28 januari och den 11 mars 1966 ombildades expertgruppen till narkomanvårdskommittén. Generaldirektör

Engel tillträdde själv som ordförande och som ledamöter utsågs — förutom den tidigare expertgruppens medlemmar (s. 275) — hovrättsrådet A. Elowson, medicinalrådet I. Frostner, docent L. Ljungberg och kriminalvårdsinspektör B. Nyblom.

Rexed kvarstod som sekreterare i den ombildade kommittén. Kampanjgruppens positioner var nu så konsoliderade att en rad av de övriga och dem närstående kunde följa efter i en stor procession in i kommitténs arbetsgrupper.

Märkligast blev sammansättningen av den viktiga vårdgruppen, som dels skulle utföra huvudarbetet för det första delbetänkandet (vårdsavsnittet), dels skulle övervaka dr S.-E. Åhströms kontroversiella behandlingsverksamhet med narkotikaförskrivning. Den lilla påtryckargruppen, som ett år tidigare bestod av en handfull personer helt vid sidan av tongivande psykiatriska kretsar (Takman, Åhström, Matthis, Hirschfeldt och Rexed) lyckades här — liksom i narkotikaseriens avslutande TV-debatt — tillskansa sig majoritetsställning! De yrkesmässigt kvalificerade och från kampanjgruppen fristående ledamöterna (docent Lennart Ljungberg, överläkare Rune Olsson och skyddskonsulent Märta Gabrielsson) befann sig i minoritet gentemot Frank Hirschfeldt (som var gruppens heltidsanställde sekreterare och PR-man, dr S.-E. Åhström (som alltså skulle kontrollera sin egen verksamhet), överläkare Margit Krantz (Takmans hustru och en tid också själv aktiv i förskrivningsverksamheten, där hon således liksom Åhström skulle utöva tillsyn över sig själv) samt barnpsykiatern Magnus Kihlbom (en av Takmans gamla medarbetare och medförfattare).

I sammanhanget kan det också förtjäna påpekas att sociologen Kaj Håkanson, styrelseledamot i RFHL och sekreterare i den socialmedicinska arbetsgruppen (där jag själv ingått och lärt känna och uppskatta honom som en synnerligen begåvad och skicklig begreppsanalytiker), tillhörde — liksom Kihlbom — den lilla falang som pläderade för frisläppande av marihuana och hasch. Håkansons artikel "Ingen sprit på lördag, marihuana!" på Stockholms-Tidningens kultursida (18.12.1965) torde i hög grad ha bidragit till populariseringen av haschbruket i landet. Jag nämner inte dessa förhållanden för att på något sätt diskvalificera Håkanson och Kihlbom, som båda är mycket ambitiösa yrkesmän, utan för att belysa den utomordentligt snäva och ensi-

diga selektionen av personer som knöts runt narkomanvårdskommittén.

Under dessa förhållanden kunde den allvarliga snedvridningen inte kompenseras av att det i själva huvudkommittén fanns ett antal framstående och från kampanjgruppen fristående specialister. I vissa viktiga avseenden blev dessa i praktiken nästan ett slags yrkesmässig gisslan åt de kraftfullt agerande sekreterarna, som red på det starka opinionstryck de själva organiserat. Det skulle föra för långt att i detalj gå in på dessa intrikata förhållanden, men den sociolog som är intresserad av att kartlägga maktspelet kring narkotikapolitiken skulle kunna göra en avhandling som inte kommer någon detektivroman efter i spänning och intriger.

DUELL MED HIRSCHFELDT

Första drabbningen

I förra avsnittet såg vi hur kampanjgruppens inflytande växte mycket snabbt efter TV-serien, och det kulminerade under vintern och våren 1966. Hirschfeldt blev nu hela svenska folkets narkotikaexpert och det orakel som alla massmedia och i betydande utsträckning även olika myndigheter lyssnade till. Praktiskt taget ingen — inte ens medicinalstyrelsen — syntes vara särskilt intresserad av att höra vad erfarna psykiatriska specialister som Forssman, Frey, Jansson, Lindberg, Lundquist, Rylander m.fl. framförde i skilda sammanhang.

Själv publicerade jag i Läkartidningen (nr 50, 1965) en bred översiktsartikel, kallad *"Aktuell toxikomaniproblematik"*, där hela den grundläggande linjen i denna bok finns komprimerad. Efteråt har det många gånger känts som en stor lättnad att redan då förvirringen var som störst ha satt de viktigaste punkterna på pränt.

Artikeln i Läkartidningen ledde bl. a. till att Sveriges Socionomers Riksförbund inbjöd narkotikakommissionens chef, kommissarie Åke Gustafsson, Frank Hirschfeldt och mig till en diskussion på Socialhögskolan den 19 januari 1966. Hirschfeldt, som nu varit i elden ett år, hade tydligen inte fått någon tid över för studier i narkotikafrågan utan var fortfarande genant okunnig om

en rad elementära begrepp och förhållanden. Jag erinrar mig särskilt att han vid denna tidpunkt ännu inte kände till att amfetaministerna inte drabbas av fysiska abstinensbesvär i egentlig mening och alltså inte är i behov av "fallande doser". Han kände inte till samvariationen mellan primär eller tidigare personlighetsstörning, föregående social missanpassning och sekundärt narkotikamissbruk utan trodde att narkomani i stort sett drabbar vem som helst lika lätt, ungefär som man får en istapp i huvudet när snösmältningen sätter in. Han visste heller inte att länkverksamhet innebär att de sjuka försöker stimulera varandra till att hålla en totalabstinent linje mot det gift de blivit sjukligt beroende av utan trodde att man i samma "länkgrupp" med fördel kunde blanda narkomaner med legala underhållsdoseringar för självmedicinering med dem som kämpade för att hålla sig totalabstinenta etc., etc. Då man exempelvis försökte förklara för Hirschfeldt att flertalet narkotikasjuka har en ytterst dålig sjukdomsinsikt och behandlingsmotivation och att många inte är benägna att underkasta sig frivillig vård, menade Hirschfeldt att detta "var läkarnas fel eftersom de inte kunde motivera narkomanerna för behandling" och liknande naiviteter, som visade att han över huvud taget inte visste vad slags problematik han talade om. Särskilt minns jag att Hirschfeldt som ett drastiskt argument för liberal narkotikaförskrivning och underhållsdosering på egen hand deklarerade att "det finns så många framstående narkomaner i vårt land att de skulle kunna bilda en funktionsduglig regering", vilket jag tillät mig betvivla på såväl kvantitativa som kvalitativa grunder.

Under våren 1966 for Hirschfeldt och jag en tid runt som ett kringresande cirkussällskap och duellerade inför olika kurser, grupper och församlingar. Detta bidrog till att Hirschfeldt så småningom slipade bort de värsta avarterna i sin förkunnelse, men min lilla motståndsrörelse var uppenbarligen en påle i köttet på honom, och han ville försöka sig på en radikaloperation.

Sedan Hirschfeldt som vi sett blivit utnämnd till sekreterare i narkomanvårdskommitténs vårdgrupp — som jag tolkar det för att ge de ansvariga myndigheterna andrum att hinna sätta sig in i problemen — beslöt han att skrida till verket. Samma vecka som han tillträdde sin heltidstjänst i medicinalstyrelsen gick han

i Dagens Nyheter (4.5.1966) till ett öppet angrepp på mig i samma anda som han tidigare attackerat så många andra fackmän. Det blev två ronder, och jag återger här mina repliker samt en slutkommentar till denna duell, som blev Hirschfeldts sista öppna frontalangrepp av gammalt märke. Efter detta övergick han till andra kampmetoder.

Replik i narkotikafrågan

Frank Hirschfeldt polemiserade i en hörnartikel i DN den 4 maj mot en artikel som jag haft införd i Svensk Polis och som tidigare (dec. 1965) varit publicerad i Läkartidningen i en fylligare version. Den bästa replikformen skulle ha varit att publicera originalartikeln, men detta medger inte utrymmet. Jag får i stället begränsa mig till några förtydliganden.

För att undvika missförstånd bland allmänheten och de narkotikasjuka vill jag påpeka att det behandlingsregister som jag diskuterat är avsett att ge behandlingspersonalen vid de föreslagna dygnet-runt-öppna narkomanvårdspoliklinikerna visshet om att inte någon obehörig person på falsk identitet tillskansar sig narkotikainjektioner[1]), dvs att förhindra fatala olycksfall i arbetet. Hirschfeldt *vet* efter upprepade samtal att detta är innebörden i det omdiskuterade "fotoregistret". För en socialmedicinsk och epidemiologisk kartläggning av narkomanisjukdomarnas utbredning, förändringar, förlopp och prognos är det även nödvändigt att bygga upp ett forskningskartotek. Vi har diskuterat att förlägga den forskningsuppgiften till socialmedicinska institutionen vid Karolinska institutet. Jag har motiverat detta forskningsbehov inför RFHL:s patientgrupp, som var helt införstådd med syftet, och Frank Hirschfeldt har lovat att själv hjälpa till med insamlingen av forskningsdata, om så behövdes t. o. m. på heltid. Detta var dock innan kyrkan ställde sig som ekonomisk garant för

[1] Detta skrevs innan den s. k. metadonblockeringsmetoden vid behandling av morfinism var känd. Den gör injektioner överflödiga och självmedicinering obefogad vid underhållsbehandling av kronisk morfinism.

RFHL. Hirschfeldts oro för forskningskartoteket är således lika senkommen som obefogad.

Sedan Hirschfeldt sett till att narkomaniproblematiken "fått ett utrymme i svenska massmedia som torde sakna motstycke" tvingades medicinalstyrelsen inför opinionstrycket att ge sin tveksamma välsignelse till en av RFHL stödd och uppreklamerad behandling med legala förskrivningar av narkotika till ett drygt 50-tal narkomaner i Stockholm och en liknande verksamhet i Göteborg. Verksamheten var emellertid illa genomtänkt och blev om möjligt ännu sämre genomförd: många patienter fick enorma narkotikadoser, flera blev psykotiska och måste akutinläggas på mentalsjukhus; i andra fall kom narkotika på drift. I England har heroinnarkomanin under den senaste femårsperioden ökat med 50 proc. per år (!), som redovisats i den interdepartementala Brain-rapporten, och detta just på grund av lättsinniga legala förskrivningar.

Förgäves har jag försökt få Hirschfeldt och dr Åhström att inse det ohållbara i nuvarande primitiva behandlingsprinciper men alltid bemötts med beskedet att det är en "försöksverksamhet". Grundprincipen inom allt vetenskapligt och medicinskt arbete är att tillgodogöra sig tidigare vunna erfarenheter och inte upprepa samma smärtsamma misstag i varje land. Om man tillgodogjort sig de dyrköpta erfarenheterna från England skulle man tidigt ha insett att den ambulanta narkomanbehandlingen måste modifieras på ett genomgripande sätt: patienterna måste få sina reduktions- eller underhållsdoser direkt av behandlingspersonalen, och de skall inte bespruta sig själva. Sedan är det en självklarhet att endast gamla kroniska narkomanifall, som undergått upprepade behandlingsperioder under specialistvård men återfallit, skall komma i fråga för livslånga underhållsdoser.

Därtill kommer att ambulant behandling enligt all erfarenhet bör inledas med en sluten vårdperiod för fastställande av underhållsdoser etc. Det är ett lättsinne på gränsen till anstiftan av brott att lämna ut stora kvantiteter narkotika — med svartabörsvärde upp till 5 000 kr per månad — till folk som skall dra sig fram på en ringa sjukpenning eller socialhjälp. Hirschfeldt skall inte försöka skylla på sjukvårdsstyrelsen eller medicinalstyrelsen, när verksamheten en dag bryter samman fullständigt: Jag varnade

honom för länge sedan, och då hade verksamheten kunnat räddas över i ordnade former.

Vad slutligen tvångsvård av narkomaner beträffar har jag endast påpekat att om man i välfärdssamhället inte vill acceptera att folk super eller knarkar ihjäl sig, torde det i många fall bli nödvändigt med retentionsrätt för de specialsjukhus som måste komma. Detta är också precis vad man insett i Norge, där enligt dr Teigen 70 proc. av de på statens narkomansjukhus intagna just är tvångsinlagda genom nykterhetsnämnderna. Vårdperioderna är vid det norska specialsjukhuset minst sex månader men som regel väsentligt längre. Varje läkare som sysslat med narkomanvård vet att man efter det akuta intoxikations- och abstinensstadiet, då patienterna brukar vara välmotiverade för vård, sedan i regel inte lyckas behålla patienterna, som snabbt begär sig utskrivna; någon egentlig behandling hinner knappast initieras.

Det är dessa erfarenheter som gör narkomanvård under nuvarande förhållanden så fiktiv; sjukhusläkarna får närmast spela rollen av hotellportierer, som tar emot de kortvariga gästerna och efter några dygn eller veckor tackar för besöket. Har rummet varit trevligt och maten god brukar gästerna efter en tid återkomma för kortare visiter. — Naturligtvis har jag aldrig presenterat något "förslag om tvångsvård av alla narkotikamissbrukare" — det vet Hirschfeldt mycket väl.

Narkomanvanvård

Min lilla duell med Frank Hirschfeldt rymmer så många häpnadsväckande moment att den initierade måste baxna och den utomstående känna sig förbryllad. För att illustrera hur det kan gå då popjournalistiken tränger in i det kungliga kommittéväsendet skall jag i korthet rekapitulera denna remarkabla historia.

Vid sidan av min ordinarie tjänst som socialläkare har jag sedan 1958 under nätter och veckoslut fungerat som konsult hos stockholmspolisen för akutpsykiatriska bedömningar. Då jag noterade en snabb ökning av intravenöst medicinmissbruk och preludinpsykoser, tog jag i april 1965 en semestermånad och undersökte i dygnet-runt-pass praktiskt taget samtliga som infördes till de centrala arrestavdelningarna i Stockholm under denna må-

nad. 36 procent av de svenska kriminella männen mellan 20 och 30 år visade sig vara intravenösa missbrukare och hela 50 procent av kvinnorna. Senare var jag tjänstledig halva 1965 för helt obetalt socialmedicinskt forskningsarbete. Hirschfeldt kommenterar "... så har Bejerot endast haft principiella synpunkter och aldrig lagt två strån i kors för att skapa en förbättring".

Min rapport publicerades i Läkartidningen liksom en mera generell studie över narkotikaproblematiken i stort. Jag betonade där att den epidemiska typen av narkomani är svårt smittsam och att många patienter visar en så ytterligt dålig behandlingsmotivation att de för närvarande inte kan ges en adekvat vård, då de som regel begär sig utskrivna efter kort tid (om man över huvud taget lyckas övertala dem till en inläggning). Jag summerade:

Hela det berörda lagstiftningsområdet bör skyndsamt ses över och integreras. Alla former av toxikomani, oberoende om den sjuke dricker (alkohol!), äter, snusar (kokain!), inhalerar (marihuana, thinner etc.) eller injicerar nervgifterna, bör lagstiftningsmässigt jämställas. I den nya barnavårdslagen har detta beaktats — den jämställer alkohol och 'andra berusningsmedel'. Det vore förnämligt om arbetet på den nya mentalsjukvårdslagen kunde vidgas med sikte på en allmän vårdbalk, där kroppssjukvårdens (lex veneris!), mental- och epidemisjukvårdens liksom toxikomanivårdens behov av tvångsåtgärder integrerades i samma lag.

En förkortad och populariserad version av artikeln infördes senare i tidskriften Svensk Polis.

De aktuella frågeställningarna är intrikata och komplicerade och borde enligt min mening, åtminstone initialt, först diskuteras i lugn och ro i fackpressen, varför originalartikeln försågs med följande anhållan: "På grund av pågående och planerat forskningsarbete med den aktuella epidemin undanber sig författaren omnämnande i massmedia." Detta respekterades av alla utom Hirschfeldt, som under tiden blivit utnämnd till sekreterare i den vårdtekniska subkommittén inom medicinalstyrelsens narkomanvårdskommitté och som trots detta ansåg sig föranlåten att initiera en debatt i Dagens Nyheter den 4/5.

Men inte nog med att Hirschfeldt bryter ett gentlemen's agreement om diskussionsformerna, han vanställer till oigenkännlighet vad jag skrivit (och som alltså gick ut på att narkomani

och alkoholism lagstiftningsmässigt bör jämställas, som fallet redan är i Norge och Finland), han talar om risken för "koncentrationsläger för narkomaner" och har den häpnadsväckande fräckheten att utan annan grund än det ovan citerade resonemanget skriva att "polisläkaren Bejerot, i likhet med andra dogmatiker inom läkarkåren, ropat på polis mot dem av hans kolleger som försökt anlägga mänskliga och praktiska synpunkter på narkomanbehandlingen som en första hjälp i en katastrofal vårdsituation. Och Bejerots rop på polis har heller inte klingat ohörda. En helt ny polispraxis har införts nyligen... så har den 11 maj tio uniformerade poliser uppsökt dr Åhströms läkarmottagning, varvid sex uniformerade poliser trängt sig in i behandlingslokalen för att kontrollera patienternas legitimationshandlingar."

Hur ser nu verkligheten ut? Jag har fått kontakt med den polisman som svarade för denna "razzia".

Kl. 04.25 på morgonen den 12 maj uppmärksammade Vällingbypolisens distriktsbil under rutinpatrullering att ett par personer strök omkring vid ett torp i Ängby. Då man misstänkte att det kunde röra sig om ett inbrottsförsök beslöt man att kontrollera förhållandena. De båda personerna uppgav att de väntade på en läkare som skulle skriva ut narkotika åt dem. Polismännen fann uppgiften osannolik och rekvirerade förstärkning. Ytterligare en radiobil kom till platsen, och man beslöt att undersöka om inbrott verkligen skett. Inne i huset uppehöll sig ytterligare åtta personer, som uppgav sig vänta på att få narkotikaförskrivningar av en läkare. "Med hänsyn till en samling underliga omständigheter och tiden på dygnet beslöt sig konstaplarna för att kontrollera de närvarande personerna med spärregistret." Sedan det framkommit att ingen var efterlyst och dr Åhström förklarat situationen drog sig patrullen tillbaka. — Hirschfeldt tror nu att denna episod betecknar "en ny polispraxis"? För varje annan är det uppenbart att det är en ny behandlingspraxis som illustreras.

Jag tror inte att man behöver nybyggda sjukhus eller rostfria sängar för att vårda narkomaner. Tvärtom tror jag att de bästa resultaten skulle uppnås under förhållanden som så mycket som möjligt liknar det dagliga livet, men där den drogfria miljön ger sig på ett naturligt sätt. Om man bygger upp några små verkstäder eller en folkhögskola kring ett skärgårdspensionat eller på

en behaglig ö på latare latituder och spårar upp en ny Gustav Jonsson, så tror jag man kommer längst. Men den behandlande läkaren måste få möjlighet att behålla patienten tills den sjukes behandlingsmotivation och medverkan hunnit väckas, dvs det behövs en viss retentionsrätt.

Jag skulle ha respekterat Hirschfeldt om han erkänt att han misstagit sig beträffande den av honom tidigare så uppreklamerade utportioneringen av stora mängder narkotika till svårt sjuka narkomaner utan möjlighet att sköta sin egen medicinering, om han erkänt att varje överläkare och huvudman betackar sig för att ikläda sig ansvaret för vad som för ett år sedan utbasunerades som en revolutionerande, progressiv vård, om han erkänt att de som då skymfades som "den goda tonens narkotikaexperter" hade ett visst fog för sin misstro.

Slutord

Narkomanvårdskommittén har senare i sina båda delbetänkanden bekräftat att den omdebatterade förskrivningen av narkotika skett under förhållanden som inte kunde accepteras, att ett betydande läckage av förskriven narkotika förekommit till den illegala marknaden, att medicinalstyrelsen slutligen såg sig nödsakad att helt stoppa dr Åhströms s. k. försöksverksamhet, att narkotika vid eventuell underhållsbehandling bör ges av behandlingspersonal och att självmedicinering bör undvikas, att det fordras ett centralt behandlingsregister över alla narkomaner (kommittén gick slutligen ett steg längre än jag föreslagit och förordade en central registrering av all läkemedelsförskrivning över huvud taget i landet), att det i många fall fordras retentionsrätt (kvarhållningsrätt på sjukhus) för adekvat narkomanvård etc. Frank Hirschfeldt har veterligen inte framfört någon kritik mot kommittén för att den anslutit sig till en rad av mina gamla förslag utan har själv i egenskap av biträdande kommittésekreterare undertecknat dokumenten.

Efter Hirschfeldts övertramp i Dagens Nyheter framförde jag till narkomanvårdskommittén och särskilt till vårdgruppens ordförande (Ljungberg) att Hirschfeldt omgående borde skiljas från sekreteraruppdraget. Berörda parter ställde sig dock helt oför-

stående till detta krav. Till yttermera visso utsåg kommittén strax efter detta Hirschfeldt som resesällskap åt mig för ett länge planerat studiebesök vid den danska Sundhedsstyrelsen, ursprungligen avsett att företas tillsammans med vårdgruppens ordförande. När jag vägrade att avge gemensam rapport med Hirschfeldt skulle kommittén senare vägra offentliggöra och publicera min redogörelse med kommittésekreterare Rexeds motivering att man inte kunde publicera två rapporter i samma fråga. Detta hade annars varit mycket intressant då det visade sig att Hirschfeldt inte förstått hur det danska systemet fungerade utan förklarade att det helt saknade intresse för svenska förhållanden. Min rapport om den danska Sundhedsstyrelsens narkomanregister publicerades senare i Nordisk Medicin (nr 35, 1967) och i The International Journal of the Addictions (nr 2, 1967).

TVA LONDONKONFERENSER

På socialdepartementets bekostnad gjorde Hirschfeldt senvintern 1966 en studieresa till England för att bevista en konferens om behandling av de i Sverige helt okända narkomaniformerna heroinism och kokainism och för att studera "det engelska systemet" med liberal narkotikaförskrivning. Bland föredragshållarna vid konferensen märktes en rad av Englands främsta specialister — Bewley, James, Chapple, Marks, Glatt m. fl. — vilka vi redan mött i avsnittet om den internationella debatten. Ur Hirschfeldts till socialministern ställda redogörelse (9.6.1966) skall vi återge några citat.

"Som utländsk deltagare deltog endast författaren till denna redogörelse." Brain-rapporten (se s. 223) diskuterades ingående vid konferensen, men Hirschfeldts diskussionsreferat har ingen som helst likhet med vad ovannämnda engelska specialister framfört i fackpressen och i andra sammanhang: "I Brain-rapporten sysslar man mycket litet med den aktuella situationen och har i stället inriktat sig på att rikta skarp kritik mot sex läkare, som åtagit sig behandling av narkomaner i öppen vård. — — — I praktiken är det bara ett tiotal läkare i London, som behandlar narkomaner på detta sätt. — — — Dr Ollendorff är en av de i Brain-rapporten hårdast kritiserade läkarna och den av narkoma-

nerna mest kände läkaren. Han är närmast en legendarisk person i London. — — — De sex i rapporten kritiserade läkarna har botat narkomaner, och medan heroinmissbruket kommer att avta i framtiden, kommer LSD- och marihuanabruket att öka alltmer" etc. i samma tendentiösa stil. Tvärtom har just ovannämnda experter i fackpressen ideligen varnat för det snabbt tilltagande heroinmissbruket i England och direkt förbundit detta med den förskrivningsverksamhet som Frankau, Ollendorff och ett halvdussin andra privatpraktiker bedrivit i skydd av den gamla torylagen — Rollestone Act — från 1926. Det är alltså helt uteslutet att de i februari 1966 skulle ha uttryckt sig som Hirschfeldt här försöker få socialministern att tro.

Från ett besök hos "den legendariske dr Ollendorff", Londons dr Åhström, berättar Hirschfeldt: "Dr Ollendorff tog emot ett stort antal patienter under några korta timmar. Några av dessa var tidigare patienter, andra var förstagångspatienter. Någon ingående undersökning av dessa förekom inte i detta sammanhang. Receptförskrivning av narkotikapreparat, såväl heroin som amfetaminer i stor omfattning. Dr Ollendorff ansåg att man genom denna förskrivning skulle vinna patientens förtroende och få honom mera behandlingsmotiverad. Såvitt det har varit möjligt att bedöma är förmodligen dr Ollendorffs tanke riktig, men verksamheten är inte organiserad på sådant sätt, att man skulle kunna få fram vetenskapliga resultat, som belyser denna behandlingsform eller bekräftar dr Ollendorffs teorier."

Att Englands ledande specialister som vi sett (s. 223) ställer sig ytterst kritiska till Ollendorffs handlande och kräver att verksamheten skyndsamt stoppas, avfärdar Hirschfeldt och konkluderar själv att "såvitt det har varit möjligt att bedöma är förmodligen dr Ollendorffs tanke riktig"!

Hirschfeldt besökte också Brain-kommitténs sekreterare, dr Goulding. Innan man läser Hirschfeldts redogörelse för detta möte bör man repetera Brain-kommitténs slutsatser (s. 224). Därefter bör följande citat ur rapporten till socialministern avnjutas:

Diskussionen med dr Goulding gav följande synpunkter. De flesta ledamöterna i Brain-kommittén hade ringa eller ingen erfarenhet av narkomanibehandling. Kommitténs referensram ansågs så snäv,

att några rekommendationer för narkomanifrågans framtida lösning inte kunde tas med i rapporten. Brain-kommittén ansåg sig inte ha fått till uppgift och anser sig inte heller vara kapabel att närmare penetrera narkomanifrågan och dess framtida lösning.

Vokabulären tryter; det är knappast möjligt att formulera en adekvat kommentar till detta mästerstycke av felreferat och beskäftighet. Detta var alltså Hirschfeldts första insats som officiell svensk narkomaniexpert i internationella sammanhang. Han skulle återkomma flera gånger.

I september 1966 anordnades åter en konferens i London, denna gång kring ungdomsnarkomani. Arrangörerna (The Society for the Study of the Addictions) hade bett om en redogörelse för den svenska situationen, och på uppdrag av medicinalstyrelsens nämnd för internationella hälsovårdsärenden lämnade jag en utförlig rapport om den alarmerande utvecklingen i Sverige. Vid denna konferens meddelade preludinfabrikantens, Boehringer Sohns, vetenskaplige chef, professor W. Graubner, den sensationella uppgiften att man ämnade tillsätta laxativ till preludintabletterna för att göra dem otjänliga för massmissbruk. Jag begärde omedelbart ordet och avrådde bestämt från detta med hänvisning till att Preludin, förutom alla andra effekter, även verkar törstdämpande, varför missbrukarna efter en tid blir svårt uttorkade, dehydrerade. En kraftig dos laxermedel och därav framkallad diarré kan i ett sådant läge snabbt ge upphov till livshotande tillstånd med överhängande risk för cirkulationskollaps. Särskilt betonade jag att man i sådana fall inte kan lägga skulden på missbrukarna själva utan ansvaret måste falla tungt på fabrikanten.

Hirschfeldt, som bevistade kongressen på kyrkliga medel, hade givetvis ännu mindre än Graubner möjlighet att dra dessa patofysiologiska slutsatser. Hemkommen får man läsa i ett TT-referat i Svenska Dagbladet att Hirschfeldt slagit larm beträffande Graubners idé om laxermedel i Preludin. Historien blir inte mindre pikant av att TT-referatet emanerade från — Frank Hirschfeldt. Under konferensens gång lämnade Hirschfeldt även flera telefonrapporter till Sveriges Radio. I ett senare program (bandat 17.11.1966 och sänt 23.1.1967) hänvisar Hirschfeldt just

till denna andra London-konferens: "Jag träffade dr Donald Louria vid ett symposium i London i september i år. — — — Han har i sitt bidrag till detta symposium visat att LSD i psykoterapeutiskt syfte har kunnat bota vissa former av alkoholism, sexuella avvikelser, schizofreni, neuros och psykopati . . ." Citatet har just ingenting att göra med vad Louria sagt, och han blev förbluffad då jag senare konfronterade honom med radioreferatet. Ett korrekt referat av Lourias föredrag och konferensen i övrigt har publicerats av Ljungberg (Läkartidningen nr 52, 1966).

Våra statsråd, generaldirektörer, TV-tittare och radiolyssnare får alla hålla till godo med att ösa ur samma grumliga källa när det gäller narkomanifrågorna.

NARKOMANVARD PA AVVÄGAR

Den röda tråden genom hela kampanjgruppens verksamhet har som vi sett varit kravet på en mycket liberal förskrivning av narkotika för självadministrering — såväl opiater som centralstimulantia — till narkomaner utan åtskillnad eller undantag. Genom kampanjen förvandlades frågan från ett komplicerat vetenskapligt problem till en enkel och självklar popradikal massrörelse med hysteriska inslag och klart antiintellektuella drag av McCarthyism med omvända förtecken: generationers vetenskapliga erfarenhet av narkomani och de stora läroböckernas omfattande sjukdomslära på detta område reducerades till platt intet, mest förljuget och grönköpingsmässigt uttryckt av Hirschfeldt som i Ord och Bild (nr 3, 1967) frankt förklarar att "någon läkarutbildning på detta område inte förekommit. Sjukdomen narkomani omnämns på 4 rader i psykiatrikursen". Obekväma fackmän etiketterades som "ortodoxa" och "reaktionära" för att därigenom bekvämt kunna ställas off side, medan knarkliberalerna själva ansåg sig vara "progressiva" och "radikala" etc.

Medicinalstyrelsen ställdes här i ett mycket svårt läge, och vissa åtgärder synes ha fått karaktären av självuppgivna panikhandlingar för att rida ut stormen. Medicinalpolitiken på detta område gled för en tid över i händerna på dilettanter, journalister och inte minst insändarskribenter, där en liten sammansvetsad grupp av gamla kroniserade missbrukare visade en hög aktivitet.

Personalunionen och dualismen mellan å ena sidan kampanjgruppen och narkomanvårdskommitténs sekretariat, å andra sidan mellan medicinalstyrelsen och narkomanvårdskommittén, förvandlade frågan till en härva av inadekvata relationer och hänsyn. För en tid — från våren 1965 till hösten 1966 — kom popradikaliteten i narkotikafrågan att topprida ämbetsmän och fackfolk, och "vetenskap och beprövad erfarenhet" stod lägre i kurs än någonsin tidigare.

Så småningom blev dock misstagen i den nya narkotikapolitiken så uppenbara att även de hängivnaste tillskyndarna insåg att man handlat fel och att felbedömningarna skulle komma att utgöra ett allvarligt hot mot deras fortsatta agerande över huvud taget i narkotikafrågan. Inåt var kampanjgruppen från senvåren 1966 fullt på det klara med att utvecklingen av den liberala narkotikaförskrivningen blev allt mera ohållbar, men utåt försökte man hålla en karsk attityd och refererade misstagen till "bristfälliga resurser" och andra svepskäl.

Inför det oundgängliga sammanbrottet skyndar sig Takman att publicera ett slags testamente i narkotikafrågan (Läkartidningen nr 12, 1966), innan han tyst lämnade det kaos han ställt till med och har därefter inte vidare avhörts i debatten. Det förefaller nästan som om Takman skulle ha levt i en trygg förvissning om att hans vilda krav på liberal förskrivning aldrig skulle accepteras av de ansvariga myndigheterna utan att han riskfritt skulle kunna bolla med dem och därigenom vinna ryktbarhet som en fräsande radikal och okonventionell doktor. Indirekt medger han i sin slutartikel att han egentligen aldrig vetat så mycket om olika behandlingsmetoders värde, utan de för honom tillgängliga kunskaperna hade mera varit av anekdotisk karaktär. Vad han tidigare presenterat som något av en patentkur vid narkomani förvandlas här till "en behandling som *kanske* kan vara till nytta", och kursiveringen är hans egen. I framtiden bör man dock enligt Takman se till att det vid behandlingsförsök blir "tid och resurser att ordna patienter och tabeller till de oomtvistliga serier, som också behövs för att vi längre fram ska veta vilken behandlingsmetod som är effektivast. *Först då har även detta stycke av medicinen höjts från det förvetenskapliga anekdotiska planet.*" Den kursiveringen är gjord här.

I en skrivelse av den 27 april 1966 gjorde psykiatriprofessorerna Forssman och Lindberg medicinalstyrelsen uppmärksam på "skandalartad förskrivning av narkotika" vid en liknande verksamhet i Göteborg (Läkartidningen nr 20, 1966) och återkommer även senare (Läkartidningen nr 25, 1966). Även en rad andra fackmän intervenerade, och själv tillställde jag narkomanvårdskommittén underhandsrapporter från förskrivningsverksamhetens återverkningar bland det polisklientel som utgör min forskningspopulation.

Vårdgruppen och dess sekreterare hade "också av generaldirektör Engel som särskild uppgift fått att övervaka dr Åhströms verksamhet" (Hirschfeldt i Dagens Nyheter 1.12.1966), och gruppen skulle fortlöpande informera medicinalstyrelsen och narkomanvårdskommittén om utvecklingen. Hirschfeldt insåg dock inte — och tydligen heller ingen annan av de berörda — att den enda effektiva bevakningen låg i en fortlöpande receptkontroll vid apoteken och på grundval av denna upprättad månadsstatistik etc. Missförhållandena hann därför bli mycket grava innan några allvarliga åtgärder vidtogs.

Den 23 oktober 1966 meddelade Svenska Dagbladet att generaldirektör Engel förklarat att den åhströmska förskrivningsverksamheten hade misslyckats och skulle stoppas. Samma eftermiddag anordnade biträdande kommittésekreteraren Hirschfeldt — nu i egenskap av RFHL-ordförande — stor presskonferens och gick till angrepp mot Engel och medicinalstyrelsen. Vi citerar ur ett ledarstick i Expressen (24.10.1966):

Den försöksklinik för narkomaner som har startats av RFHL (Riksförbundet för hjälp åt läkemedelsmissbrukare) skall upphöra, enligt medicinalstyrelsens chef hr Engel. Han anser att verksamheten har misskötts. RFHL:s ordförande svarar att medicinalstyrelsen har ansvaret för att kliniken inte fått ordentliga direktiv och resurser. Han kräver en opartisk utredning. Mot bakgrunden av hr Engels angrepp på RFHL bör kravet på opartisk utredning givetvis respekteras.

Engel, som vid tillfället var på utlandsresa, radiointervjuades och förklarade enligt Dagens Nyheter (25.10.1966) bl. a.:

Det har ju varit så att dr Åhström har fått rättighet att skriva ut narkotikarecept i en omfattning som annars inte brukar tillåtas. Och den rättigheten har missbrukats, menar hr Engel. De förskrivningar som skett har gått ut över vetenskap och beprövad erfarenhet. Även patienterna har tydligen missbrukat den. Jag har exempel på att man sålt narkotika som utskrivits från den här försöksverksamheten.

Återigen fick Hirschfeldt pressen med sig, och tidningarna kastade sig över Engel. Expressen frågade på ledarplats (25.10.1966):

Man frågar sig då hur hr Engel kan dra slutsatsen att vården har misslyckats. Man undrar vidare hur det kan komma sig att en verksamhet som bedrivits under medicinalstyrelsens överinseende har fått läggas upp på ett så "icke vetenskapligt" sätt och med så otillräckliga resurser.

Att verksamheten kunnat läggas upp och drivas helt ovetenskapligt berodde främst på att medicinalstyrelsen hade satt Hirschfeldt att övervaka den! Vad som är vetenskaplighet ville samtidigt Aftonbladets ledarskribent passa på att upplysa Engel om (25.10.1966):

Vill generaldirektör Engel av den kritiserade verksamheten dra slutsatsen att all öppen vård är misslyckad, så är han ovetenskaplig. Sådana slutsatser kan man nämligen inte dra av experiment som utförts ovetenskapligt och som inte givits materiella chanser att visa vad den går för.

Nu startar en ny kampanjvåg, Hirschfeldts "ardenneroffensiv". Han går omedelbart till våldsamt angrepp på Engel i en stor artikel i Expressen (27.10.1966):

Det lär inte bli lätt för landets högsta medicinska myndighet att skjuta ifrån sig det medicinska ansvaret för den narkomanvård som medicinalstyrelsen nu själv har gått till angrepp mot.

Hirschfeldt försöker sedan lasta över en väsentlig del av ansvaret på Stockholms stads sjukvårdsstyrelse, som hela tiden hade lyckats hålla huvudet kallt och inte låtit sig dras in som huvudman för den av RFHL initierade och Åhström bedrivna verksamheten.

Sjukvårdsstyrelsens erfarenheter från den åhströmska verksamheten vid "Klubb 10" och "rekreationshemmen" i Harplöfsta och Opplunda torde ha bidragit till att göra styrelsen obenägen för engagemang i nya åhströmprojekt.

När verksamheten nu öppet framstod som ett klart misslyckande är Hirschfeldt ytterligt angelägen att understryka att RFHL inte har haft ett dyft med saken att skaffa. Under glans- och jubeldagarna lät det dock på annat sätt:

Vi har tre läkare i förbundet, som har tagit sig an ett hundratal narkomaner. De arbetar dag och natt och de kan inte ta emot flera. Förbundets tillkomst har medfört att ett stort antal narkomaner sökt sig till förbundet — ett mycket större antal än man enligt den vetenskapliga prognosen hade kunnat vänta sig. Den vetenskapliga prognosen har sagt, att dessa människor inte vill ha vård och aldrig skulle komma vare sig till oss eller till någon annan. (TV:s narkotikaserie 14.12. 1965)

Vad det var för slags vård de sökte och fick genom RFHL:s tillkomst skall vi diskutera i annat sammanhang. — Den närmaste månaden efter Engels deklaration och Hirschfeldts presskonferens översvämmades tidningarna av salvelsefulla reportage om "den legendariske knarkdoktorn", och en insändarkampanj organiserades upp i hast. Den 25 november kapitulerade Engel inför det överväldigande trycket, och Expressen meddelade: *"Fortsatt legal narkotikaförskrivning.* ENGEL: VI MÅSTE VÄNTA PÅ BÄTTRE VÅRDRESURSER. Genom narkomanvårdskommitténs arbete har verksamheten på dr Sven-Erik Åhströms mottagning för narkomaner fått betydligt ökade resurser. Denna verksamhet är avsedd att upphöra på nyåret 1967."

I själva verket hade professor Gunne vid Ulleråkers sjukhus redan en månad tidigare (Dagens Nyheter 27.10.1966) förklarat att han var beredd att ta emot morfinister från hela landet för inställning på underhållsmedicinering med metadon (s. 430). Under hela hösten, vintern och våren 1966—67 pågick sedan i medicinalstyrelsen och pressen diskussioner om de kliniska vårdresurser som måste skapas innan den åhströmska verksamheten skulle kunna avvecklas. Först då en 17-årig flicka, som nyligen

debuterat i narkotikasammanhang, den 11 april 1967 fick en dödsdos genom en av Åhströms s. k. legala narkomaner, satte man äntligen punkt för denna verksamhet, som sannolikt är den största medicinska skandal vi haft i detta land.

Den 19 april 1967 kunde Expressen meddela: "HJÄLPSTATION FÖR KNARKARE FICK STÅ TOM I 6 MÅNADER! För ett halvår sedan bad professor Lars-Magnus Gunne att få ta hand om alla svåra morfinister för behandling på den nya forskningsavdelningen vid Ulleråkers sjukhus. Vädjan blev ohörd." Gunne hade ett halvår tidigare meddelat medicinalstyrelsen att han var beredd att ta sig an morfinisterna, detta meddelades som vi sett också i pressen och Gunne uppmanade i Läkartidningen kollegerna att remittera alla morfinister till honom och hans välutrustade forskningsavdelning. Varför kom då varken remisser eller morfinister och varför måste förskrivningsverksamheten pågå "tills andra vårdresurser skapats"? Helt enkelt därför att de berörda narkomanerna inte var intresserade av adekvat sjukhusvård och metadoninställning utan så länge som möjligt önskade komma i åtnjutande av morfintilldelning för användning på egen hand.

Med bättre klinisk kännedom om narkomanins karaktär och de sjukas behandlingsmotivation hade medicinalstyrelsen kunnat föra över patienterna i Åhström-gruppen till ordnade behandlingsförhållanden långt tidigare — ja, hela denna misslyckade "försöksverksamhet" skulle aldrig ha tillåtits. Det är viktigt att denna olustiga historia definitivt blir redovisad så att liknande behandlingsäventyr inte skall behöva upprepas i andra länder.

RFHL BAKOM FRASERNA

Redan från början stod det klart att det kraftigt upphaussade RFHL inte skulle kunna utöva någon meningsfull vårdverksamhet bland narkomanerna då de agerande — ordföranden, ombudsmannen, kuratorn och senare även en gruppsykoterapeut som inte uppfyllde fackorganisationens behörighetsvillkor — alla hade mycket rudimentära insikter i narkomaniproblematiken och var fångade i helt orealistiska förväntningar och föreställningar om hur svårt giftberoende människor skall reagera; därtill kom som vi

vet att de med styrkan av en fanatisk trosbekännelse hade engagerat sig i läran om fri narkotikaförskrivning som radikalbot mot narkomani. Den våldsamma diskrepansen mellan den genant låga reella kompetensen och de pretentiösa förståsigpåmanéren gjorde det fullt befogat att beteckna verksamheten som grovt socialmedicinskt kvacksalveri, vilket jag påpekade vid offentliga diskussioner med Hirschfeldt och även framförde till berörda vårdförvaltningar i Stockholm. Främst gällde kritiken RFHL:s intensiva propaganda för fri narkotikaförskrivning, vilken hotade att omöjliggöra praktiskt taget varje seriöst behandlings- eller vårdförsök bland toxikomaner inom RFHL:s kraftsfär, som vid denna tidpunkt indirekt — genom den intensiva PR-verksamheten i alla massmedia — påverkade tusentals missbrukare och anhöriga.

Med anledning av min öppna kritik blev jag så småningom under högtidliga former av förbundet förklarad oberörbar, en uppmärksamhet som jag såvitt bekant är helt ensam om och därför verkligen räknar mig till godo. I Vecko-Journalen (nr 8, 1967) underrättade Hirschfeldt mig och den svenska nationen om utmärkelsen.

4. RFHL:s förhållande till Bejerot regleras av förbundets årsmötesprotokoll av den 31 maj 1966. Paragraf 33 säger bl. a. följande ”... Förutsättningen för ett samarbete mellan RFHL och socialmedicinska institutionen vid Karolinska institutet i Stockholm är att socialläkaren Bejerot icke är inkopplad i den del av undersökningen som berörs av samarbetet.”
5. Bejerot har ej insyn i RFHL:s verksamhet eller kunskaper om på vilka grunder beslut fattas inom medicinalstyrelsen. Slutsatsen måste bli att han bygger eventuella uttalanden om påtryckningar från RFHL, massmedia, politiska partier osv. på hörsägner och rykten.
6. RFHL saknar medicinska synpunkter på dr Åhströms verksamhet, då förbundet endast bedriver social verksamhet. Ur den senare aspekten kan man dock inte bortse från dr Åhströms djupa sociala engagemang och medkänsla för människor i nöd.

Hur förhåller det sig nu med verkligheten bakom fraserna? Vi ber den som bäst känner till förhållandena i detalj, Frank Hirschfeldt själv, vittna om detta, inte PR-mannen utan den slipade

taktikern. Som tidigare nämnts insåg även kampanjgruppen våren 1966 att Åhströms förskrivningsverksamhet med nödvändighet gick mot ett fullständigt sammanbrott och att hela behandlingsfilosofin var ett misstag. Man ville därför i god tid dra sig ur spelet och se till att sopa igen spåren efter sig i detta engagemang. Vi skall låta Hirschfeldt vittna genom utdrag ur en rad dokument av hans hand. Kursiveringarna är gjorda här för att underlätta orienteringen i faktamaterialet. Det är nu plötsligt en annan värld än PR-kulisserna vi möter.

I en kallelse till extra styrelsesammanträde den 22 augusti 1966 säger Hirschfeldt om RFHL:s förhållande till den åhströmska verksamheten bl. a.:

Som enda punkt på dagordningen står en principdiskussion om den Åhströmska verksamheten, dess målsättning, förhållande till RFHL och framtida organisation. Som bekant är Sven-Erik Åhströms verksamhet utsatt för omfattande kritik. Den starkaste kritiken kommer från medicinska kretsar i Göteborg. — — — Dessa argument, den växande kritiken och den påtagliga oordning som råder inom och kring den Åhströmska verksamheten gör det absolut nödvändigt att RFHL:s styrelse sammanträder för att diskutera igenom olika problem som uppkommit. — — — Det förefaller uppenbart att den Åhströmska verksamheten måste leva ett eget liv under eget ansvar och avskiljas organisatoriskt från RFHL:s allmänna verksamhet. — — — Det måste göras klart utåt att RFHL inte har låst sig vid en enda vårdform och icke är sponsor för den Åhströmska verksamheten som den enda tänkbara. — — — I konsekvens härmed bör omedelbara åtgärder vidtagas för att organisatoriskt avskilja verksamhetsgrenarna från varandra.

Beträffande sakernas tillstånd i och kring RFHL sommaren 1966 har Hirschfeldt författat en lång promemoria till styrelsen, daterad den 7 augusti. Då den är av väsentligt intresse även för en vidare krets än styrelsen — allmänheten, berörda myndigheter, anslagsbeviljande instanser och inte minst de hjälpsökande och deras anhöriga — skall vi återge några längre avsnitt ur den:

RFHL:s verksamhet är idag i behov av en fast ledning och organisation. Detta är särskilt aktuellt eftersom *förbundet nu förvaltar insamlade medel och statsmedel* som utesluter improvisationer av

tidigare slag, då medel inte fanns tillgängliga.
Då ordföranden ser allvarligt på utvecklingen av det dagliga arbetet, som styrs av enstaka viljor som utvecklat en oklar privatfilosofi, föga anpassad till förbundets målsättning och organisationsupplösande, har kontakt tagits med civilekonom A, Lidingö.

Ekonomi
För den exakta situationen bör redogörelse lämnas av kassören. Här skall dock nämnas att förbundet erhållit 15 000: — ur reservationsanslaget och att ordföranden varit kallad till socialstyrelsen och där sammanträffat med byråchef Nordström och byrådir. Sohlberg. Sammanträffandet resulterade bland annat i att socialstyrelsen överfört 25 000:— till RFHL och vidare 25 000:— kommer att överlämnas senare i höst.
Här bör framhållas att ordföranden särskilt poängterat nödvändigheten av att RFHL får tillfälle att anställa den i verksamhetsberättelsen projekterade psykoterapeuten. Det måste därför anses att här nämnda bidrag till stor del skall användas för detta ändamål.
Nuvarande personalkostnader belöper sig till 7 000:—/mån. En budget och prioritering av kommande utgifter är därför absolut nödvändig inte minst för att kunna skaffa fram anslag för kommande år och för projekt som anses viktiga, men trots detta t. v. får stå tillbaka. En sådan översikt fattas för närvarande helt och hållet. *Ordföranden anser sig därför för närvarande oförmögen att kunna ansvara för att skaffa fram ytterligare anslag innan RFHL:s ekonomiska expertis gett sådana anslagsäskanden nödvändig stadga. — I princip finns det möjligheter att skaffa fram mera pengar, men det fordrar en helt annan inre ordning än den nuvarande.* Likaså bör enighet råda om målsättningen och prioriteringen av denna uppsjö av oorganiserade och halvt, om ens i någon mån genomtänkta idéer, som dagligen kläcks av förbundet närstående kretsar och inom den öppna vården. — Här fordras alltså en aktiv insats av den ekonomiska expertisen inom förbundet.
Dessa frågor bör snabbehandlas av civilekonomerna B och A.

Stiftsgårdsverksamheten
Lunds Stiftsgård i Båstad har utfört en uppmärksammad *experimentverksamhet,* med delvis förvånande gott resultat. En närmare redogörelse härför kommer att lämnas av styrelseledamoten Ingemar Simonsson, som ju också är Stiftsgårdens administrative chef. — — —

Här bör påpekas att *Stiftsgården arbetar med miljöterapi och att syftet och målsättningen är frivillig avvänjning i drogfri miljö. Detta har medfört vissa svårigheter när det gällt patienter som haft tillgång till legal tilldelning.* I det ena fallet har en flicka i 20-års åldern, som varit den första patienten på Stiftsgården, haft en särskild motivation att gå med på ett sådant försök, eftersom hon s. a. s. lösts ut från Rådhusrätten av ombudsmannen och ordföranden mot att hon skulle bege sig till Stiftsgården. *Hon var uppe i en konsumtion per dag av 200—300 Ritalina. Trots detta kunde hon lägga av sitt missbruk under vistelsen i Båstad som hon uppskattade mycket. Det är därför beklagligt att man numera återfinner henne i dr Åhströms väntrum där hon erhåller legal tilldelning.* På vilka grunder en 26-åring som med egen kraft kunnat göra ett långvarigt uppehåll kan betraktas som kroniker förefaller gåtfullt. Om inte den efterbehandlande verksamhetens filosofi kan sammanjämkas med stiftsgårdsbehandlingens reduceras Stiftsgården till något slags vilohem där man kan vila upp sig mellan varven. En sådan utveckling är inte acceptabel.

Problemet har aktualiserats än en gång just nu. För närvarande vistas på Stiftsgården en 22-årig flicka som är ett svårt fall. Hon har vid tidpunkten för nedsändandet till Båstad varit svårt nedgången, inte haft någon bostad och på grund av sin nödsituation ansetts böra få en legal tilldelning av engångskaraktär. Vid sin ankomst till Båstad har hon gjort flera *försök att avstå från sin medhavda tilldelning. Hon har alltid uppvisat samma mönster. När hon fått av sin tilldelning har hon efteråt fått svåra anfall av paranoia och svåra hallucinationer, när hon avstått att spruta ner sig har hon blivit pigg och uppvisat ett mycket normalt beteende.* Hon har, som de flesta av hennes kamrater, uppvisat en *kvasikunskap i farmakologi* och oavbrutet talat om för oss vilka lugnande medel och vilka doser av dessa hon borde få. Eftersom de flesta av dessa skulle kunnat medföra komplikationer som andningsdepression eller Parkinsonseffekt, som ingen på Stiftsgården skulle varit kapabel att klara av, har hon efter samråd mellan RFHL:s ordförande och docent Ljungberg fått Hibernal och Librium, två medel som enligt henne inte skulle ha minsta effekt på henne, men som naturligtvis hade det ändå. Hon blev till slut så pigg att hon ställde upp klockan 8 på morgonen, ett flertal gånger, för att lära sig spela tennis. *Slutligen har nu tidpunkten kommit då hon varit pigg så länge att hon tycker att tillvaron i Båstad är tråkig. Inom sig har hon förvissningen att hon vid återkomsten till Stockholm*

återigen kommer att få legal tilldelning. — Vid en tidigare tidpunkt har RFHL:s ordförande bett dr Åhström att skriftligen meddela denna flicka att han betraktar hennes vistelse i Båstad som någonting positivt och att hon vid spontan återkomst inte utan vidare kan räkna med en legal tilldelning. Åhström har betts både skriftligt och muntligt att skriva ett sådant brev och också lovat det. Något brev har dock inte kommit. Såvitt Simonsson och författaren till denna rapport kan bedöma saken, hade *det varit betydligt viktigare att Åhström skrivit ett brev till patienten i denna angelägenhet än att han i framtiden kommer att skriva ut recept för patienten.* — — —

Lokalfrågan

RFHL förfogar nu över 11 rum fördelade på tre etage genom en serie invecklade omständigheter, för vilka nedan skall redogöras. Från början förfogar RFHL över 3 rum på nedre botten Brunnsgatan 29. Dessa lokaler har ställts till förfogande av Stockholms Stad och är hyresfria. — Det visade sig dock snart att en ordnad kansliverksamhet inte kan äga rum om den är kombinerad med mottagande verksamhet.

Patienternas förmåga att sätta sig över alla regler, mottagningstider och blygsamma krav att iaktta elementär ordning har visat sig vara större än personalens förmåga att kunna stå emot dessa tendenser. Det är möjligt att man inte kan begära att personalen skall kunna klara av att hålla tillbaka dessa tendenser. Det är därför nödvändigt att kontorsverksamheten effektivt skiljs från den mottagande verksamheten. Härför talar också att *besökarna i princip stulit allt som icke varit fastnitat, även föremål som de inte rimligtvis kan ha någon användning för. Förbundets brevpapper har kommit på drift. Konfidentiella handlingar har kunnat läsas av alltför många som inte borde ha läst dem.* Ett förhållande som snarast måste rättas till.

Parallellt med detta inträffande följande. Under juni månad blev den Åhströmska verksamheten husvill av två anledningar. För det första hade den s. k. Röda Stugans andrahandsförhyrare psykologen C aldrig lyckats få något avtal med dr Åhström som reglerade Åhströms hyresförhållande till C, än mindre lyckades han av Åhström få någon hyra. C:s användning av Röda Stugan inskränkte sig därför till att behöva städa efter patienterna och betala hyra, telefon- och elräkning. Han tröttnade av begripliga skäl och sade upp sitt kontrakt. — För det andra var det narko-

manvårdskommitténs vårdgrupps åsikt att Röda Stugan inte lämpade sig för patientbehandling. Som ett villkor för den fortsatta verksamheten ställdes sålunda bland annat att verksamheten skulle flyttas till lämpliga lokaler.

Stor och förklarlig nervositet utlöste detta hos dem som var beroende av att verksamheten fick fortsätta. *RFHL:s ombudsman som tillika är ordförande i den fristående patientföreningen,* var en av dem. Jag hade rått honom att bilda en ekonomisk förening som skulle ta hand om den Åhströmska verksamhetens ekonomi och se till att de som så kunde skulle betala sina arvoden för behandlingen. Eftersom Åhström inte brytt sig om att ta betalt, skulle det ju på så sätt vara möjligt att för dessa frigjorda medel anställa en sjuksköterska som fick ordning på verksamheten och anskaffa en ändamålsenlig lokal.

En sådan förening bildades med det inte helt lyckade namnet "Föreningen för Åhströms narkotikaexperiment". Det måste ifrågasättas om denna förening, som i sin ledning saknade erfaren ekonomisk ledning skulle ha kunnat sköta Åhströms affärer nämnvärt bättre än vad de skötts tidigare.

Ombudsmannen D lyckades dock ta reda på att två våningar fanns lediga på Brunnsgatan 28 och lyckades förmå Stockholms Stad att hyra ut dessa lokaler till den nya föreningen för Åhströms narkotikaexperiment.

I detta läge ansåg RFHL:s ordförande det riktigast att ingripa. Med hänsyn till att ombudsmannen i RFHL var en förgrundsperson i såväl patientföreningen som i den nybildade experimentföreningen, den Åhströmska verksamheten skulle förläggas till samma fastighet som RFHL:s lokaler och den nybildade föreningen inte ansågs som speciellt bärkraftig — skulle det ha varit tämligen säkert att RFHL skulle fått bära ansvaret för såväl dr Åhströms verksamhet som allt det nya föreningen skulle ha trasslat in sig i. *Av någon anledning försökte också ombudsmannen hävda att länkverksamheten på något sätt skulle vara liktydig eller på något annat ej helt begripligt sätt sammanfalla med den Åhströmska verksamheten och att länkverksamheten skulle förläggas till de nya lokalerna.* — — —

Ombudsmannen

Ombudsmannen har en svår mellanställning och torde därför vara i behov av en detaljerad instruktion om arbetsuppgifter, befogenheter etc. *För närvarande torde uppskattningsvis 70 % av ombuds-*

mannens tid gå åt för att ordna kontakter mellan dr Åhströms patienter och dr Åhström därför att patienternas medicin tagit slut och de ligger i abstinenser. Det måste anses som otänkbart att detta skall kunna vara en meningsfull uppgift för ombudsmannen för vilket RFHL kan avlöna honom. *Ombudsmannen är samarbetsvillig och kommer att underkasta sig den organisation som man föreskriver honom.* — — —

Kuratorn

Kuratorn har tjänstgjort på prov i två månader. Det rekommenderas att man förlänger hennes anställning.

Kuratorns verksamhet har fått slagsida av den snedbelastning som åstadkoms genom Åhströms patienter och deras olika krav på att bli omhändertagna. Kuratorn är själv medveten om detta och önskar en ändring. Hon anser det sannolikt att situationen uppkommit genom att Åhströms verksamhet är felorganiserad eller inte organiserad alls. — — —

Kanslichefen

E har hittills tjänstgjort som kanslichef. Hon skall återgå till sina studier den 31 augusti.

E har haft en svår uppgift och ständigt störts av påträngande patienter, telefonsamtal etc. Härtill kommer att hon knappast haft den erfarenhet som fordras för att kunna sköta en så svår uppgift. Kansliarbetet har blivit snedvridet och omfattat andra saker än vad det borde ha gjort. Kansliet har inte kunnat utnyttjas för att skaffa fram material för framtida anslagsäskande etc. — *Det har varit svårt att låta konfidentiella handlingar skrivas ut på kansliet, då någon säkerhet inte funnits att de inte i princip kunnat komma på drift.* Sålunda kan jag nämna att en aningslös och hygglig man från ett borgerligt parti, som gör en utredning i narkotikafrågan som skall användas i riksdagssammanhang, ringde upp mig för att diskutera vissa punkter. Jag talade då om för honom att jag skrivit vissa brev till vissa personer. Han talade om för mig att han varit på kansliet samma dag och redan läst dem (alltså innan jag själv hade skrivit på dem). Något sådant får givetvis inte förekomma.

Länkverksamheten

— — — *Ett problem är hur en länkverksamhet för legala patienter, som ännu inte är avgiftade, skall kunna förenas med en länkverksamhet för avgiftade patienter. De senare kan ju knappast tänkas*

förbli avgiftade länge om de blir medvetna om att deras kamrater får underhållsdoser.
Detta problemkomplex bör snarast tas upp av styrelsen. Riktlinjerna för länkverksamheten bör fastställas och åtgärder vidtas för att de följs.

Den Åhströmska verksamheten
Dr Åhströms verksamhet präglas av dålig organisation och allmän oreda, som snedbelastar förbundets verksamhet.
Vissa riktlinjer har av *narkomanvårdskommitténs vårdkommitté* fastställts för att dels minska kritiken mot denna vårdform och dels ge en aktiv hjälp för att denna organiseras upp på ett lämpligt sätt.
Sålunda har föreskrivits att mottagningen inte skall fortgå efter klockan 24.00, att recept skall kunna uttas endast dagligen, att patientantalet icke skall få öka.
Ingen av dessa föreskrifter har följts. Ett försök gjordes första gången efter att dessa föreskrifter meddelats att avsluta mottagningen klockan 2.00, därefter har den fortsatt till klockan 7—8 om morgnarna.
Recepten skrivs ut så att de kan uthämtas var femte dag, vilket innebär att många patienter har slut på sin tilldelning efter 3 dagar och därefter belastar RFHL:s telefoner och personal för att få tag på dr Åhström och ytterligare recept. *Patientantalet har ökat,* nya patienter har otvivelaktigt tagits emot, vilket för patienter som redan är under behandling i realiteten innebär en ytterligare standardsänkning och ännu längre väntetider.
Den Åhströmska verksamheten lider av en dålig organisation som sätter spår även i RFHL:s arbete.
RFHL:s ordförande har dessutom i egenskap av sekreterare i narkomanvårdskommitténs vårdgrupp satts i en svår mellanställning, då han å ena sidan är med om att utarbeta föreskrifter och å andra sidan tvingas bevittna och ansvara för att dessa åsidosätts. I längden blir det inte möjligt att hålla denna dubbelposition.
Styrelsen uppmanas därför att i samarbete med civ.ek. A vidta åtgärder för att organisera upp den Åhströmska verksamheten och att se till att organisationsplanen följs. Styrelsen bör överväga huruvida den kan ansvara för en verksamhet av annan karaktär än vad som i fortsättningen kommer att föreskrivas av narkomanvårdskommittén och *bör därför göra det klart för Åhström vilka villkoren är för att RFHL skall kunna identifiera sig med hans verksamhet.*

Patientföreningen

Patientföreningen är en instabil företeelse som har till uppgift att se till att patienterna sköter sig och att förskrivna kvantiteter narkotika inte kommer på avvägar.

Dessutom har patientföreningen fått för sig att den skall avgöra vilka nya patienter som bör komma i åtnjutande av legal tilldelning. Man bör göra klart för patientföreningen att någon sådan situation inte kan uppkomma, då dr Åhström är underrättad om och har accepterat att han icke åtar sig ytterligare patienter.

Psykoterapeut

— — — *Av dem som bedriver den öppna vården och av ombudsmannen, som själv är beroende av den,* anses det som självklart att C:s kapacitet i första hand skall utnyttjas för dessa patienter. Jag är inte övertygad om självklarheten i detta resonemang. Såvitt jag förstår bör terapiverksamheten i princip vara tillgänglig för alla som är i behov av den. *Vad annat har vi att erbjuda dem som söker vår hjälp och som vi icke kan erbjuda läkarvård och legal tilldelning?* — — —

Förfrågningar om legal tilldelning

Fortfarande strömmar det till förbundet in förfrågningar om legal tilldelning, främst från personer som skall släppas ut från fängelser och som anser att deras kriminalitet beror på deras missbruk. Vi brukar i dessa fall svara att dr Åhström ålagts att icke ta emot fler patienter och att *frågan skall hänskjutas till medicinalstyrelsen.* — — —

Det skulle bli ett slut på den kritik som från vissa kretsar riktas mot den öppna vården. Jag vill här hänvisa till protokollet från "sammankomst angående narkotikaproblemet, vilket på polismästarens uppdrag anordnades av samordningsgruppen i Medborgarhusets lilla hörsal onsdagen den 25 maj 1966". Enligt detta protokoll yttrade dr Bejerot sid. 5: "... Detta hänger enligt doktor Bejerot samman med den största medicinska skandalen på många år. Medicinalstyrelsen, som till viss del ställt sig bakom denna verksamhet, måste ompröva detta. Bejerot ansåg att Hirschfeldt och doktor Åhström bör bära ansvaret för missförhållandena."

Detta uttalande innebär naturligtvis också att även RFHL i oändlighet kommer att betecknas som ansvarig för allt som händer inom och kring den öppna vården. Det borde därför ligga i RFHL:s intresse att ge stöd och eftertryck åt ett förslag som omedelbart skulle minska denna kritik och överflytta ansvaret för denna vård-

form till medicinalstyrelsen, som ensam kan anses vara kompetent och befogad att besluta i dessa frågor. Likaså bör det ligga i RFHL:s intresse att organisera den öppna vården på ett sådant sätt att den fungerar klanderfritt och att *tvinga alla som är beroende av RFHL:s stöd i denna fråga att underkasta sig* en sådan organisation.

Kommentar: Det var således en höggradigt oorganiserad och närmast kaotisk verksamhet som pågick bakom de stolta PR-kulisserna. Allvarligast är dock den totala förvirringen beträffande behandlingslinjer och den fullständiga bristen på yrkesmässiga insikter i narkomaniproblematiken. Förvirringen skulle om möjligt bli ännu värre.

Den 18 oktober 1966 — en vecka innan Hirschfeldt skulle gå till våldsam offentlig attack mot Engel, sedan denne förklarat att den åhströmska verksamheten misslyckats (s. 321), sammanställer Hirschfeldt en omfattande promemoria inför ett styrelsesammanträde den 20 oktober. Hirschfeldt redogör här ingående för den legala förskrivningen och RFHL:s andel i sammanhanget. Man kan med fördel jämföra denna skildring i klartext med Hirschfeldts publika angrepp på Engel (s. 322) och på mig (s. 325). Vi återger nu in extenso det viktiga dokumentet; kursiveringarna är som tidigare gjorda här.

KOMMENTARER TILL DAGORDNINGSFÖRSLAGET FÖR STYRELSESAMMANTRÄDE I RFHL, TORSDAGEN DEN 20 OKTOBER 1966.

1. *Bildandet av arbetsutskott*

Redan vid tidigare sammanträden har det betecknats som nödvändigt att ett arbetsutskott bildas. Genom socialborgarrådet Sören Carlson har psykologen vid nykterhetsnämnden Paul Franér ställts till RFHL:s förfogande för att ingå i det planerade arbetsutskottet. Ordföranden har erhållit styrelseledamöternas skriftliga tillstånd att bilda ett sådant arbetsutskott med psykologen Franér och styrelseledamöterna Rubenson, Södersten och Westerberg. Det är angeläget att arbetsutskottet nu bildas omedelbart och dess befogenheter fastställs.

2. *Sekreterarfrågan.*

Förbundets sekreterare har inte haft möjligheter att fungera som sådan och önskar lämna sitt uppdrag. Ny sekreterare bör utses.

3. *Kassörens uppgifter.*
Kassören är svåranträffbar och det dagliga arbetet blir starkt lidande av detta. I princip har ordföranden jämväl rätt att teckna postgiro. Det vore därför önskvärt att mindre utbetalningar sker genom ordförandens försorg och bokförs av kassören. Större utbetalningar sker som tidigare genom kassörens försorg.

4. *Tjänstereglemente för anställda.*
Ett tjänstereglemente för de på förbundet anställda måste skyndsamt utarbetas. Personalen är underbemannad. Det är därför nödvändigt att fastställa vad respektive befattningshavare skall kunna hinna med och vad som med hänsyn till situationen måste skjutas på framtiden.
Det blir visserligen arbetsutskottets uppgift att i detalj utarbeta detta, men styrelsen bör ta ställning till viktiga principfrågor i detta sammanhang.

5. *Den ekonomiska situationen.*
Kassören har upprepade gånger uppmanats att framlägga en budget. Det är i dagens läge ytterst oklart hur länge förbundets tillgångar räcker. Det är också ur anslagssynpunkt ytterst viktigt att få denna fråga belyst. Siffror från kassören bör föreligga vid styrelsesammanträdet för att möjliggöra en diskussion.

6. *Ombudsmannen.*
Ombudsmannens roll har belysts i tidigare protokoll och i utförliga bilagor till dessa. Som ytterligare bilaga till denna kallelse medföljer ett brev till ombudsmannen från ordföranden.
Genom ytterligare händelser har situationen förändrats. Ombudsmannen sade upp sig själv den 11/10 dock utan att meddela datum för anställningens upphörande.

Den 12/10 blev ombudsmannen anhållen på Solna polisstation och ordföranden tillkallad genom medicinalstyrelsens försorg. Den 14/10 framkom att ombudsmannen utan RFHL:s hörande ordnat och i Hallandsposten annonserat ut ett opinionsmöte i RFHL:s namn i Halmstad, där RFHL, SSU och Halmstads läroverk angavs som arrangörer.
Motåtgärder vidtogs omedelbart. Bland annat avstängdes ombudsmannen från sin tjänst med omedelbar verkan. Den komplicerade situationen kommer ordföranden att redogöra för och styrelsen har att ta ställning till frågan hur den ekonomiska uppgörelsen med f.d. ombudsmannen skall klaras av med hänsyn till de olika faktorerna.

7. *Den öppna vården med legal förskrivning.*

Den öppna vården har nu i ett halvt år diskuterats inom medicinalstyrelsens narkomanvårdskommitté. Ordföranden kommer att lämna en redogörelse.

Den öppna vårdens framtida målsättning och förhållande till RFHL måste bli föremål för en ingående diskussion.

Trots generellt förbud har patienterna i denna vårdform ökat. I och med ombudsmannens avlägsnande kommer denna verksamhet i en ny fas.

Den tidigare sammanblandningen av RFHL:s allmänna verksamhet och denna speciella verksamhet får under inga förhållanden upprepas. Personalen har klart sagt ifrån att den icke önskar kvarstanna om dr Åhström icke finner fram till en organisationsform som för båda parter är acceptabel.

Här tillkommer att man allmänt frågar sig vad målsättningen har blivit för denna behandlingsform. Det förefaller uppenbart att flertalet patienter på sin fritid, d. v. s. på kvällar och nätter, uppehåller sig i de s. k. kvartarna.

Patienterna själva framhåller att de gör det på grund av sin starka samhörighet med övriga narkomaner.

Givetvis måste deras vistelse där väcka dels avund hos narkomaner som är hänvisade till den illegala marknaden och dels skapa en aversion mot varje annan behandlingsform än den legala. Man måste ju här ta i betraktande att de "legala" narkomanerna sitter där och "pundar med legalt tjack". Skillnaden blir alltså i stort att man har två grupper av narkomaner som båda i stort sett lever ett likadant liv, men där ena gruppen är något kriminellare än den andra.

Med en sådan utveckling förefaller det i det närmaste omöjligt att kunna försvara sig mot verksamhetens kritiker, som hävdar att de legala narkomanerna egentligen inte får någon behandling utan enbart ett recept på en gångbar handelsvara som är guldvaluta i dessa kretsar.

En behandling måste väl gå ut på att skilja dessa kretsar åt och att vänja patienterna vid en normal tillvaro och en normal omgivning.

Under nuvarande omständigheter låter det också parodiskt att man för denna patientgrupp har lånat namnet länkverksamhet. Ordföranden och de anställda i förbundet anser fortfarande att detta namn är förbehållet en verksamhet i drogfri miljö.

Hela detta komplex måste ingående diskuteras och ideologin bak-

om den s. k. legala behandlingsmetoden måste redas ut om behandlingsmetoden, såsom den nu tillämpas, skall kunna påräkna förbundets ideologiska och övriga stöd.

Även inom narkomanvårdskommitténs vårdgrupp har denna verksamhet med s. k. legal förskrivning nu diskuterats i cirka 8 månader. Man närmar sig skrivandet av en slutpromemoria i denna fråga. Även näraliggande vårdfrågor har diskuterats och det är därför angeläget för ordföranden att få veta om hans åsikter i denna fråga överensstämmer med styrelsens åsikter.

En viktig detalj i förskrivningen av narkotika har också kommit till vår kännedom.

Det har varit känt för oss att dr Åhström undertecknar sina recept med S. E. Åhström, leg.läk. RFHL och det finns skäl att diskutera huruvida detta är ändamålsenligt i fortsättningen. RFHL måste ju för alla dem som erhåller ett sådant recept och även dem som tar emot och granskar recept framstå som huvudmannen för denna verksamhet. Styrelsen har dock aldrig fått ta ställning till denna säkerligen ej oviktiga detalj.

Uppenbart är ju att samtliga patienter uppfattar RFHL som den absolut ansvariga huvudmannen för verksamheten och som "sitt" förbund som till enda verksamhet har att tillvarata den legala förskrivningens och dess patienters intressen. Det är därför inte underligt att det varit omöjligt att förklara för dem att RFHL även bedriver annan verksamhet och den "andra" verksamheten är betydligt mera omfattande till sin kvantitet. Det är inte heller underligt att dessa patienter uppfattat RFHL:s koncentration på "annan" verksamhet som ett avståndstagande från den legala förskrivningen som enligt dessa patienter borde vara RFHL:s huvudintresse. *De går ju dagligen omkring med recept som det står RFHL på och uppfattar då naturligtvis dr Åhström och hans verksamhet som den ursprungliga kärnan i RFHL och allt annat som avhopp och förräderi. Detta förklarar deras ständiga påstående att RFHL blivit något helt annat än vad det var från början, tagit avstånd från dem o. s. v.* Varje förklaring från ordförandens och personalens sida om hur det egentligen förhåller sig har aldrig haft någon positiv verkan. Tvärtom så har *detta skickligt utnyttjats av f. d. ombudsmannen som kunnat framställa sig och den förskrivande läkaren som "kärnan" i gamla RFHL och alla andra som potentiella förrädare. F. d. ombudsmannen har på så sätt kunnat bygga upp en bild av sig själv som symbol för den legala förskrivningens existens.* Övriga har framställts som ett hot mot denna. Patienterna

som naturligtvis i första hand värna om sin rätt till legal förskrivning har naturligtvis i ett sådant läge slutit upp kring ombudsmannen. *Han har till slut kunnat göra vad som helst, även sådant som med stor finkänslighet skulle kunna betecknas som lindrig kriminalitet utan att förbundsledningen kunnat ingripa.* Varje ingripande, varje begäran om en förklaring eller varje erinran har avvisats med stor aggressivitet och för "kamraterna" framhållits som ett bevis för förbundsledningens, särskilt ordförandens, önskan att "komma åt" den öppna vården. Resultatet blev ju också att ombudsmannen ordnade ett opinionsmöte i Halmstad utan förbundets hörande, men i förbundets namn. *Han åkte slutligen fast på Solna polisstation höggradigt påtänd tillsammans med en annan patient, ännu mera påtänd, som körkortslös fört ombudsmannens bil. De medförde en väska som innehöll nyss uthämtad veckoranson av sin medicin och också två flaskor morfin från vilka etiketterna var bortrivna. Visserligen kan ett försäljningsuppsåt inte bevisas, men misstanken är stark att de varit ute på ett sådant uppdrag.* I varje fall bör en av förbundet avlönad ombudsman inte utsätta sig för sådana misstankar genom en sådan åtgärd, vars innebörd vid upptäckt torde ha stått helt klar för honom. Detta gav anledning nog till omedelbar avstängning.

Här tillkommer också att *ordföranden oavbrutet varit kallad till olika polisstationer, där man meddelat honom att praktiskt taget samtliga narkomaner som åkt fast på senare tid (med undantag för storlangare) uppgivit att de fått köpa narkotika av f. d. ombudsmannen.* Efter timslånga förklaringar har polisrepresentanterna förstått sammanhanget och kunnat övertygas om RFHL:s svårigheter och allmännytta. Det är sannolikt att dessa turnéer på polisstationer med personliga kontakter kunnat återställa och förbättra relationerna till RFHL. För ordföranden har denna verksamhet dock ur tidssynpunkt i det närmaste varit ruinerande.

Vid ett tillfälle avlade ordföranden och kuratorn ett fyratimmarsbesök på en polisstation i en förstad till Stockholm. Polis och åklagare där bidrog till att ordna en konfrontation med en häktad person som var villig att ge sina synpunkter på RFHL:s verksamhet, som han såg den, och ombudsmannen. För detta vill ordföranden redogöra muntligen. Dock kan tilläggas att synpunkterna om RFHL, dess verksamhet och syften exakt överensstämmer med vad som sagts ovan. *RFHL är den legala verksamheten och ingenting annat och ombudsmannen portalfiguren och garanten. Han uppfattades även som någon slags medicinalstyrelse som i praktiken*

avgjorde vem som skulle få legal tilldelning och vem som icke skulle få det.

Viktigare och allvarligare är att det många gånger hävdats att ombudsmannen på sig har fått förskrivet narkotika som han haft förtroendet från dr Åhström att "låna ut" vid abstinenser o. s. v. Detta har förnekats av dr Åhström. Det har dock konstaterats att ombudsmannen sedan i våras gått upp till en personlig förbrukning av 60 ml amfetamin från tidigare 30 ml per dag. Det är okänt vilka objektiva kriterier det funnits att komma fram till att hans förbrukning för egen del stigit till denna kvantitet. I synnerhet som det starkt hävdats utifrån att ombudsmannen sysslat med försäljning av narkotika, borde mycket starka bevis erfordras för att kunna acceptera en sådan 100%-ig uppgång i dos. Och i varje fall måste ju en sådan uppgång ha inneburit en allvarlig försämring av patientens tillstånd, vilket borde ha lett till en sjukskrivning.

Ur förbundets synpunkt borde det för den behandlande läkaren ha varit klart att det måste varit olämpligt att låta patienten fortsätta sin verksamhet i ett evigt påtänt tillstånd. Underlåtenheten att sjukskriva honom och att göra klart för honom och förbundet att han inte kunnat fungera måste enligt ordförandens åsikt ha varit en oetisk handling mot såväl patienten som förbundet som skadat förbundet, skadat den s. k. legala verksamheten och även skadat patienten.

Lika allvarligt är det att det efter ombudsmannens avlägsnande framkommit att man begärt en handkassa från RFHL för att kunna ta ut de recept som skrivs på RFHL. Med andra ord så skrivs det alltså recept på RFHL för att kunna hjälpa patienter som fått abstinenser, d. v. s. förbrukat sitt 3-dagarsrecept på 2 dagar eller liknande. *Utöver sin egen tilldelning har alltså f. d. ombudsmannen förfogat över ett buffertlager av narkotika skrivet på RFHL!*

Styrelsen bör ta ställning till om en sådan ordning är acceptabel och hur allt detta skall kunna repareras. Någon information till apotek, polis etc. torde vara synnerligen önskvärd.

Det bör tilläggas att narkomanvårdskommitténs vårdgrupp för länge sedan föreskrivit att patienterna skall erhålla dagsrecept som tvingar dem att varje dag hämta ut sin tilldelning. Att hävda att detta skulle bli en belastning på patienterna och på apoteket (som tjänar åtskilliga pengar på denna förskrivning) men *att inte inse vilka fruktansvärda konsekvenser en annan ordning innebär för RFHL,*

efter allt som hänt, torde endast kunna betecknas som sjuk humor om man utgår ifrån att den förskrivande läkaren vet vad han gör (vilket naturligtvis förutsättes).

Denna kanske allt för öppna redovisning kan verka grym och oförsonlig. Ordföranden är dock angelägen om att den inte uppfattas på detta sätt.

Denna redovisning är ett försök att öppet tala om sakernas verkliga tillstånd i syfte att åstadkomma en nödvändig och varaktig förändring.

Redogörelsen är strängt konfidentiell och stencilen kommer att förstöras. Det är angeläget att framhålla att *den öppna vården i dess hittillsvarande utformning med åtföljande totala oordning kanske har befriat några av patienterna från sina lidanden,* men å andra sidan förorsakat de personer som oegennyttigt kämpat för själva saken, ett lidande av betydande mått. Det är därför alldeles nödvändigt att oförbehållsamt tala ut i denna sak för att kunna åstadkomma en nödvändig ändring. Det är ordförandens avsikt att informera styrelseledamöterna, så att dessa kan ta ett gemensamt ansvar för den fortsatta utvecklingen.

8. *Svaret på medicinalstyrelsens enkät.*

Svaret på medicinalstyrelsens enkät borde ha lämnats för två månader sedan.

Svaret har dröjt på grund av att f. d. ombudsmannen inte kunnat lämna något material, men att hopp funnits in i det längsta att sådant ändå fanns.

RFHL:s svar torde vara av största betydelse för att kunna föra fram de önskemål som RFHL önskar att kommittén i sin tur skall ta med i sin P.M. *Svaret avser RFHL:s funktion i en framtida narkomanvård.*

9. *Psykoterapeutens funktion.*

Psykoterapeutens funktion borde diskuteras närmare.

Från kommittén har hävdats att denna funktion endast finns om RFHL kan förvissa sig om *en psykiatrisk konsulent.* Man bortser här från funktionen för dr Åhströms patienter. *Där frågar man sig om en psykoterapi är ändamålsenlig och möjlig att genomföra i samband med legal förskrivning.*

10. *Länkverksamheten.*

Länkverksamheten har genomgått betydande förändringar. Sålunda har en sådan verksamhet skapats för yngre patienter som är avvanda missbrukare.

Från dr Åhströms patienter hävdas fortfarande att någon slags länkverksamhet skulle äga rum där. Det är svårt att se annat än ren patientverksamhet som utövas bland dessa speciella patienter. *Det är därför beklagligt att f. d. ombudsmannen fått en artikel publicerad i Hallandsposten, där det utöver fantasisiffror om det goda resultatet av dr Åhströms verksamhet återfinns lovordande beskrivningar av "knarklänkarnas" verksamhet i Stockholm. Beskrivningarna avser ren patientverksamhet i stark blandning med kvacksalveri och otillåten apotekarverksamhet.*
Förbundet borde omedelbart samla sig kring en definition om vad RFHL avser med länkverksamhet och hur den skall bedrivas samt vad övrig narkomanverksamhet skall kallas.

11. *Den kurativa verksamheten.*
Den kurativa verksamheten är överbelastad. Dr Åhströms patienter behöver enligt narkomanvårdskommitténs uppfattning en omfattande socialpsykiatrisk behandling med intensiv kurativ verksamhet och arbetsvård.
Det är uppenbart att RFHL aldrig kan åstadkomma ett så pretentiöst program som här erfordras.
Styrelsen måste därför ta ställning till i vilka proportioner nuvarande kuratorn skall arbeta för de olika grupperna. *Här bör observeras att de icke-legala narkomanerna som idag uppsöker RFHL är många fler än dr Åhströms patienter, även om de senare uppmärksammas mera och ur alla synpunkter är ungefär tio gånger så arbetsamma.*
Kuratorn är f. n. upptagen från morgon till kväll av icke-legala narkomaner. För en helt ny grupp av hjälpsökande i de allra yngsta åldersklasserna har härvidlag gjorts stora och verkligt positiva insatser. Det är därför ytterst svårt att kunna se hur hon återigen med någon framgång skall kunna ägna sig åt de Åhströmska patienterna utan att övriga hjälpsökande blir allvarligt tillbakasatta.

12. *Lokalfrågan och inredning av lokalerna.*
Lokalerna på två trappor är nu ändamålsenliga och målade på ett sådant sätt att arbetsro och en viss trivsel råder. Inredningsfrågan är dock av ekonomiska skäl ännu olöst. Hyresfrågan har blivit en boll mellan olika myndigheter och för denna kommer ordföranden att redogöra muntligt.
Lokalerna på tre trappor är ännu ej utnyttjade och i det närmaste totalförstörda av narkomaner som där skaffat sig tillträde via taket och upprättat sovkvartar. Trots rensningsaktioner har det varit

svårt att förhindra en sådan utveckling. Om lokalerna skall användas erfordras det bevakning.

13. Ombudsmannens lön bortfaller. I och med detta är det nödvändigt att se till att F:s lön höjs till den summa, som utlovats honom från början. Ordföranden kommer att redogöra för detta. Sjuksköterskefrågan bör tas upp.

14. *Information till medlemmarna.*
En information till medlemmarna borde sändas ut snarast. Tvek-samhet har hittills rått i denna fråga, med hänsyn till de många känsliga principfrågor, som vi vid en sådan information är tvungna att ta ställning till. Tidpunkten är dock mogen att fatta ståndpunkt i dessa frågor och att sända ut en stencilerad mindre informationsskrift.

Kommentar: Tidpunkten var nu mogen att fatta ståndpunkt, konstaterar Frank Hirschfeldt. Sedan den åhströmska verksamheten allt snabbare gick mot sin undergång lämnade lotsarna skyndsamt det sjunkande skeppet och började ivrigt ro från platsen. När man då påpekar att det i själva verket var dessa lotsar som hade lurat ut Åhström på djupt vatten, att de i högsta grad var ansvariga för felnavigeringen vid sidan av de markerade farlederna och att dessa oförvägna skeppsgossar var de som kört skutan i kvav, blir de alldeles ifrån sig och skyller på lotsverket-medicinalstyrelsen, där nya anvisningar nu skyndsamt upprättas. Det skall bli intressant att se hur den gamla haveriplatsen kommer att markeras — med en ordentlig fyr eller med endast en kvastprick som medför risk att mindre försiktiga sjöfarare i dimma kör på det gamla vraket med nya haverier som följd.

Mitt material om Hirschfeldts irrfärder skulle räcka till en omfattande och spännande volym. Han är intressant främst som opinionsbildningsfenomen, och det är närmast ur den synpunkten hans verksamhet bör studeras. Materialet har också deponerats för framtida vetenskaplig forskning med denna inriktning.

Inför det totala sammanbrottet för den narkotikapolitik som Hirschfeldt hade lyckats mobilisera ett folkuppbåd för liksom för att skyla över det socialmedicinska kvacksalverigeschäft som RFHL utövat genomförde Hirschfeldt sommaren 1967 en ny

mobilisering. Denna gång lyckades han förmå ett uppbåd av väl ansedda, betrodda och välvilliga personer att ställa sig till förfogande som styrelseledamöter och därmed som garanter för RFHL och dess verksamhet. Vi skall återge namnen på den mammutstyrelse som lät sig väljas den 19 juni 1967.

Ordförande	
Redaktör Frank Hirschfeldt	Bitr. sekreterare i narkomanvårdskommittén
Vice ordförande:	
Psykolog Paul Franér	Sthlms stads nykterhetsnämnd
Kassör:	
Civilekonom Stig Södersten	Revisor
Sekreterare:	
Fru Gertrud Lindström	
Ledamöter:	
Departementssekreterare Leif Andersson	Statsrådsberedningen, statsministerns sekreterare
Professor Roger Bonnichsen	Statens rättskemiska laboratorium
Direktör Lars Bremberg	Nykterhetsvårdsdirektör
F. generaldirektören Arthur Engel	Ordförande i narkomanvårdskommittén
Professor Lars-Magnus Gunne	Ulleråkers sjukhus, Uppsala
Förbundsordförande Tomas Hammarberg	Folkpartiets ungdomsförbund
Sociolog Kaj Håkanson	Uppsala universitet
Med. dr Gustav Jonsson	Överläkare, Barnbyn, Skå
Hovapotekare Gunnar Krook	Medicinalstyrelsens apoteksbyrå
Socialvårdsinspektör Harald Ljungquist	Nykterhetsnämnden
Advokat Bertil Molle	Praktiserande brottsmålsadvokat
Med. kand. Gabriella Oxenstierna	RFHL:s kontaktverksamhet

Professor Bror Rexed	Generaldirektör
Informationssekreterare	
Hans Sandebring	Högerns ungdomsförbund
Stiftsadjunkt Ingemar Simonsson	Föreståndare, Stiftsgården, Båstad
Undervisningsrådet Olof Storm	Skolöverstyrelsen
Kurator Anna Ma Toll	Ulleråkers sjukhus
Konsulent Ragnar Wennberg	Arbetsmarknadsparternas Nykterhetsråd
Socialsekreterare Åke Westerberg	Stadsmissionen
Organisationssekreterare	
Stig Åhs	Folksam
Dr Sven-Erik Åhström	S:t Eriks sjukhus, Stockholm
Docent Olle Österling	Avdelningsdirektör, Skolöverstyrelsen
Revisorer:	
Aukt. revisor Gösta Björfors	Revisor
Socialassistent Nils Bark	Nykterhetsnämnden
Revisorssuppleant:	
Hovrättsfiskal Ingemar Rexed	Sekreterare i narkomanvårdskommittén

Bakom denna palissad av betrodda personer med fina titlar och inflytelserika positioner hoppades Hirschfeldt kunna ta betäckning om hans verksamhet skulle tas upp till offentlig granskning. Metoden har delvis varit framgångsrik och en rad supporters har aningslöst dragits in och bundits upp av den personliga kontaktens och vänskapens ovidkommande hänsyn. Jag förmodar att åtskilliga av de tre damerna och 23 herrarna (vilken könsdiskriminering!) känner sig utnyttjade och förda bakom ljuset.

Sedan narkomanvårdskommitténs vårdgrupp upplösts har en ny arbetsgrupp i preventionsfrågor tillsatts under ledning av professor Gunnar Inghe och med den från vårdgruppen friställde Hirschfeldt som sekreterare. Ytterligare en nytillkommen styrelseledamot i RFHL, med. kand. Christer Hogstedt, har utnämnts till biträdande sekreterare i narkomanvårdskommittén.

AKTUELL KRIMINALITET OCH PSYKOSOCIALT TILLSTÅND HOS NARKOMANER MED LEGALA NARKOTIKAFÖRSKRIVNINGAR

Bakgrund

En preliminär rapport beträffande patienter tillhörande Åhströms behandlingsgrupp, vilka under tiden april 1965 till och med juni 1966 omhändertagits av polisen i Stockholm, upprättades i slutet av 1966 på begäran av ordföranden i narkomanvårdskommitténs socialmedicinska arbetsgrupp och tillställdes narkomanvårdskommitténs ledamöter den 16 januari 1967. Rapporten offentliggjordes inte av kommittén men omnämndes på ett par rader i kommitténs första delbetänkande: "Av intresse i detta sammanhang är dr Bejerots uppgift beträffande de av dr Åhströms patienter som han har kunnat undersöka vid sin genomgång av polisklientelet; dr Åhströms patienter skulle vara de mest nedgångna av de missbrukare som förekommit där." (SOU 1967: 25, s. 129)

Rapporten publicerades senare i Läkartidningen (nr 36, 1967) och återges här i originalversion förutom en preliminär kodförteckning över de individuella polisomhändertagandena. Dr Åhström framförde ett genmäle i Läkartidningen (nr 37, 1967), och narkomanvårdskommitténs sekreterare Ingemar Rexed grep in i debatten genom att i en kort radiointervju beteckna rapporten som ovetenskaplig. Även Hirschfeldt kom med ett bemötande i Läkartidningen (nr 41, 1967). Åhströms, Rexeds och Hirschfeldts kritik mot den preliminära rapporten bemöttes i en replik som också skall återges här i sin ursprungliga version; på grund av utrymmesbrist fick den förkortas före publiceringen i Läkartidningen (nr 42, 1967).

Preliminär rapport

Under den pågående epidemiologiska och socialmedicinska undersökningen av intravenöst medicinmissbruk bland stockholmspolisens klientel (personer födda 1925 eller senare) har en rad av de narkomaner, som erhållit legala narkotikaförskrivningar av dr S. E. Åhström, varit aktuella hos polisen och därigenom kommit att ingå i undersökningen.

I en förteckning, som på narkomanvårdskommitténs begäran upprättas över av Åhström behandlade narkomaner[1], som fått legala narkotikaförskrivningar, förekommer 97 män födda 1925 eller senare. (För ett par personer saknas födelsedata i förteckningen och dessa fall har inte kunnat granskas i detta sammanhang; detsamma gäller de aktuella kvinnorna, som ännu inte är helt systematiserade i undersökningsmaterialet.) Hela det manliga materialet från undersökningen hos polisen är bearbetat och ordnat för perioden från april 1965, då undersökningen startade, t. o. m. juni 1966.

Av de 97 av Åhström under denna period behandlade männen hade 27 eller 28 % gripits av polisen i Stockholm och införts till de centrala arrestavdelningarna för olika brott och förseelser. De som omhändertagits i annat polisdistrikt än Stockholms eller de som endast införts till någon av de tolv distriktsstationerna i Stockholm ingår inte i undersökningen, varför det redovisade antalet är ett minimivärde. Många polisiära omhändertaganden av narkomaner med legala förskrivningar är kända från Stockholms närmaste granndistrikt och även från landsorten. Därtill kommer att åtskilliga av de aktuella patienterna gripits och införts till de centrala arrestavdelningarna i Stockholm under andra halvåret 1966, men detta material är ännu inte helt bearbetat och ingår således inte i denna redogörelse. Omkring en tredjedel av de manliga narkomaner, som Åhström behandlat, har således under behandlingstiden april 1965—juni 1966 varit aktuella hos polisen för brott eller grövre förseelser.

Många av patienterna har varit intagna på fängelser eller anstalter under vissa perioder av observationstiden och har då inte tillhört riskpopulationen. Andra kan ha avstängts från legala tilldelningar under observationstiden, och en viss del av deras kriminalitet kan ha inträffat efter det de legala tilldelningarna upphört. Då behandlingsavbrott och exakta behandlingsperioder inte redovisats, har riskexpositionen för fall med avbruten behandling inte kunnat fastställas. De flesta behandlingsavbrott torde dock

[1] Listan upptar 130 behandlade personer. Den är dock inte komplett, då flera kända narkomaner med förskrivningar från dr Åhström saknas på listan.

ha förorsakats av illegala överlåtelser och känd kriminalitet, varför denna minoritetsgrupp rimligtvis bör vara hårdare kriminellt belastad under behandlingsperioden än genomsnittet i gruppen. Som ett mått på känd kriminalitet under observationsperioden blir redovisade siffror för låga.

Legal tilldelning av narkotika till låga apotekspriser — eller i ett stort antal fall kostnadsfritt mot medellöshetsintyg — har således inte kunnat förhindra en omfattande kriminalitet. Flertalet av dessa patienter har inte varit i stånd att utföra ordnat arbete under behandlingsperioden utan har gått sjukskrivna av dr Åhström och uppburit sjukpenning och/eller socialhjälp. I vissa fall har det framkommit att dessa sjukskrivningar varat många år. Några allvarliga försök att få patienterna bort från heltidsumgänget i narkomankretsarna tycks inte ha kommit till stånd utan behandlingen har snarare bidragit till att ytterligare kronisera dem i narkomanmiljöerna.

I många fall har Åhströms åtgärder verkat utomordentligt anmärkningsvärda. När exempelvis patient 125 i april 1966 greps på bar gärning vid ett checkbedrägeri, medförde han dels en apoteksbärkasse med en mycket stor kvantitet nyutskrivna och just avhämtade narkotiska preparat (7 injektionsflaskor à 20 ml 1-procentig metadonlösning, 8 flaskor à 10[1]) ml palfium samt 20 ml 3-procentig fenoprominlösning), dels en remiss på svenska (!) från dr Åhström till en engelsk kollega. Remissen hade följande lydelse:

Vederbör. Kollega!
— Lady Frankau eller annan —
NN född den (datum), (yrke), har fått narkotika förskrivet legalt av mig sedan ett år tillbaka. Han har gått ner i doserna och står f. n. på metadon 10—12 ml och palfium 4—5 ml dagligen. Bör helst — brukar säga till om det själv — hämta medikamenter varannan dag eller varje vecka.
Behöver eventuellt ca 50 methedrinal dagligen.
Koll. 28/4—66 S. Åhström Leg. läk.

Patienten förklarade att avsikten med remissen var att använda

[1]) Palfiumflaskorna angavs i originalrapporten genom misstag ha varit på 20 ml.

den som ett introduktionsbrev i England, dit han tänkt bege sig för en längre tid, och checkbedrägeriet skulle finansiera flykten.

Det förtjänar påpekas att de narkomaner som fått legala förskrivningar och av olika anledningar tagits av polisen genomgående varit mera nedgångna än andra av polisen omhändertagna narkomaner utan legal tilldelning. Detta bör rimligtvis bero på att de förstnämnda har kunnat konsumera större kvantiteter under lugnare förhållanden än de andra, som under sin jakt efter medel till narkotika och uppehälle löpt större risk att tas av polisen. Deras missbrukskarriär avbryts därför sannolikt tidigare än de legala narkomanernas, vilket skall illustreras av ett par fallbeskrivningar.

Patient 74. En 24-årig välbegåvad man, som gått ett par år i gymnasiet men avbröt studierna sedan han kommit på glid och börjat missbruka Preludin peroralt vid 16 års ålder. Övergick till injicering två år senare. Vårdad under tre kortare perioder på Långbro 1964. Har en tidig och omfattande kriminalitet (egendomsbrott) bakom sig. Efter att ha avtjänat 18 månader för checkbedrägerier frigavs han från Långholmen i februari 1966. I november greps han återigen för checkbrott, denna gång för förfalskningar i stor omfattning. I samband med detta undersökte jag patienten på anmodan av åklagaren, som fann hans tillstånd anmärkningsvärt dåligt med hänsyn till att "han stod under kontinuerlig läkarbehandling".

Enligt egen uppgift tog patienten snabbt efter utskrivningen kontakt med dr Åhström, som tilldelade patienten önskade mängder av såväl centralstimulantia som morfin. Den senaste tiden har patienten varit uppe i en legalt förskriven dagskonsumtion av 10—15 ml morfin, 20—30 ml 3-procentig amfetaminlösning och 20—40 ml ritalinalösning. Därtill har han ibland dessutom tagit barbiturater.

Patienten är vid undersökningen på arrestavdelningen kl. 13 blek och darrar, han har en puls om 108 i minuten och uppger sig vara frusen. Han ger en förvånansvärt god, öppen och förtroendefull kontakt. Han uppger att han sedan han började gå på legala förskrivningar i februari "inte varit avtänd en enda stund, har pumpat från morgon till kväll och om kvällarna somnat med sprutan i hand". Han har en klar insikt i sin sjukdom och han har själv förstått att han bara blev allt sämre under behandlingen hos dr Åhström, men han kunde inte mobilisera tillräcklig vilje-

styrka för att söka annan vårdform. Han "vill inte anklaga dr Åhström som säkerligen handlar i god tro", men patienten är ytterligt kritisk mot hela den öppna vårdverksamhet som bedrives av dr Åhström och RFHL. Patienten är nu villig att underkasta sig vilken vårdform som helst bara han får hjälp att hållas från narkotikakonsumtion. Själv föreslår han omedelbar häktning och överföring till psykiatriska kliniken på Långholmen för stor sinnesundersökning. Detta överensstämmer helt med min egen bedömning, då han är en av de svårast "nerknarkade" patienter vi sett på kriminalen under flera år.

Samma dag undersöktes en kvinna, som ett halvår sammanbott med patient 74 och som var misstänkt för delaktighet. Följande minnesanteckning gjordes vid undersökningen:

Patient 92. Det är en liten, gracil, mörk 22-årig kvinna med regelbundna drag och intellektuell apparition. Hon är vid undersökningen kl. 16 blek, trött och nedgången och har rikliga stickmärken efter intravenösa injektioner på båda underarmarna. Hon uppträder stillsamt och ger en resignerad men öppen och förtroendefull kontakt.

Patienten uppger att hon började äta bantningstabletter i uppiggande syfte 1962 och tog den första injektionen sommaren 1963. Via syster Tea Åström vid Ungdomsslussen kom hon så småningom i kontakt med dr S. E. Åhström och har sedan april 1966 fått legala förskrivningar av narkotika. Dessförinnan hade hon varit på en längre vårdsejour på narkomansjukhuset i Hov i Land, dit hon kommit in på intervention från dr Hans Curman. Patienten har tidigare vårdats på Karolinska sjukhusets psykiatriska klinik i ett par repriser.

Patientens narkotikakonsumtion har under behandlingstiden hos dr Åhström stigit till enorma kvantiteter. Själv uppger hon att hon den senaste månaden fått 60 tabletter Ritalina, 4—5 tabletter Dextenal, 10 ml ritalinalösning och 20 ml amfetaminlösning per dygn. Därtill har hon supplementerat med Valium och Nembutal periodvis.

Förutom tidigare vårdperioder på sjukhus i Sverige och Norge har patienten enligt egen uppgift gått i psykoterapeutisk behandling under fyra år, sannolikt inom ramen för den psykiska barna- och ungdomsvården.

Patienten betraktar sig som kronisk narkoman och hyser ingen förhoppning om eller vilja till nya terapeutiska försök. Hon har en klart omogen och självdestruktiv inställning till sin narkomani, som hon i någon mån koketterar med. Själv vill hon inte medge brottsligt förfarande eller delaktighet i fästmannens brott utan önskar bli försatt på fri fot och få återvända till sin narkomanmiljö. Hon visar inga tecken på sinnessjukdom av psykotisk natur och hon genomgick förra året stor sinnesundersökning. Om vårdtekniska och lagmässiga grunder funnes skulle man vilja rekommendera en mycket långvarig (årslång) rehabiliteringsbehandling i sluten, drogfri miljö, men detta torde vara orealistiskt f. n. Från narkomansjukhuset i Hov rymde hon efter ett halvår och gick omgående ned sig igen. Man torde få konstatera att med nuvarande juridiska och medicinska resurser kan man inte bjuda patienten någon adekvat vårdform.

Patienten släpptes efter något dygn. Hon vägrade acceptera någon form av sjukhusvård och återvände omedelbart till sin invanda miljö.

Även patienterna 2, 12, 15, 55, 72, 90 och 97 var alla i mycket nedgånget och dåligt skick vid omhändertagandena. Flertalet av övriga gripna narkomaner med legala förskrivningar har kroppsbesiktigats av tjänstgörande sköterska vid arrestavdelningarna, och jag har inte personligen haft tillfälle att undersöka dem i anslutning till införandet.

Ett betydande antal av de narkomaner som erhåller legal tilldelning har utvecklat svåra preludin- och amfetaminpsykoser. Jag har personligen skrivit vårdintyg på ett dussintal av dr Åhströms patienter, och säkerligen har andra läkare tagit hand om ytterligare fall. Då hela Åhström-gruppen är begränsad till ett drygt hundratal patienter är psykoserna, orsakade av överdosering, uppenbarligen kraftigt överrepresenterade i denna patientgrupp jämfört med de bevisligen flera tusen intravenösa missbrukarna utan legal tilldelning. Detta stärker ytterligare intrycket att den rikliga och lättillgängliga tilldelningen i många fall medfört en väsentlig försämring av sjukdomen under behandlingsperioden. Även här skall behandlingssituationen illustreras med ett par fallbeskrivningar.

Patient 42.10. (Denna patient finns inte upptagen på förteckningen

över dr Åhströms patienter men har länge erhållit legala förskrivningar av honom.) — Det är en 24-årig kvinna med utpräglat konstnärliga intressen. Hon har det senaste året fungerat som kommunal fritidsledare. Hon har sedan några år använt Preludin i stora doser och sedan årsskiftet 1965—66 gått hos dr Åhström, vilken givit henne 160 ml 1-procentig fenoprominlösning var fjortonde dag. Hon har därtill börjat använda även andra medel, enligt en nära anhörig möjligen morfin, och gått sjukskriven sedan behandlingen började.

Patienten omhändertogs av polisen på anmodan av grannar, sedan hon blivit helorolig och de anhöriga inte lyckats lugna henne. Vid undersökningen var hon kraftigt ångestladdad, hon kände sig påverkad av hypnos och klagade över att någon monterat in en metallplåt i hennes bröstkorg. Hon hallucinerade starkt för hörseln och stirrade oupphörlig i taket under det hon persevererade: "Vem säger det?" Båda armvecksvenerna svårt märkta av ärr. Ingen sjukdomsinsikt. Hon lades in på vårdattest för sluten psykiatrisk vård.

Diagnos: Amfetaminpsykos.

Patient 81. En 28-årig man, undersökt i mars 1966. Enligt modern har patienten varit intravenös medicinmissbrukare sedan två år tillbaka. Han har under denna tid inte kunnat sköta något arbete. Det senaste året har han gått i behandling hos dr Åhström och fått sina lösningar legalt förskrivna: patienten har besökt läkaren varannan till var tredje vecka. Hela tiden har han varit sjukskriven med undantag för någon kortare period.

Patienten omhändertogs av polisen på anmodan av modern, sedan han länge varit förvirrad och höggradigt störande i bostaden. Enligt modern har han magrat kraftigt det senaste halvåret, "det går inte att få någon mat i honom". Den senaste veckan före undersökningen hade han över huvud taget inte sovit. Han hade blivit alltmera förryckt och börjat leta efter obefintliga människor och bomber överallt i lägenheten, samtidigt som han blivit alltmera spänd, orolig och irritabel. Av och till hade han öppnat fönstren och ropat ut till sina obefintliga förföljare att de skulle lämna honom i fred. Modern hade visserligen tidigare avkrävts löfte att inte underteckna ansökan till Beckomberga sjukhus, men i den uppkomna situationen medverkade hon till intagning.

Vid undersökningen noterades: En ytterligt magerlagd, nästan marastisk ung man (176 cm, 59 kg) med rikliga märken efter

intravenösa injektioner längs båda underarmarnas vener. Han är orienterad till tid och rum men synnerligen orolig. Han kan inte sitta stilla utan är fylld av motorisk småoro och ryckighet med inkoordinerade och slängiga rörelser och grimaserande mimik. Puls 108/minut, ingen tremor, ingen svettning. Patienten bekräftar att han inte sovit den senaste veckan och att han känt sig jagad av bovar med bomber, "men det är väl mest noja förstås, men det vet man ju aldrig riktigt", tillägger han generat. Patienten uppger att han får 20 ml ritalinalösning och 20 ml 3-procentig fenoprominlösning per dygn, och preparaten förskrives vanligen för två eller tre veckor åt gången. Han uppger att "doserna skulle minska, men det har nog varit ungefär samma det senaste halvåret".

Diagnos: Amfetaminpsykos hos svårt nedgången narkoman med legala förskrivningar.

En kopia av vårdattesten tillställdes medicinalstyrelsens narkomanvårdskommitté för kännedom i direkt anslutning till undersökningen i mars 1966. Patienten avvek från sjukhuset efter tio dagar och blev sedermera definitivt utskriven.

Patient 72. En 29-årig man, som enligt anhöriga varit socialt välanpassad till 1963, då han började missbruka Preludin. Efter checkbedrägerier vid tre olika tillfällen blev han i september 1965 frigiven och kom då omedelbart i åtnjutande av legal narkotikatilldelning genom dr Åhström. Han har sedan dess fram till undersökningstillfället ett år senare, den 20 november, inte kommit i gång med något arbete. Får (nov. 1966) 100 tabl. Ritalina och 140 ml amfetaminlösning per vecka, "men med dr Åhströms goda minne ger jag nästan hälften till en kille, som bor hemma hos oss".

Den 2 november 1966 gjorde patienten under ett paranoiskt tillstånd (amfetaminpsykos) ett allvarligt självmordsförsök. Han försökte kasta sig ut från en balkong på nionde våningen men räddades i sista sekunden av en anhörig, som fick tag i ena foten — själv var han helt utanför räcket. Patienten blev inlagd på Långbro sjukhus på vårdattest men lämnade sjukhuset på egen begäran två veckor senare. Han återvände efter sjukhusvistelsen omedelbart till sina narkomankontakter och har kontinuerligt varit kraftigt påverkad fram till den 20 november, då han omhändertogs av polis på anmodan av anhöriga. Han hade blivit helorolig i hemmet, då han inte kunde hitta en hundrakronorssedel, som han

gömt i en bok. Han rev ned familjens bokbestånd och slängde böckerna runt i våningen.

Vid undersökningen någon timme senare var patienten kraftigt påverkad av centralstimulantia — forcerad pratsamhet, slängig motorik och spasmliknande mimik, förhöjd självkänsla etc. Han gav en öppen och god kontakt och bekräftade att han aldrig känt några abstinensbesvär: "Det är bara en vilja att sluta, som skall till, men ärligt talat har jag ännu inte känt att jag vill sluta." Det var omöjligt att motivera honom för förnyad sjukhusvård. Inga paranoida vanföreställningar vid undersökningen, varför vårdbehovet inte ansågs trängande enligt 1929 års sinnessjuklag. Sammanfattningsvis noterades att det var fråga om en svårt narkomaniserad, välbegåvad ung man utan tecken på karaktärsneuros eller kriminell identifiering, vilken på grund av mycket höga amfetamindoser av och till fick psykotiska episoder.

Diagnos: Intermittenta episoder av amfetaminpsykos. (Patienten begick några månader senare självmord.)

Ett flertal sagesmän – såväl patienter som anhöriga – har lämnat förtroliga upplysningar om omfattande preparatöverlåtelser (lån och försäljning) i anslutning till de legala förskrivningarna. Olika former av tjänster och motprestationer har även rapporterats vid dessa överlåtelser, och narkomanerna med legal tilldelning har kommit att utgöra en ny överklass i narkomanmiljöerna.

Det är givetvis omöjligt att uppskatta den smittsamhet som överflödet på narkotika i den s. k. behandlingsgruppen utgjort. Hos följande intravenösa missbrukare, diagnostiserade i den pågående epidemiologiska undersökningen (och alltså inte ingående i behandlingsgruppen), har illegalt överlåtna morfinpreparat kommit till användning: 44 02 10, 46 08 11, 46 01 07 och 47 01 19 (de båda äldre är pojkar, de yngre flickor). I ett par fall har preparatkällan i behandlingsgruppen klart angivits.

Patient 55 tycks under pågående behandling med stora, legalt förskrivna doser amfetaminlösning ha smittats av morfinister i gruppen och efter en tid även själv fått legal morfintilldelning. Han har gått ned sig mycket svårt, tillsammans med en annan narkoman irrat landet runt i stulna bilar och trasslat in sig i en omfattande brottslighet. Såväl hustru som åklagare, försvarsadvokat och domare insåg att den enda möjligheten att bryta den

alarmerande utvecklingen var att låta häkta patienten och överföra honom till rättspsykiatrisk klinik. Hustrun uppger att även patienten själv, trots att han yrkade på frigivning, föreföll avgjort lättad då rätten meddelade sitt beslut.

Förutom vad som ovan relaterats har jag under de snart två år som denna verksamhet pågått genom otaliga kontakter med hundratals narkomaner, anhöriga, socialarbetare, läkare, polismän och advokater fått den bestämda uppfattningen att verksamheten är medicinskt och socialt oförsvarlig, och rapporter i internationell fackpress kring liknande behandlingsförsök i andra länder tyder på att narkotiska preparat inte kan delas ut till epidemiskt smittade narkomaner för självmedicinering utan att nya sekundärfall inträffar.

Över huvud taget är det ytterligt tveksamt om amfetaminister skall behandlas med amfetamin annat än möjligen i enstaka undantagsfall. På samma sätt som alkoholistbehandling inte kan bygga på rabatterad alkoholutskänkning utan måste baseras på försök att motivera den sjuke för totalabstinens torde en framgångsrik narkomanvård få bygga på långvarigt socialpsykiatriskt rehabiliteringsarbete i drogfri miljö. Personligen ställer jag mig dock inte på något sätt avvisande till att man i enstaka fall resignerar, accepterar sjukdomen som kronisk och tillförsäkrar den sjuke en långvarig, kanske livslång narkotikatilldelning under betryggande former. Det är främst gamla morfinister, som kan komma i fråga för kontinuerliga underhållsdoser med peroralt metadon, men en sådan behandling bör oundgängligen skötas av kompetent personal. Medlen bör enligt min uppfattning aldrig utdelas för självmedicinering annat än i enstaka, välutvalda fall av främst iatrogen typ (genom terapeutiska missöden förorsakad narkomani) och möjligen i vissa självetablerade fall (av typen medicinalpersonal). Narkotikautdelning till epidemiskt smittade narkomaner kan rimligtvis inte leda till annat än väsentliga risker för nya sekundärfall bland den sjukes stadigvarande eller tillfälliga kontakter. Dessa risker bör i huvudsak öka i proportion till graden av den sjukes karakterologiska störningar och hans sociala insufficiens liksom till mängden utportionerad narkotika.

Avslutningsvis vill jag föreslå att medicinalstyrelsen låter sammankalla landets samtliga professorer i psykiatri för en överlägg-

ning i narkotikafrågorna. Till en sådan konferens kan med fördel även andra nordiska experter inbjudas. Ju förr en sådan konferens kommer till stånd desto mindre bör riskerna vara för fortsatta terapeutiska misstag.

Kompletterande rapport

När man tar del av dr S. E. Åhströms kommentarer (Läkartidningen nr 37, 1967) till min nio månader gamla rapport till narkomanvårdskommittén om de av polisen av olika anledningar omhändertagna Åhström-patienterna känner man sig som Mark Twain i "En amerikansk valkampanj"; man frågar sig, vad är det för slags verklighet vi lever i?

Detta har ingenting med privatgräl att göra, vilket utomstående kanske kan förledas tro. Redan innan förskrivningsverksamheten inleddes våren 1965 försökte jag stoppa företaget, som från början var dömt att misslyckas på grunder som jag redovisade i Läkartidningen nr 50, 1965. I egenskap av psykiatrisk akutkonsult hos polisen har jag sedan kunnat följa effekterna av verksamheten på närmare håll än någon annan kollega. Avsikten med publiceringen av den av kommittén inte offentliggjorda preliminära rapporten var att framtvinga en redovisning av det tragiska och för narkomanibehandling demoraliserande terapeutiska äventyret och förebygga liknande "försök" i andra länder — vi har tidigare haft analoga projekt i USA och England. Redan har jag fått brev från nordiska kolleger som försökt sig på den "nya" behandlingsmetoden "men jeg synes, den har givet *dårligt* resultat". Denna och andra aspekter på detta problemkomplex har jag diskuterat ingående i Socialmedicinsk tidskrift nr 4 och 7, 1967.

Allmänna identifieringsproblem. Åhström beklagar att jag inte tagit kontakt med honom "för att få de upplysningar som varit nödvändiga" för att mitt arbete "skulle få något som helst vetenskapligt värde". Vid den tidpunkt då min sammanställning gjordes fanns över huvud taget inte någon tillförlitlig vare sig av Åhström eller annan upprättad patientförteckning utan narkomanvårdskommittén hade uppdragit åt några personer att så långt möjligt försöka samla in dessa uppgifter och rekonstruera patient-

stock, behandlingstider, förskrivningsomfång etc. Det var alltså en av flera olika vid denna tidpunkt existerande förteckningar jag fick utgå ifrån. Om någon patient, såsom Åhström uppger, skulle ha medverkat då ifrågavarande lista gjordes upp är obekant men förefaller troligt och torde även ha varit ofrånkomligt i den uppkomna situationen. En liten episod som belyser de förhållanden som rådde kan vara värd att återge.

En av mina socialläkarpatienter sedan många år — en f. d. narkoman — berättade vid ett tillfälle 1966 spontant och i närvaro av sin utomordentligt trovärdiga hustru att en gammal bekant, som de inte sett på några år, oförmodat kom hem till dem i så svårt nedknarkat tillstånd att de först inte kände igen honom. Denna patient (nr 38) medförde hela det åhströmska patient-(förenings?)registret, som han enligt uppgift skulle hjälpa till att renskriva! Makarna berättade att den sjuke öppet demonstrerade kartoteket för dem "och vi blev verkligen förvånade att det fanns så många kända namn där", kommenterade makarna, som ett halvår efter händelsen inte kommit över förvåningen. — Det hör också till saken att den sjuke trugade och ville bjuda sin f. d. missbrukarbroder av sitt rikliga narkotikaförråd.

Under de kaotiska förhållanden som rådde under "försöksverksamheten" med narkotikaförskrivning visste Åhström själv över huvud taget inte vilka som skulle räknas som patienter eller vilka som var hel- eller halvofficiella s. k. "satelliter" som fick narkotika i andra hand etc. Nya "satelliter" tillkom ständigt och gamla upphöjdes till rang och värdighet av patienter.

Varken Åhström, medicinalstyrelsen, narkomanvårdskommittén eller någon annan har tidigare haft en korrekt förteckning över de i förskrivningsverksamheten ingående patienterna, förskrivna medel, mängder, förskrivningsperioder etc., eftersom i vederbörlig ordning förda journaler inte existerade och någon fortlöpande indrivning och granskning av recepten inte företogs av narkomanvårdskommitténs vårdgrupp, som dock formellt ålagts att noggrant följa verksamheten. En fullständig förteckning har nu äntligen kunnat upprättas sedan åklagarmyndigheten med hänsyn till en rad anmärkningsvärda omständigheter samlat in och granskat Åhströms tusentals narkotikarecept 1965—67 med avseende på äktheten.

Den preliminära patientförteckningen, upprättad hösten 1966 under försök att rekonstruera data kring verksamheten, upptog åtta personer, som inte fått narkotika på recept av Åhström. Flertalet av dessa torde dock ha varit "satelliter" (nr 72 delade bevisligen regelbundet med nr 110 etc.). Däremot var Åhströms egen förteckning, som ingivits till medicinalstyrelsen och som skulle utgöra en solid grund för vetenskaplig granskning, helt felaktig beträffande 11 personer, som under 2—7 månader erhållit narkotikaförskrivningar utan att över huvud taget återfinnas på Åhströms lista. Av dessa hade vissa fått betydande narkotikakvantiteter.

Därtill kom att 12 av 38 patienter, som i november 1966 rapporterades ha slutat med narkotika, erhöll förskrivningar såväl denna som föregående och efterföljande månad. En stor del av de övriga hade slutat temporärt — ofta i samband med sjukhusinläggningar eller polisomhändertaganden — och fick senare åter förskrivningar etc.

Speciella identifieringsproblem. En patient var dubbelräknad på den preliminära listan, påpekar Åhström, men vederbörande ingick inte bland mina 27 rapporterade fall. Vilka praktiska svårigheter man stöter på när man skall identifiera Åhström-patienter är dock värt att referera.

Patient 41/10 innehade vid det första av de två tillfällen jag undersökte henne (båda gångerna svårt amfetaminpsykotisk under pågående förskrivningsperiod) narkotika utskriven på en identitet som var felaktig till såväl för- som efternamn och födelsedag. Efternamnet var felaktigt till initial och tre av de fem stavelserna. Endast genom att jag samtidigt hade patienten och hennes medicinflaskor framför mig kunde en dubbelregistrering undvikas. Vid en diskussion på medicinalstyrelsen kring denna och en rad andra komplikationer uppgav Åhström "att man hade väl inte kunnat läsa min handstil på apoteket". Det finns dock klara anvisningar för hur narkotikarecept skall utfärdas för undvikande av sådana missöden.

Narkomani och kriminalitet. Den allvarligaste invändningen mot min rapport är givetvis att iakttagelsen av massiv aktuell krimi-

nalitet i behandlingsgruppen skulle vara felaktig. Jag hade rapporterat att omkring en tredjedel av (de manliga) patienterna (födda 1925 eller senare) hade gripits av polisen under den aktuella perioden.

Åhström påpekar att åtskilliga av dessa (första 27 rapporterade) fall hade omhändertagits före eller efter de individuella förskrivningsperioderna, men den definitiva granskning som nu möjliggjorts visar att 7 av dessa (10) senare greps för brott under sina behandlingsperioder. Osäkerheten beträffande förskrivningsperioderna hade jag uttryckligen reserverat mig för i rapporten. Hela denna problematik uppstod genom att Åhström inte ens hade registrerat de enklaste basdata, varför jag endast kunde redovisa och specificera de olika polisomhändertagandena individuellt och betona klientelets höga aktuella kriminalitet. Under de nio månader som förflöt från det rapporten överlämnades tills den publicerades framförde Åhström inte några anmärkningar mot dessa specificeringar. Som en reaktion på min rapport avgav Åhström dock en lång inlaga till narkomanvårdskommittén (i friserad form publicerad som bilaga i SOU 1967: 25), men inte heller där gjorde Åhström några som helst anmärkningar beträffande den preliminära rapporten. Möjligen förelåg redan då en tyst överenskommelse mellan kommittésekretariatet och Åhström om att min rapport inte skulle offentliggöras och därför heller inte direkt borde bemötas i Åhströms inlaga.

Genom att förskrivningsperioderna nu definitivt kunnat fastställas via receptkontrollen kan en skattning av kriminaliteten (mätt i polisomhändertaganden i Stockholm) göras för vars och ens individuella förskrivningsperiod och aritmetiskt medeltal kan beräknas och refereras till antalet förskrivningsmånader. Däremot kan man ännu inte bedöma den slutliga juridiska utgången av polisingripandena, då exempelvis den i sammanhanget aktuella bedrägeriroteln p. g. a. våldsam arbetsanhopning hösten 1967 ännu inte är klar med utredningarna beträffande 1966 års brott. Innan domar avkunnats och vunnit laga kraft kan det dröja ytterligare långa tidsperioder, år eller mer.

Sammanlagt erhöll 156 patienter narkotikarecept av Åhström under tillsammans 1519 förskrivningsmånader. Av patienterna var 144 födda 1920 eller senare (1446 förskrivningsmånader). Dessa

fall har studerats närmare. Den genomsnittliga förskrivningsperioden omfattar 10,0 månader men blir 11,3 månader, om 18 patienter exkluderas, vilka endast varit aktuella under en månad; huvudparten av dessa har endast fått recept vid ett tillfälle.

Av de 144 personerna födda 1920 eller senare har 48 (33,3 procent) gripits av polisen i Stockholm för brott eller misstänkt brott under sina individuella förskrivningsperioder, som varierat från 1 till 22 månader. Sammanlagt rörde det sig om 80 brottsomhändertaganden eller 0,66 per patientår i gruppen. Därtill kom 14 omhändertaganden för olika förseelser (avviken, förpassning etc.) men dessa berörde även ytterligare fem personer utöver de 48 för brott omhändertagna (tabell 7). Totalt omhändertogs av polisen i Stockholm således 53 (36,8 procent) av samtliga 144 för sammanlagt 94 brott eller förseelser under sina individuella förskrivningsperioder; detta ger 0,78 polisomhändertaganden per patientår i gruppen. Omhändertaganden för brott utanför Stockholm samt omhändertaganden med anledning av amfetaminpsykotiska tillstånd har inte medtagits.

Denna bearbetning har gjorts manuellt ur ett större material som förberedes för ADB. Redovisade siffror över omhändertaganden är minimisiffror och ytterligare minst två patienter kommer med säkerhet att adderas till de 48 för brott omhändertagna (ett fall av bilstöld och ett fall av grovt vållande till annans död). Därtill bör som nämndes i rapporten en rad omhändertaganden utanför Stockholm även beaktas.

Motivering för totalabstinens. Sedan Åhström undrat om jag hänvisar mina alkoholistpatienter till smuggelsprit och lönnbränning — jag bedyrar: det gör jag inte! — beklagar han sig över att det finns kritiker som ”tycks ifrågasätta att jag (Åhström) inte ens skulle försöka motivera mina narkomanpatienter för totalabstinens”.

Formuleringen är Åhströms, men innebörden i min kritik är rätt uppfattad på denna punkt; jag ifrågasätter alltså detta och skall med ett bland otaliga exempel visa varför.

Den i min rapport omnämnda flickan (patient 92) hade efter utomordentliga ansträngningar från några stockholmspsykiatrer beretts vård i Hov i Land. Hon hade vistats där ett halvår i

totalabstinens och hade blivit friskare än någonsin efter narkotikadebuten. Hon fick då se den svenska TV-serien i narkotikafrågan och fann ett sådant behag i Åhströms evangelium att hon omedelbart tog kontakt med en pojkvän i Stockholm vilken på flickans begäran ringde upp Åhström. Denne lovade att förskriva narkotika åt flickan, som omedelbart avvek från sjukhuset sedan hon fått detta besked. Senast jag såg till henne var i ett TV-program (Focus) 1967, då hon föreföll sjukare än någonsin och förklarade för intervjuaren att hon inte hade någon tanke på att försöka komma ur missbruksmiljöerna. Det är många för vilka den åhströmska behandlingen inneburit "hjälp" av detta slag.

RFHL. I min rapport refererade jag att en av de undersökta Åhström-patienterna (nr 72) var "ytterligt kritisk mot hela den öppna vårdverksamhet som bedrives av dr Åhström och RFHL". Detta föranleder en diversionsmanöver från Hirschfeldt, som i Läkartidningen (nr 41, 1967) beskärmar sig över att "förbundet omnämnts i felaktigt sammanhang" och hävdar att RFHL inte haft något med den åhströmska verksamheten att skaffa, vilket i och för sig är ett mycket märkligt uttalande. För att ge sken av officiell tyngd åt sin anmärkning nämner Hirschfeldt att han i januari 1967 — i anslutning till att den preliminära rapporten tillställdes narkomanvårdskommittén — i skrivelse till kommittén "ifrågasatt huruvida ett sådant tillvägagångssätt (att referera en patientbedömning av Åhströms och RFHL:s verksamhet) kan inrymmas under begreppet forskning och huruvida det kan anses som en etiskt försvarbar princip" att referera patientomdömen och uttalanden från min undersökning av poliskliente!et! Eftersom jag endast återgivit att en viss patient var mycket kritisk mot både Åhströms *och* RFHL:s verksamhet (utan att sambandet dem emellan diskuterats) är Frank Hirschfeldts inlägg helt irrelevant och tarvar inte något svar. I och för sig är det dock anmärkningsvärt att Hirschfeldt begär att för honom obehagliga vittnesmål från patienter skall censureras och att uteslutningar skall göras i en till myndighet avgiven originalrapport.

I ett radioeko ("Kulturkvarten") — som slogs upp stort i pressen — anklagade kommittésekreteraren Ingemar Rexed mig för ovetenskaplighet och felaktigheter i patientredogörelserna. När

man sedan får det preciserat till huruvida en patient hade en fot över balkongräcket (som den anhöriga uppgivit för Rexed ett år efter händelsen) eller båda (som hon uppgivit för mig ett par veckor efter intermezzot), om pojken tidigare varit kriminell (vilket man uppgivit för Rexed) eller inte (vilket man förklarat för mig) etc., tar jag även denna kritik med ro samtidigt som jag känner ett visst medlidande med sekreteraren i hans beträngda läge.

Tabell 7. Totala antalet polisomhändertaganden i Stockholm av 144 personer födda 1920 eller senare vilka under tiden mars 1965 —maj 1967 erhållit narkotikaförskrivningar av dr S. E. Åhström; endast omhändertaganden gjorda under de individuella förskrivningsperioderna har medtagits.

A) *Brott (inklusive misstänkt brott)*	
Bedrägeri (därav check-bedrägeri 10)	13
Bilstöld	29
Butiksstöld	1
Främjande av flykt	1
Förfalskning	1
Häleri	4
Inbrott	3
Inbrott i eller stöld ur fordon	5
Narkotikaförordningen	2
Olaga hot	3
Olovligt förfogande	1
Stöld	14
Våld mot tjänsteman	1
Grovt vållande till kroppsskada	2
	80

B) *Förseelser*	
Avviken från anstalt	1
Förverkad villkorlig dom eller inställelse till övervakningsnämnd	6
Domstolsinställelse	1
Förpassning	5
Omhändertagen för inställelse till NN	1
	14

Totalt	
Brott	80
Förseelser	14
Omhändertaganden	94

VITTNESMAL FRAN ANHÖRIGA OCH NÄRSTAENDE

I det föregående har de anhöriga i mycket liten utsträckning kommit till tals, trots att de som regel är betydligt mera tillför-

litliga informationskällor än de sjuka själva, vilka som regel till varje pris har slagit vakt om sin narkotikatilldelning, och de i verksamheten på ett eller annat sätt indragna och ansvariga. Ett stort antal anhöriga har tagit kontakt med mig och rapporterat sina erfarenheter och många har bett mig att på något sätt framföra deras förtvivlan och oro både beträffande verkningarna av en liberal narkotikaförskrivning och beträffande samhällets — som de anhöriga upplever det — ytterst passiva hållning till hela problemkomplexet med det snabbt växande intravenösa medicinmissbruket.

En mor berättar om sin son

Det är en lång historia som det nästan är omöjligt att göra kort. — Efter folkskolan jobbade Lasse nio år vid posten och skötte sig fint. Sedan fick han komma över på det här kvalificerade arbetet han har nu, och han pluggade och slet om kvällarna. Men hans flicka, Yvonne, tog ner honom. De bodde tillsammans med sin lilla baby i ett rum hos oss för de kunde ju inte få tag i någon egen bostad. Yvonne var så ung, bara 17 år, och söt och välvårdad från början, men barnet visade hon aldrig något större intresse för; hon var för omogen. Det blev ingen ordning med vare sig det ena eller det andra. Vi hade så väl kunnat ordna för barnet hos en grannfru, men Yvonne menade att hon ändå inte skulle orka arbeta. Hon låg till sängs halva dagarna och rökte och läste veckotidningar och var uppe halva nätterna i stället. Och inte åt hon ordentligt heller utan började magra förskräckligt. Men jag begrep ju inte då att det var något galet med jäntan. Så blev jag sjukskriven ett slag och gick hemma. Då blev hon plötsligt så elak mot mig så det var inte klokt; jag kände knappast igen henne. Senare fick jag av grannarna höra att hon ofta hade haft besök av olika karlar om dagarna när Lasse och jag hade varit på jobbet. Efteråt så förstår jag ju att min sjukskrivning hade kommit att störa hennes tillvaro på ett allvarligt sätt.

Lasse började också bli allt mera nervös och olik sig, och ofta kom han ut från deras rum med tårarna i ögonen. Han förklarade litet dunkelt för mig att "Yvonne är inte riktigt frisk", men jag anade fortfarande ingenting. Jag förstod i alla fall att det här inte skulle gå bra i längden. Vad som verkligen kom att oroa mig var att de började smyga sig ut om nätterna sedan de trodde jag hade somnat. Jag hörde när de gick och låg vaken tills de brukade kom-

ma hem några timmar innan Lasse skulle till jobbet. Det var ett fasligt tissel och tassel, och det var ju inte svårt att förstå att det var något galet på gång. Så jag tog en dag och frågade dem rakt ut om de var ute på stöldräder om nätterna eller vad de hade för sig. Då flyttade de omedelbart hemifrån till en kall kolonistuga med lilla ungen, men som tur var fick de egen våning redan efter några veckor, för det var ju nästan vinter. Jag trodde att det kanske skulle ordna upp sig för ungdomarna nu, men i stället gick det alldeles galet. Ett par veckor efter deras inflyttning i den nya våningen tog jag och min syster och åkte ut för att hälsa på dem. Det var en söndag, tror jag.

Det var en fruktansvärd syn som mötte oss. Det mesta av bohaget var sönderslaget, Yvonne gick omkring som i trance och lillungen kröp omkring bland en massa glasskärvor. Yvonne berättade att Lasse "hade blivit heltokig" och slagit sönder möblerna och han hade just blivit intagen på Ulleråker genom polisens försorg. Jag var som stum och förstenad. Yvonne själv verkade oberörd på ett konstigt och onaturligt sätt och menade att "det nog skulle ordna upp sig".

På Ulleråker fick jag sedan veta vad som verkligen hade hänt och vad som låg bakom ungdomarnas trassligheter. Yvonne hade tagit injektioner av Preludin och andra sorters knark sedan hon var 15 år, och det var det som Lasse hade försökt säga då han hade antytt att Yvonne inte var riktigt frisk. Så hade hon lurat honom att börja också, det var då det började gå snabbt utför för dem. Det var då de måste ge sig ut på nattliga eskapader. Att Lasse hade slagit sönder möblemanget hade berott på att de tillsammans hade köpt knark för 800 kronor, men Yvonne hade gömt undan det för att ha det själv.

På Ulleråker trodde läkarna att det skulle gå bra för Lasse "för han har ju hem, hustru, barn och arbete att komma tillbaka till och dessutom en stabil mamma och så lyckligt lottade är inte många i vårt klientel". Senare fick jag veta att Yvonne rumlat runt i knarkarkvartar när Lasse låg på sjukhuset. Och han hann inte mer än hem förrän det var färdigt igen och de började spruta tillsammans. En gång berättade Lasse gråtande att han t. o. m. själv kommit på Yvonne när hon låg med en annan knarkare för att få en spruta. Men han var fäst vid henne och förlät henne alltid.

Sedan blev det en massa trassel med barnavårdsnämnden och ungdomarna hade förlorat sin våning. Då tog en bekant till mig kontakt med RFHL för att ordna hjälp, och sen blev det om

möjligt ännu tokigare. Ungdomarna hade flyttat hem till oss ett slag igen. Vi fick kontakt med RFHL:s ombudsman som per telefon gjorde ett mycket förtroendeingivande intryck och höll en lång predikan om hur man skulle hjälpa narkomaner på bästa sätt. Ombudsmannen tog sedan kontakt med Lasse, och en kväll kom de hem till oss vid 23-tiden. Ombudsmannen bad genast få låna telefonen och ringde till sin fästmö och sa att han stod på en bilverkstad och att det nog skulle dröja några timmar. Det var ju en klar lögn.

Sedan plockade han fram sprutor och mätte upp åt sig och åt Lasse, men Lasse var själv inte "legal". Ombudsmannen skröt med att han varit narkoman sedan 1946 och att han tog doser som omedelbart skulle döda en vanlig människa; det Lasse tålde var ju ingenting. De var kvar tillsammans hos oss till fyra-fem-tiden på morgonen men höll sig tysta och lugna.

Skärtorsdagen 1966 var det besvärligt med Lasse, som var alldeles nerknarkad och inte kunde sova. Från RFHL hade vi blivit lovade att få akuthjälp, men det dröjde mer än halva dagen innan någon kom. Slutligen kom min gamle bekant, som varit kontaktmannen till RFHL från början — han brukade hjälpa till där frivilligt ibland — tillsammans med en doktor, som jag senare fick veta bara var medicine kandidat. Kontaktmannen skröt väldeliga över denna doktor som åkte omkring dygnet runt och hjälpte sjuka narkomaner med sprutor.

Lasse hade i förtvivlan satt i sig ett halvdussin sömntabletter och försvunnit ut just innan herrarna kom så de träffade honom aldrig. Så småningom skrev "doktorn" ut ett sjukkassekvitto på 104 kronor för besöket, men den andre RFHL-mannen tog i sista stund hand om kvittot för att jag "skulle slippa besväret att gå till sjukkassan". Någon återbäring har jag sedan aldrig sett till, och det framkom ju efter polisanmälan att den där "doktorn" inte hade rätt att skriva ut sjukkasseintyg. Jag gick ju också upp till medicinalstyrelsen och berättade om hur det låg till med RFHL:s hjälpverksamhet bland narkomanerna, och de höga herrarna blev verkligen bekymrade.

Sedan blev det ett väldigt bråk om vårt barnbarn, som jag skött så länge och som var så fäst vid mig. RFHL:s kurator tog en mycket aktiv del i detta, och en gång skrek hon i telefonen åt mig att jag "skulle verkligen få sona att jag talat illa om RFHL"; de visste ju att jag varit uppe på medicinalstyrelsen. Nu försökte man såra mig genom att på alla sätt ordna så att RFHL-mannen

och hans hustru, min gamle bekant alltså som först hjälpte oss med kontakten, skulle ta hand om mitt barnbarn. Det blev ju också så för en tid, innan jag lyckades genomdriva en ändring. Ja, det var en sorglig soppa, men till slut lyckades jag få över barnet i ett hem som jag har förtroende för.

Det är så mycket som stinker i den här historien så det är inte klokt. Det var t. ex. inte bara ombudsmannen som visade ett intensivt intresse för Yvonne när Lasse var borta utan också andra inom "rörelsen". Yvonne var ju aldrig "legal" själv utan hon fick sitt knark "bakvägen". Hon och många andra var ju alldeles utlämnade åt dessa kvacksalvare, jag kan inte bättre säga.

En hustru berättar om sin man

Berättelsen om min mans bakgrund och narkomani skall jag försöka göra koncentrerad. Han tycks ha varit sjuk en hel del som barn (bl. a. hjärnhinneinflammation) och skickades vid dessa tillfällen bort till olika barnpensionat "för att gödas". Skolsvårigheter uppstod från början då han var ordblind. Efter många om och men lyckades han dock ta en ingenjörsexamen vid Viggbyholmsskolan. Han var då 23 år och hade under de sista åren på skolan använt en hel del narkotika och deltagit livligt i "högrestånds"-partyn i Djursholm.

Efter skolgången hjälpte min man sin styvfar i dennes rörelse men råkade efter en tid ut för ett olycksfall och gick sysslolös en tid. Han sökte sig då till vänner med kontakter i konstnärskretsar och började använda narkotika på allvar. Till slut begick han brott (receptförfalskning m. m.) och blev straffriförklarad. I stort visste jag om allt detta då vi gifte oss 1961.

Allt gick ganska väl de första åren, och jag betecknar äktenskapet som mycket lyckligt. Under årens lopp har min man visserligen haft några kortare återfall men repat sig snabbt. En gång fick han en period då vårt första barn dog några dagar efter födelsen, andra gånger har de korta återfallen förorsakats av att han stött ihop med någon gammal knarkkamrat som frestat och bjudit. Men under hela vårt äktenskap fram till 1965 arbetade han i affärsvärlden och var mycket duktig, och han vidareutbildade sig i merkantila ämnen.

Våren 1965 drabbades det företag han då arbetade i av en svår motgång och min man skymtade en dag i pressen. Nästa dag uppsöktes han av en gammal knarkarkompis från Viggbyholmstiden

och denne bjöd på Preludin. Sedan dess har det snabbt gått utför. Uppenbarligen började min make omedelbart med intravenösa injektioner för i maj fick han gulsot. Han vårdades i hemmet men försvann varje vecka flera gånger ut på stan, 8—12 timmar åt gången, och det betydde alltid knark.

I september 1965 uppsöktes min man av ett par gamla knarkarkompisar som sade sig representera det nystartade RFHL och lovade att försöka hjälpa honom att få legal narkotikatilldelning. Jag ställde mig mycket skeptisk till detta men kunde inte göra mycket åt saken.

Min man fick omedelbart legal tilldelning. Nu ändrade han — och hans mor — helt inställning till narkotikan. Nu kunde den öppet föras in i hemmet tillsammans med sprutor och spetsar. Narkotikan skulle nu betraktas som medicin, ordinerad av läkare och nödvändig för att patienten skulle fungera. Ordet "fungera" har jag sedan hört till leda, men aldrig förstått meningen med. Det tycks varken innebära att försörja sig själv eller andra eller att äta och sova på bestämda tider. Det betyder definitivt inte att kunna sköta ett arbete. Sömn i sängen förekom sällan utan i stället somnade min man där han satt, för det mesta med en brinnande cigarrett i handen; Preludin och Ritalina innebär för min man även 60 cigarretter per dag.

Förutom mitt heltidsarbete hade jag även hemmet att sköta; min man hjälpte inte ens till att bädda sin säng. Ekonomiskt började det knaka och jag fick ibland inte ens något bidrag till hushållskassan från hans sjukkassepengar.

Så småningom var min man så nerknarkad att han inte orkade längre utan själv förstod att han måste komma in på sjukhus. Han togs in på Långbro och skrevs ut i januari 1966 efter sex veckors vård. Han var nu återigen avgiftad och i god form men fick av för mig oförklarlig anledning ett recept om 300 Ritalina-tabletter med sig från sjukhuset. Enligt min make hade läkaren på Långbro sagt att han fick denna förskrivning för att kunna "fungera på toppnivå" på en kurs som arbetsvården ordnat. Dessa 300 Ritalina tog slut på fyra dygn. Läkaren på Långbro vägrade då att skriva ut mera utan hänvisade till dr Åhström, som i fortsättningen gav min man legal tilldelning.

Vid påsktiden 1966 blev min make avstängd från omskolningskursen p. g. a. att han hade en mycket hög frånvaro. Han hade samtidigt börjat använda morfin, som han fick av en annan legal narkoman. Han gjorde under denna tid endast sporadiska besök i

hemmet för att bada och byta kläder. Min man hade alltid nya kläder; en vecka kom han hem med 24 vita skjortor och 8 tröjor, vilka han säkerligen inte haft pengar att köpa. — Han började nu syssla med bilaffärer, reparera och köra. Han har aldrig haft körkort och lider av en avsevärd synnedsättning. Min make påstod att legal narkotikatilldelning innebar att man inte kunde ställas till ansvar för rattfylleri. Jag frågade dr Åhström som undvek att direkt besvara frågan utan i stället hänvisade till att man först måste ha körkort. Då jag sett min makes vingliga färder ställde jag samma fråga till medicinalrådet Frostner, som uppgav att frågan måste avgöras från fall till fall.

I september 1966 reste jag ned till Skåne för att hälsa på en gammal bekant till familjen. Min man skulle ha varit med men kom inte till tåget utan åkte bil och blev flera gånger stoppad för olovlig körning. Ingenstans togs dock blodprov eftersom narkotikan i bilen var ordinerad av läkare! Besöket hos våra bekanta blev inte lyckat då min make började snatta i våra vänners butik. Han började också skriva ut falska checker eller checker utan täckning. I november kom två kriminalare för att hämta honom till förhör om bedrägerierna. Min man kunde med svårighet ta sig ur sängen och fick lov att gå in i badrummet och ta en spruta. Han tog 12 ml tvåprocentig morfin och föll medvetslös ut genom badrumsdörren. Via S:t Eriks sjukhus och vårdintyg blev han återinlagd på Långbro. Efter en vecka fick han gå ut ensam i parken, och från den promenaden återvände han inte till avdelningen.

I januari 1967 togs han på bar gärning då han höll på att falsk-skylta en bil. Han häktades och det begärdes stor sinnesundersökning. Jag ringde dr Åhström som sade sig inte vara förvånad eftersom "det ju hade varit ett hopplöst fall från början och ingenting att göra åt"! På rättspsykiatriska kliniken kryade min make på sig mycket snabbt och det gick åter att föra ordnade samtal med honom. Vi diskuterade allvarligt igenom situationen och en eventuell skilsmässa, men vi kom överens om att försöka kämpa vidare. Jag avkrävde inte min make något absolut löfte att avhålla sig från narkotika, utan jag räknade med att kunna orka med tillfälliga återfall. Däremot var vi båda helt överens om att legal tilldelning aldrig mer skulle få förekomma.

Jag har gjort den erfarenheten att den legala narkotikan verkar på samma sätt som den illegala men med några undantag: den tar helt bort varje motivering för att sluta; den tillföres den sjuke i större kvantiteter och utan avbrott; den medför *ständig* om-

dömeslöshet; genom att narkotikaförskrivningen samlar alla med detta enda intresse förhindrar den helt kontakter med giftfri miljö. I mars 1966 sammanställde jag på begäran av professor C. H. Alström en utförlig redogörelse för min makes sjukdom och den "behandling" han fått. Den redogörelsen tillställdes generaldirektör Engel, så jag anser mig ha gjort vad som stått att göra för att påkalla uppmärksamhet från ansvarigt håll.

Den 25 maj 1967 kom min man hem från den rättspsykiatriska undersökningen och den 7 juni började han arbeta. Mycket snart kom han återigen i kontakt med några av de gamla kamraterna bland de s. k. legala narkomanerna och blev erbjuden att få gå som "satellit" eller få hjälp att bli återupptagen bland de "legala". Till en början tackade han bestämt nej, men den 11 juni tände han på med amfetamin, som han blivit bjuden på. Sedan gick det bra till den 20 juni, då han försvann hemifrån ett dygn. Efter midsommar slutade min man komma hem från arbetet och var påverkad vid de få tillfällen han kom hem för att byta kläder. Ännu så länge passade han dock sina arbetstider. Den 3 juli larmade jag skyddskonsulenten som inte ansåg faran vara överhängande "eftersom mannen fortfarande arbetade". Rådhusrättens dom innefattade skyddstillsyn och öppen psykiatrisk vård; domaren uppmanade honom uttryckligen att avhålla sig från narkotika och att inte umgås med sina gamla vänner bland de s. k. legala narkomanerna. Den 6 juli 1967 blev min man åter registrerad som "legal" och fick en dagstilldelning av 5 ml metadon och 20 ml amfetamin. Två dagar senare togs han för olovlig körning i Stockholm och har därefter gått sjukskriven och trasslat in sig i hopplösa bil- och båtaffärer och snabbt återigen blivit allt sjukare.

Nu räknar jag med att äktenskapsskillnad är ofrånkomlig: jag tror inte att min man längre kan förmås att återanpassa sig till ett normalt liv och jag är rädd att få hemmet barskrapat och ruinerat igen. Jag tror inte jag ännu en gång orkar att reparera upp allt med arbete på lediga dagar osv. När det varit som värst har jag många gånger fått lägga mig att sova hungrig då barnen kunnat äta i skolan och på daghemmet men jag själv inte haft pengar att köpa mat för.

Jag har skrivit till övervakningsnämnden och bett dem vidta åtgärder så att min man inte ytterligare förstör sin hälsa och så att han förhindras att begå nya brott. Eftersom jag inte hört något från nämnden har jag själv ringt upp och talat i telefon med en

förstående dam som förklarat att det är mycket svårt att göra något eftersom narkotikamissbruket kommer i en helt annan dager då tilldelningen blivit ordinerad av läkare. Jag har nu i snart två år kämpat för att komma någon vart med den legala narkotikaförskrivningen som jag sett ödelägga vårt äktenskap, men nu orkar jag inte längre. Jag är övertygad om att de ansvariga myndigheterna aldrig satt sig in i frågan på ett riktigt sätt.

En flicka berättar om sin pojkvän

Innan jag träffade Bill var mina föreställningar om narkotika och narkomaner baserade på vad jag fått i mig genom deckarfilmer och TV — internationella ligor, utpressning etc. Vid den här tiden (1964) kände jag en grupp människor som skulle kunna betecknas som intellektuellt inriktade ungdomar från arbetarklass- och lägre medelklassmiljö, men en och annan akademiker förekom också i dessa kretsar. Deras intresse var tillvaron i sig själv, och som människor var de mycket förstående, vänliga och känsliga. De kunde inte slå sig till ro som andra människor, och de hoppades alla finna någon inkomstbringande verksamhet innan de skaffade sig hustru och barn, men på det hela taget var de inte särskilt framgångsrika. I de här kretsarna hade alla för kortare eller längre perioder prövat knark av ett eller annat slag, och två eller tre av dem blev senare narkomaner.

Det var i den här miljön jag träffade Bill. Han var missnöjd med att han inte hade en stabil familjebakgrund och en rejäl, formell utbildning. Han kunde inte tänka sig att ha stadigt sällskap — han stod inte ut med flickor. Han och jag kom emellertid att tycka om varandra mycket och höll ihop ett år i ett ganska problematiskt förhållande.

Bill hade tidigare varit i London för att hälsa på bekanta, men jag förstår efteråt att tillgången på heroin och kokain där utan tvekan hade varit den viktigaste anledningen till hans Englandsresa. Han besökte Lady Frankau, som hade ett timslångt samtal med honom och gav honom vad hon och han trodde han behövde. Dessa drogromantiker är praktiskt taget aldrig intresserade av vad läkaren har att säga utan de sitter och lyssnar bara därför att de är tvungna. Först visste jag ingenting alls om Bills narkotikamissbruk, inte förrän jag en dag kom på honom med att han höll på att lösa upp några herointabletter i en sked på spisen. (En inte oviktig sida av saken visade sig sedan ritualen med dessa grejor

vara — narkomanens utensilier för injektionerna liksom den heliga lilla asken där alla grejorna förvaras.)

Bill hade hållit på att sälja hasch i Stockholm sedan han var 14 år och visste, som alla gör i de här kretsarna, en hel del om olika preparat och deras verkningar. Han hade prövat på praktiskt taget alla sorter under resor i Nordafrika och Orienten; Istambul och Marocko hade varit huvudstationer på dessa färder. Han berättade för mig att han tidigare haft en kortare period av intensivt opiatberoende (möjligen fysiskt men troligen enbart psykiskt), och vid ett tillfälle hade han också tagit ett kraftigt meskalinarus. Det är "inne" i dessa kretsar att av en eller annan anledning ha varit tokig ett slag, och med hjälp av vissa preparat går det bra! (Jag tog själv vid ett tillfälle Preludin i upprepade doser under två dygn. Under ett par timmar — tills jag vågade berätta det för de andra — trodde jag att jag hade blivit sinnessjuk. Jag kände inte igen mig själv i spegeln och fick fullt utvecklad förföljelsemani. Jag trodde att de andra planerade att låsa in mig medan de i själva verket diskuterade mitt tillstånd och försökte förklara för mig varför jag hade blivit nojig.)

Tre månader senare flyttade Bill och jag ihop. Han gick till skolan, skötte studierna regelbundet och deltog i många olika verksamhetsgrenar i och kring skolan men han hade svårt att koncentrera sig. Han var otålig och önskade egentligen resultat utan arbete. Under den här tiden verkade han glad och lycklig även om han ibland pratade om sin förtvivlan. Han rökte hasch en smula och någon gång tog han för mycket (ungefär som folk som tar sig en drink ibland men endast blir berusade i samband med större skivor).

Bill tog gärna morfin om han kunde få tag i det. Ibland kom det bekanta och hälsade på oss, och de kunde ta en injektion men var troligen inte morfinister eftersom de flesta brukade kräkas efter injektionerna. De var inte särskilt noga med hygienen utan använde samma sprutor och spetsar trots att flera av dem nyligen hade haft gulsot. När de tog en "sil" brukade de dra in blod i sprutan för att se att de kommit in i venen. Aldrig såg jag någon sterilisera några sprutor; man bara spolade dem under kranen. Själva ansåg de sig för övrigt veta hur man botar sjukdom som förorsakas av orena sprutor, "kanylsot" och sådant.

I april 1965 blev det plötsligt möjligt att få narkotika legalt, och ryktet spred sig snabbt. Bill sa att han skulle gå och skaffa litet, och han sökte upp dr Åhström vid S:t Eriks sjukhus. Dr Åhström

berättade för honom att de skulle försöka krossa svartabörsen, och om Bill behövde mer än han hade fått skulle han komma tillbaka men inte köpa svart. Bill fick betydligt mer än han behövde — omkring 5 eller 6 flaskor morfin för en vecka tror jag, dvs i praktiken två för honom själv och fyra till försäljning. Det blev tydligen mycket vanligt att de försökte få stora förskrivningar med syfte att sälja det mesta utom vad de själva behövde. Men det fortsätter aldrig länge för snart behöver de allt själva och mer därtill. Å andra sidan är de nästan alltid i behov av att sälja för pengarnas skull, eftersom de som regel inte kan arbeta på vanligt sätt men måste existera. En del fortsätter länge utan att bli riktiga narkomaner själva, och de blir de mest framgångsrika försäljarna, men till sist tycks det alltid gå galet för dem också.

Somliga kan ta narkotika ganska länge utan att öka doserna alltför mycket eller åtminstone ha en viss kontroll över situationen. Bill ökade dock sina doser mycket snabbt och fick större tilldelning med kortare intervaller.

Sedan reste Bill och jag till London, men innan han gav sig iväg fick han en sista förskrivning av Åhström; Bill sa att han tänkte sluta. Det var också hans mening, men när förrådet började sina (han delade med sig och började bli missnöjd med det) gick han till Lady Frankau igen. Mig föreföll det ytterst märkligt att läkare kunde skriva ut narkotika till patienter, som de inte kände närmare liksom att de inte gjorde några utredningar och undersökningar för att utröna graden av narkomani eller psykisk rubbning innan de skrev ut narkotika och inte ens kunde utröna om patienten verkligen var riktig narkoman.

Bills tillstånd blev ohållbart och han reste hem men lovade att han skulle ha slutat med knark tills jag kom hem en månad senare. När jag kom var han sjukare än någonsin. Han tog morfin och Preludin i stora doser och var fullständigt galen. Jag sa åt honom att jag måste gå ifrån honom om han inte slutade. En morgon fattade han sitt beslut, och det tog två dygn innan de fysiska abstinensbesvären satte in på allvar. Han låg till sängs en vecka och en läkare från Långbro (dr Åhström var bortrest) kom varje dag och gav honom lugnande medicin och sömnmedel. Trots detta var han väldigt dålig och längtade hela tiden desperat efter morfin.

När det hela var över kände han en stor lättnad och befrielse men han var väldigt trött. En annan kamrat, Pelle, kom till oss för att lägga av med knarket han också (han fick inte särskilt

svåra abstinensbesvär utan det gick fint). Sedan kom Olle också i samma veva för att lägga av, så vi hade det nästan som sjukstuga hemma ett slag. Långbroläkaren besökte oss då och då för att se till att pojkarna kryade på sig — och de föreföll må ganska bra även om de klagade en hel del över olika besvär. De sade åt läkaren att de ville ha Preludin och det fick de (jag är övertygad om att det egentligen var mot hans övertygelse). De sa att de ville känna sig aktiva, men han rådde dem att vila. Men grabbarna känner sina läkare och vet hur de skall dra det längsta strået. Nu började de tända på med Preludin i stället och blev allt sjukare. Bill sa att han skulle sluta snart. De andra grabbarna reste hem för att Bill skulle få vila innan han skulle återgå till skolan, men han orkade inte ta itu med eftersläpande kurser och kände att han inte vågade gå tillbaka till skolan. Pengarna tog slut och Bill började sälja vad vi hade — bilen, bandspelaren osv tills det inte längre fanns något att sälja.

Jag tog ett halvtidsjobb och Bill stannade som regel i sängen hela dagarna. Jag tänkte att han väl skulle krya på sig så småningom men jag förstod att det skulle ta tid. Han tyckte inte om att vara ensam hemma och brukade varje dag ringa till jobbet och fråga när jag skulle komma hem. Men när jag kom hem brukade han somna, och det var nästan omöjligt att få honom att äta. Han tog inte så mycket medikamenter nu men blev allt mera apatisk och deprimerad. Så småningom slutade han att knarka hemma, men reste i stället in till stan då och då — först varannan vecka, senare var tredje vecka — för att tända på tillsammans med kompisarna. När han kom hem brukade han vara fullständigt uttröttad och sov sedan några dygn. Kuratorn sa det var på tiden att han började tjäna litet pengar, och jag tyckte också att han borde komma ut och börja med någonting. Efter mycket besvär fick han ett jobb och trivdes med det. Han började skratta igen (jag har aldrig sett en narkoman som haft ett riktigt äkta skratt) och vi hade det gott tillsammans. Snön började komma och Bill tyckte om att skoja i snön. Men det varade inte länge. Han började arbeta allt senare om kvällarna; så visade det sig att Bill fick veta att en grabb på jobbet åt preludintabletter. Naturligtvis skulle Bill visa honom hur de stora grabbarna gjorde!

Vid den här tiden visade man TV-serien i narkotikafrågan. Det var väldigt sensationellt och gjorde mer skada än nytta. Särskilt allvarlig tycks serien ha blivit för gamla narkomaner som lagt av. En f. d. narkoman ringde oss och frågade om vi hade Preludin

hemma. Jag sa att vi inte hade det och frågade varför han ville ha Preludin, när han hade slutat knarka. Han berättade då att TV-filmerna hade fått honom att börja längta efter knark igen.

En helg kom Pelle ut med några vänner. Pelle var "legal" och fruktansvärt nerknarkad och uppträdde som en mindre diktator. Han introducerade Ritalina hos oss och Bill blev omedelbart förälskad i preparatet.

Efter en hel del hit och dit flyttade Bill över till Pelles våning — Bill hade då varit påtänd tre veckor i sträck, men det var bara början. De hade nu de värsta knarkorgier jag någonsin sett. De gjorde av med två veckors Ritalina-förskrivning på två dagar och tog nogsamt vara på alla tomflaskor som de hängde upp i plastpåsar i taket. Bill blev allt galnare och kände knappast igen mig när jag kom på besök. Han satt och mumlade för sig själv och pratade med sprutan, som han alltid hade i närheten, smekte den osv. Han tog enorma doser en gång i halvtimmen. Jag bad Pelle att han skulle sluta att ge Bill knark, men han sa att läkaren kände till det och hade sagt att det var bra att grabbarna kämpade sig igenom sina problem den här vägen. Jag kan inte tro att detta var sant, men det var vad Pelle sa. Behandlingsteorin var tydligen att patienterna skulle bli så sjuka på knark att de skulle tröttna på det sättet. Det kanske kan ha hjälpt andra men Bill hjälpte det inte. Han var ångestfylld och hela tiden fruktansvärt rädd för att dö. Han såg fram emot ålderdomen med hopp om att då ha problemen bakom sig.

När narkotikaförrådet tog slut brukade pojkarna ringa till doktorn, oavsett vilken tid det var på dygnet, och han arrangerade ett sammanträffande eller ordnade så att någon annan narkoman kom över med det. När pojkarna hämtade ut preparaten brukade de gå in i närmaste portgång eller toalett för att ta en injektion.

Vid jultiden (1965) hade jag fått nog. Jag var orolig och olycklig, och Bill och jag kunde inte dra jämnt. Alla jag kände var nu på toppen av knarkande och i dåligt skick. Jag ställde in mig på att flytta definitivt. Den kvällen jag skulle resa hade Bill tagit stora doser och han blev så paranoid att han grät som ett barn. Han sa att han trodde att kamraterna skulle komma och döda honom. Jag tror att han var särskilt orolig för att jag skulle lämna huset, men han förstod mycket väl att jag inte hade något val.

När jag träffade Bill ett halvår senare höll han ihop med en annan flicka och var inte längre intresserad av mig. Jag hörde att han hade blivit fullständigt galen och mycket våldsam, sedan jag

hade lämnat honom, och att han hade blivit inlagd på ett mentalsjukhus. Nu ses vi igen någon gång ibland. Han tar nu knark ytterst sällan och var av allt att döma behandlingsbar. — Egentligen vet alla knarkarna från början vad det är fråga om. De har sett hur det går för många och de har sett vänner och kamrater dö under hemska förhållanden. Men ändå fortsätter de flesta och hoppas fatalistiskt på det bästa för egen del.

En kurator berättar om sin skyddsling

Jag förstår inte hur han någonsin kunde få legal förskrivning. Jag hade känt honom i flera år innan han blev "legaliserad" av dr Åhström. Han saknade nära anförvanter och genom min dotter kom han att sluta sig till oss, så vi kom att uppleva honom som en av familjen. Under de år jag kände honom hände det av och till att han använde hasch när han kom över det. Detsamma gällde morfin. Han var aldrig fast i bruket, det var ett bruk — eller missbruk — av okynnestyp. Som bevis för hans sociala anpassning kan man väl räkna att han arbetade eller gick i skolan dagligen åren fram till legaliseringen. Ofta gjorde han så att han sparade ihop en hel del pengar och gav sig av på luffen för några månader utomlands.

Jag vill inte säga att det var en problemfri pojke innan — men problemen angick honom själv och inte samhället. Vad han behövde, efter vad jag förstår, var mänsklig kontakt och någon form av psykoterapi.

Åhström gav honom knark och så gjorde dr Hanzon. Så länge han gick hos dr Hanzon tycks doserna ha varit på något sätt begränsade, och Hanzon tror jag försökte med samtalsterapi.

I och med "legaliseringen" var det slut med utbildningsplaner och skola. Pojken blev ett socialfall, sjukskriven med korta uppehåll i ett par år. All "medicin" gratis. Och socialvården betalade i början 35 kronor för de korta besöken; senare vägrade socialbyrån att betala dessa räkningar. Pojken blev sjukare och sjukare. Medicinerna fick han för veckor i taget. Det som var tänkt att räcka fjorton dagar gick åt på några dagar, och då var det inte någon större svårighet att tigga sig till ett recept för ytterligare en vecka eller två. Jag talade med dr Åhström några gånger för att få reda på vad behandlingen gick ut på och för att berätta hur illa det stod till med pojken. Jag frågade vad Åhström stött sig på när han "legaliserade" pojkens narkomani. Han hade aldrig tagit kontakt

med någon av oss eller med andra personer i pojkens närmaste omgivning utom med dem av hans vänner som också missbrukade narkotika. Vår dagliga kontakt med pojken under flera år ansåg Åhström inte utslagsgivande — han hade belägg för att pojken varit svårt nerknarkad under lång tid innan han kom till läkare.

Läkarens förklaring till de höga doserna Ritalina och amfetamin var svävande men gick ut på att patienterna skulle få så mycket de ville ha för att bli mättade. När de blivit det fanns möjligheten att de skulle avstå eller åtminstone hålla en terapeutisk dos. Sista gången jag träffade Åhström i början av 1966 tiggde och bad jag honom att se till att pojken fick sjukhusvård. Pojken var då så nerknarkad att han inte kunde reda sig själv längre. Han satt och skalv på golvet i ett hörn, rädd för världen och sig själv, nojig, utmärglad och farlig för sig själv och andra. Åhström ville inte använda sig av tvångsåtgärder — hans attityd till sjukhusvård var negativ. Hans allmänna uttalanden gav vid handen att han trodde att sådan vård inte kunde lösa några problem. Det var en trött och slagen man, som skyllde alla misslyckanden på bristande resurser. Men det var också en man som vägrade inse vad han redan måste ha sett, nämligen att hans patienter — jag känner många av dem — inte blev bättre men att många blev sämre. Jag frågade honom om vi, närstående och vänner till hans patienter, inte kunde hjälpa till på något sätt, exempelvis genom att uppvakta medicinalstyrelsen för att få den utökning av personal som varje människa måste fatta behövdes. Man måste hålla i minnet att Åhström hade full tjänst som läkare på S:t Eriks sjukhus, samtidigt som han hade ett hundratal patienter med narkotikaförskrivning, patienter av en typ som var och en är ett heldagsarbete. Dr Åhström ansåg sig inte behöva vår hjälp, och han hade ingen hjälp att ge pojken.

En dag några månader senare kom grabben hem efter att ha vandrat på gatorna i fem dygn. Han var fysiskt och psykiskt fullkomligt utslagen. Strumporna hade fastnat i de blodiga fotsulorna, kroppen var utmärglad, huden täckt av smuts och sår. Han hallucinerade vilt. Eftersom det var söndag var Åhström inte anträffbar, ingen på S:t Eriks sjukhus kunde ge besked om Åhström hade någon annan läkare som hade ansvar för hans patienter under veckosluten. Jourhavande läkare skulle ta timmar att få hem. Möblemanget smulades sönder, en fönsterruta gick och vi kallade på polis. När polisen kom hade pojken en lugn period. Polisen var förstående och vänlig och uppmanade pojken att gå och lägga sig. När polisen gått tog det inte lång stund förrän gråten och

skriken tilltog. Tunga saker riktade mot inbillade fiender åkte i väggarna och ut genom fönstren. När polisen kom nästa gång hade pojken en kniv och hotade att skära pulsådrorna av sig. Det tog hela dagen att få in pojken på sjukhus. Vi åkte från sjukhus till sjukhus men fick nej överallt. Inte Åhströms patienter var omkvädet. Tills polisen och jag meddelade en jourläkare, som sett pojken, att vi tänkte ställa av pojken utanför sjukhuset och därmed tvinga sjukhuset att ta hand om honom.

Efter knappt två månader på sjukhus kom pojken ut. Efter sjukhusvården har det gått relativt hyggligt. Han har arbetat tidvis och planerar att återuppta sina studier. Han har avstått från legal förskrivning och den typen av hjälp. Han räknas nu som ett av Åhströms lyckade vårdfall.

LEGALT FÖRSKRIVEN NARKOTIKA I DEN S. K. FÖRSÖKSVERKSAMHETEN

För att kunna göra en helt korrekt värdering av den s. k. försöksverksamheten med förskrivning av narkotika till narkomaner och missbrukare måste den mångskiftande floran av rapporter och vittnesmål från läkare, anhöriga, patienter och andra på olika sätt berörda parter kompletteras med vissa statistiska sociala och medicinska data om de sjukas sociala anpassning och funktionsnivå (lämpligen mätt i arbets- och försörjningsförmåga, sjukskrivningstider, sjukhusinläggningar, polisomhändertaganden etc.) före, under och efter vars och ens individuella förskrivningsperiod. Detta kräver ett mycket omfattande arbete som försvåras av att den ursprungliga registrering av basdata kring behandlingsverksamheten varit bristfällig. En undersökning av vissa socialmedicinska förhållanden kring de patienter som erhållit narkotikaförskrivningar av dr S. E. Åhström pågår vid Karolinska institutets socialmedicinska institution.

I den receptkontroll beträffande förskrivningsverksamheten, som åklagarmyndigheten föranstaltat om, har jag varit inkopplad som konsult och därvid fått möjlighet att företa en statistisk bearbetning av receptmassan. En mycket summarisk redovisning skall lämnas här, medan en utförlig presentation får anstå till en specialstudie av hela förskrivningsprojektet.

Under perioden maj 1965—april 1967 erhöll som redan nämnts

(s. 358) 156 patienter narkotikarecept av Åhström. Verksamheten började i blygsam skala men accelererade snabbt från oktober 1965 (35 patienter) till januari 1966 (68 patienter) och kulminerade i september samma år med 100 samtidigt aktuella patienter.

Opiatmissbrukarna dominerade i början men toxikomaner tillvanda till centralstimulantia kom snart att dominera bilden alltmera, samtidigt som flera tidigare opiattoxikomaner övergick till blandmissbruk av såväl opiater som centralstimulantia. Den i vissa fall samtidigt välkänt höga konsumtionen av barbiturater har inte kunnat studeras, då dessa recept inte är underkastade narkotikabestämmelserna och därför inte arkiverats på samma sätt som narkotikarecepten.

De förskrivna kvantiteterna är mycket betydande. Beträffande några enstaka patienter har ett par andra läkare tillfälligt svarat för smärre förskrivningar, men dessa uppgår sammanlagt till mindre än en procent av totalkvantiteterna för olika preparattyper, varför det inte ansetts meningsfullt att särskilja dessa i redovisningen. Totalkvantiteterna fördelade på opiatgruppens medel och centralstimulantia framgår av tabell 8. Då olika styrkor förskrivits av flera lösningar (en- och tvåprocentig morfinlösning; en-, två- och treprocentig amfetaminlösning etc.) har omräkning skett till enprocentiga lösningar utom för Palfium, som endast försäljes i halvprocentig lösning. Tabletter har redovisats i antal. Såväl tabletter som lösningar har därefter transformerats till normaldoser i enlighet med vad som skett i officiell redovisning (SOU 1967: 41).

Sammanlagt har således drygt en halv miljon doser av opiatgruppens medel och närmare tre och en halv miljoner doser centralstimulantia förskrivits till 156 patienter under sammanlagt 1519 förskrivningsmånader. (Därtill kom avsevärda kvantiteter förskrivna direkt på RFHL; dessa har inte medräknats här, inte heller vad som förskrivits för patienter utanför Stockholm eller för användning in manu medici.)

Huvudparten av förskrivningsverksamheten har således gällt centralstimulantia. Det kan ha sitt intresse att sätta den åhströmska förskrivningen i relation till den totala i Sverige. Detta har gjorts i tabell 9. Under femårsperioden 1959—64 sjönk för-

skrivningen i Sverige av centralstimulerande medel nästan linjärt till en tiondel av den ursprungliga. Detta var dels en följd av medicinalstyrelsens upprepade anmaningar till läkarkåren att iaktta yttersta restriktivitet beträffande beroendeframkallande läkemedel (s. 183), dels en tilltagande insikt bland läkarna om de nya missbruksformernas allvarlighetsgrad.

Våren 1965 inleddes den liberala förskrivningsverksamheten och detta återspeglas som synes kraftigt i riksstatistiken. 1966 har ett särskilt intresse eftersom den åhströmska verksamheten då pågick hela året och omfattade ett relativt stabilt patientomfång (ca 80 personer), även om patientomsättningen hela tiden var betydande: åtskilliga avfördes av olika anledningar och nya tillkom.

Av den påfallande stegringen i utskrivningen av centralstimulantia under 1965 (1,2 miljoner doser mer än föregående år) kom 0,17 miljoner (14 procent) på den åhströmska verksamheten. Det måste således ha varit ett relativt stort antal läkare som under trycket från den omfattande publiciteten kring liberal narkotikaförskrivning för en tid frångick den tidigare restriktiviteten. Den närmast femtioprocentiga stegringen under 1966 föll däremot uteslutande på Åhström (2,25 miljoner doser), vilket bör tolkas som att praktiskt taget alla andra läkare ställde sig avvaktande eller negativa till centralstimulantia för toxikomant bruk. Under de fyra första månaderna 1967 förskrev Åhström 0,94 miljoner doser centralstimulantia, dvs. ytterligare en markant stegring i förskrivningstakten jämfört med 1966.

I tabell 10 återges antalet vid olika tidpunkter aktuella patienter och en överslagsberäkning har gjorts över förskrivna kvantiteter opiater och centralstimulantia per patient som vid den aktuella tidpunkten fått preparat av respektive huvudtyp. Detta är endast en grov beräkning och beaktar inte blandmissbruket och de två renodlade beroendetyperna för sig, men avsikten är endast att ge en uppfattning om dosutvecklingen i stort. För en detaljanalys måste undergrupperna renodlas, startpunkterna för samtliga förskrivningsperioder justeras till en gemensam utgångspunkt, anledningen till avbrotten analyseras etc.

Opiatförskrivningen har som nämnts varit av relativt mindre omfattning, vilket närmast förklaras av att antalet morfinister

varit starkt begränsat (35—40 personer). Åhström har i rapport till medicinalstyrelsen uppgivit att praktiskt taget samtliga morfinister i stockholmsområdet skulle ha omfattats av förskrivningsverksamheten. Även om ett betydande läckage till nya ströförbrukare och främst till patienter tillvanda till centralstimulantia bevisligen skett och ett antal nya morfinister etablerats har sannolikt marknadsefterfrågan från svartabörsen varit lägre och överlåtelsetrycket på patienterna mindre för denna preparattyp än för centralstimulantia, som eftertraktas av tusentals toxikomaner enbart i Stockholm. Överförskrivningen torde därför ha varit lägre för opiaterna än för de centralstimulerande medlen. Åhströms förskrivning av opiatgruppens medel uppgick dock för denna lilla patientgrupp till omkring 0,6 miljoner doser för hela perioden, vilket motsvarar närmare en tiondel av den svenska årsförskrivningen av dessa medel (1964: 6,8 miljoner, 1965: 6,1 miljoner, 1966: 6,6 miljoner doser).

I Läkartidningen (nr 11, 1967) lämnas en redogörelse för disciplinnämndens yttrande över en förskrivningsverksamhet av samma typ i Göteborg. Hela raden av komplikationer välkända från verksamheten i Stockholm (dosökning, "satelliter", försäljningsverksamhet etc.) har inträffat även i Göteborg, där verksamheten stoppades redan efter några månader; den inleddes i januari 1966 och nedlades med utgången av april samma år. Förskrivningsverksamheten i Göteborg och Stockholm hade således i allt väsentligt samma karaktär, och den uppvisar många gemensamma drag med den verksamhet vi tidigare lärt känna från England (Frankau, Ollendorff m. fl.) och dessförinnan från USA och dess narkotikadispensärer på 20-talet. Samma mönster i läkarnas, patienternas, pressens, allmänhetens och myndigheternas agerande upprepas ideligen i land efter land. Det är följaktligen av största betydelse att erfarenheterna av den svenska verksamheten — både i Göteborg och Stockholm — blir utförligt redovisade och internationellt kända, då detta synes vara enda sättet att förebygga nya ödesdigra behandlingsäventyr.

Beträffande göteborgsfallet noteras i Läkartidningen: "Disciplinnämnden fann att förskrivningarna av narkotika till de i försöksgruppen ingående patienterna varit utomordentligt stora och skett under anmärkningsvärda former särskilt med tanke på ris-

Tabell 8. Dr S. E. Åhströms narkotikaförskrivning: Medel, kvantiteter och doser expedierade i Stockholm maj 1965—april 1967.

Normaldoser inom parentes.

Preparat	Tabl. st.	Lösn. ml 1 %	Doser
Amfetamin (5 mg)	21.280	1.211.650	2.444.580
Dexamfetamin (2,5 mg)	2.375	—	2.375
Dextenal à 7,5 mg (7,5 mg)	7.375	—	7.375
Lidepran (10 mg)	7.975	—	7.975
Metamfetamin (5 mg)	—	140.525	281.050
Methedrinal (5 mg)	165.290	—	165.290
Pervitin à 3 mg (5 mg)	1.000	—	600
Preludin* (25 mg)	36.240	—	36.240
Ritalina (10 mg)	240.830	158.345	399.175
1. Centralstimulantia	482.365	1.510.520	3.344.660
Dilaudid	—	2.300	2.300
Dolordorm à 5 mg (10 mg)	100	—	50
Dolorsin	80	—	80
Hydrokon (5 mg)	13.100	70	13.240
Hydromorfon	—	1.260	1.260
Morfin (10 mg)	815	64.980	65.795
Novatal	—	9.520	9.520
Opium	60	—	60
Oxikon (10 mg)	—	11.760	11.760
Spasmofen	230	50	280
Tetrapon	—	10.760	10.760
Tinctura opii	—	500	500
2a. Opiumalkaloider och derivat	14.385	101.200	115.605
Cliradon (5 mg)	60	1.450**	2.235
Ketogin (5 mg)	150	60	210
Metadon (5 mg)	26.325	216.848	460.021
Palfium (5 mg)	2.595	15.455***	18.050
2b. Morfinersättningsmedel	29.130	233.813	480.516
2. Opiatgruppen totalt	43.515	335.013	596.121
1 och 2 totalt	525.880	1.845.533	3.940.781

*Preludin drogs in från den svenska marknaden den 13 december 1965. **7,5 mg/ml. ***0,5 %.

ken för läckage av narkotika till andra narkomaner och ickenarkomaner. Endast det förhållandet att verksamheten inneburit ett med medicinalstyrelsens vetskap inlett försök föranledde nämnden att fria läkaren från ansvar på denna punkt." Disciplinnämndens slutsats aktualiserer onekligen frågan om medicinalstyrelsens krav och kriterier på vetenskapliga "försök" liksom styrelsens kontroll över dem och ansvar för dem. Genom att ansvarsfrågan fördelas på flera parter kan den rimligtvis inte elimineras ur diskussionen.

Tabell 9. Totalförskrivningen av centralstimulantia i Sverige i miljoner doser (enligt SOU 1967:41) och dr S. E. Åhströms andel av denna förskrivning.

	Totalt	Dr S. E. Åhströms förskrivning
1959	33,2	
1960	26,9	
1961	18,9	
1962	10,1	
1963	6,9	
1964	3,8	
1965	5,0	..... 0,172 (7 mån)
1966	7,2	..... 2,251 (12 mån)
1967	3,0	..... 0,937 (4 mån)
1968	0,5	

Tabell 10. Dr S. E. Åhströms narkotikaförskrivning: Antal patienter (samtliga åldrar) som respektive månad erhållit förskrivningar av enbart opiater, enbart centralstimulantia respektive opiater och centralstimulantia i kombination samt antalet förskrivna doser per patient och medel.

Period	Antal patienter som erhållit					Antal samma månad aktuella patienter (1+2+3)
	1 enbart opiater	Antal doser opiater per patient (1+2)	2 opiater och centralstimulantia	Antal doser centralstimulantia per patient (2+3)	3 enbart centralstimulantia	
1965						
maj	7	550	4	145	—	11
juni	4	519	6	766	—	10
juli	2	600	—	—	—	2
augusti	10	481	12	267	5	27
september	4	1206	15	611	10	29
oktober	8	1004	17	786	10	35
november	4	941	29	883	19	52
december	1	1087	30	1480	29	60
1966						
januari	2	1157	31	1719	35	68
februari	2	850	14	1332	13	29
mars	3	1058	35	2793	39	77
april	2	863	31	2267	46	79
maj	3	1022	30	2549	47	80
juni	—	1027	32	2662	53	85
juli	3	964	29	2183	57	89
augusti	3	965	31	2743	50	84
september	2	682	32	2059	66	100
oktober	5	524	26	1827	55	86
november	2	837	33	3078	58	93
december	2	873	33	2739	61	96
1967						
januari	1	948	32	2628	64	97
februari	2	1064	25	2885	55	82
mars	3	1014	26	3249	50	79
april	5	712	24	3204	39	68

Trots all den information som på olika vägar nådde fram till myndigheterna beträffande förhållandena kring den liberala narkotikaförskrivningen i Stockholm behövdes det ett uppmärksammat dödsfall innan verksamheten definitivt kunde stoppas.

På morgonen den 11 april 1967 avled en 17-årig flicka genom överdosering i en känd knarkarkvart i Stockholms södra förorter. Lägenheten innehades av ett par makar, som båda fick regelbunden tilldelning av såväl olika morfinpreparat som centralstimulantia i mycket stora doser, huvudsakligen genom dr Åhström, men även tre andra läkare hade för kortare perioder förskrivit narkotika till familjen. Även här är det ett av den beryktade TV-seriens fall som figurerar. Det har sitt intresse att som bakgrund rekapitulera det aktuella TV-avsnittet (14.12.65); patientnamnen är fingerade här:

Karl Axel Sjöblom: Utanför mentalsjukhusen har i Sverige till för helt nyligen inga narkomaner kunnat få regelbunden behandling. Den s. k. öppna vården tillämpas emellertid sedan några månader på försök i något hundratal fall. Ett exempel på denna behandlingsform är familjefadern på de här bilderna. För honom och de andra innebär den öppna vården psykoterapeutisk behandling och legal tilldelning av narkotika *i fallande doser*. Denna behandlingsmetod saknar inte motståndare inom läkarkåren. Medicinalstyrelsen har inte tagit någon slutgiltig ståndpunkt i denna fråga utan avvaktar resultatet av den försöksverksamhet, som med deras tillstånd bedrivs av ett fåtal läkare. I det enskilda fallet — som för Ivar Ivarsson och hans familj — har denna metod inneburit radikalt förändrade livsvillkor. Tidigare gick hustruns inkomster nästan helt till illegal narkotika. I dag är läget ett annat.
Fru Ivarsson: Jag arbetar på sjukhus. Det har jag gjort tidvis förut och nu har jag tagit nattvak. Jag arbetar på nätterna och dels så tjänar jag ju litet mer än om jag skulle arbeta på dagen och dels så får jag vara hemma hos familjen på dagarna och kan ägna mer tid åt hemmet, och min man är hemma och sköter hushållet och barnen.
Sjöblom: Litet ljusare framtidsutsikter?
Fru Ivarsson: Mycket.
Herr Ivarsson: Kanske det viktigaste att *tack vare den här tilldelningen kan jag hålla lägre doser*. Jag vet hela tiden, att jag har

det jag behöver och behöver inte oroa mig för — ja, göra något olagligt och råka ut för polisen och hamna på sjukhus och så där vidare. Det finns i alla fall möjligheter, att *jag eventuellt kan vara därhän att jag kan helt sluta. Skulle jag inte kunna det, så kan jag i varje fall hålla mycket små, små doser morfin.* Jag räknade med att det skulle spricka allting med familjen — det var bara en tidsfråga helt enkelt, att jag skulle orka med.

Sjöblom: Vad skulle hända, om de upphörde med den här tilldelningen?

Ivarsson: Det skulle bli en katastrof.

Sjöblom: Avgörandet för den framtida behandlingen av Ivar Ivarsson och de andra i samma situation ligger f. n. i händerna på den expertkommitté inom medicinalstyrelsen, som i somras tillsattes på uppdrag av socialministern.

Vi skall först undersöka hur Sjöbloms "fallande doser" och Ivarssons "små, små doser morfin" kom att te sig i verkligheten. Ivarsson fick tilldelning från sommaren 1965, och från sommaren 1966 behövde även hustrun narkotikaförskrivning; hon fick sedan allt större doser av såväl morfin som centralstimulantia. I samband med rättegången sammanställde åklagarmyndigheten en tablå över makarna Ivarssons narkotikatilldelning (tabell 11). Vi återger denna då den på ett mycket drastiskt sätt illustrerar flera intressanta företeelser som kunnat avläsas vid en rad fall av liberal narkotikaförskrivning: den initiala och orealistiska optimismen hos patient och behandlande läkare, den successiva dosstegringen, illegala överlåtelser, smittspridningen till närstående, den likartade preparatpreferensen hos sekundärfallen etc. (I ett annat fall i Åhström-gruppen skedde smittspridning från en 25-åring till vederbörandes 50-åriga moder, som vid undersökning i samband med ett polisomhändertagande företedde svårt sönderstuckna armvecksvener.)

Mannen Ivarssons förskrivning avbröts genom att han i mars 1967 blev omhändertagen efter ett revolvergräl med en alltför påträngande narkotikauppköpare, hustruns förskrivning upphörde i mitten av april i samband med det aktuella dödsfallet; hon hade då erhållit snabbt stigande doser under nio månader. Mannens morfintilldelning (sammanlagt 37 *liter* enprocentig morfinlösning eller 37 000 normaldoser à 10 mg) uppgick periodvis till kvan-

titeter större än vad kroppen överhuvudtaget kan uppta efter maximal toleransstegring (Maurer & Vogel, 1967). Därtill hade han fått samma enorma mängder centralstimulantia, därav enbart den sista månaden över 4,5 liter enprocentig amfetaminlösning, dvs. 9 000 normaldoser à 5 mg under loppet av en månad, vartill kom 800 tabl. Methedrinal eller lika många doser metamfetamin. I samband med omhändertagandet undersökte jag mannen, som då var kraftigt avmagrad och i ett synnerligen dåligt skick; han var en av de sjukaste narkomaner jag sett bland mina tvåtusen fall.

I ett reportage i Expressen (13.4.1967) berättar en släkting till familjen att hon kommit underfund med att narkotikaförsäljning pågick hos familjen och att hon två gånger meddelat detta till narkotikapolisen, som dock inte kunde ingripa på grund av brist på bevis. Aftonbladet rapporterar samma dag att en omfattande trafik länge pågått i lägenheten och att grannarna blivit så störda av verksamheten att man hade gått omkring med listor för att förmå myndigheterna att ingripa: det var ideligen stenkastning mot fönstren nattetid, man bultade på dörrarna etc. Aftonbladet påpekar också att den avlidna flickan visserligen inte hade träffat familjen Ivarsson tidigare men hon "hade sett en av familjemedlemmarna i ett narkotikaprogram i TV och visste om att lägenhetsinnehavaren och hans fru hade legal tilldelning av narkotika".

Aftonbladets kriminalreporter publicerade den 26 juni 1967 på basis av polisutredningen en mycket utförlig redogörelse för hela förloppet. Rapporten nämnde bl. a.: "Hans, 33 år, småtjuv, vaneknarkare, väl hemmastadd i den undre världen" är den som för flickorna till lägenheten, "Hans har ringt i förväg och sagt att han skulle komma upp med ett par 'småbrudar' och Inga anar vad det gäller". Expressen har tidigare förklarat (13.4.67): "Mötet i knarkarkvarten i centrala Farsta mellan de båda kvinnorna syftade till ömsesidig hjälp mellan två narkotiserade kvinnor."

Även om denna historia är smärtsam för alla berörda så är det angeläget att fallet redovisas i detta sammanhang för att ytterligare belysa innebörden av den liberala narkotikaförskrivningen och om möjligt definitivt avfärda mytbildningarna kring den.

Vi tar del av chefsåklagaren Carl-Axel Åkermans sakframställning (autoreferat) vid huvudförhandlingen beträffande dödsfallet. I motsats till Aftonbladet låter vi de agerande uppträda under fingerade namn.

Innan åklagaren går in på själva sakförhållandena lämnar han en redogörelse för de olika gifter, som det är fråga om. Det är nämligen dels 2-procentig morfinlösning, som har kommit i fråga, dels 3-procentig amfetaminlösning. Han lämnar också en redogörelse för hur mycket en ml av vardera lösningen innehåller i mg räknat. Därigenom får man en uppfattning om hur mycket gift, som har tillförts den döda. Han anger också den svenska farmakopéns uppgifter om maximaldoser och nämner att som en enkel tumregel kan man räkna med att omkring 5 gånger maximaldosen är att betrakta som dödlig dos, givetvis med de individuella variationer, som kan föreligga för olika människor i det avseendet, det tillstånd och den kondition vederbörande befinner sig i och den tillvänjning vid giftet vederbörande varit utsatt för. Vad beträffar den döda Anna Andersson så visste man att hon vid det aktuella tillfället var påverkad av Preludin. Detta framgår dels av de agerandes egna uppgifter och deras iakttagelser, dels av obduktionsresultatet.

Sedan lämnas en redogörelse för vad som har förevarit. Åklagaren nämner först att Anna Andersson vid sin död var 17 år, hon var född den 7 augusti 1949. Hennes väninna, som kallats som vittne, Birgit Bengtsson, är född 1948 och är alltså 18 år. De båda flickorna var väninnor. De hade kommit överens om att de skulle träffas på dagen den 10 april 1967, men Anna uteblev från mötet. Sedan träffades de vid 22-tiden. Då var Birgit på väg hem. Hon mötte Anna, som kom åkande i en bil förd av häktade Hansson. Flickorna följde med i bilen och vid ett tillfälle går Hansson ur bilen och telefonerar. Han har då telefonsamtal med likaledes häktade fru Ivarsson på Fjädervägen i Farsta. Det är ett samtal mellan flickorna och Hansson. Hansson säger att han skall ett ärende bortåt Fjädervägen. Han säger väl inte Fjädervägen direkt, men han säger Sköndal, och nämner att om de har lust att följa med så får de göra det. I varje fall så följer flickorna med. När de kommit fram till Fjädervägen tar Hansson upp en egen nyckel och öppnar dörren till lägenheten. Hansson har under ett par månaders tid varit vad man i knarkarkretsar kallar för "satellit" till makarna Ivarsson. Mannen Ivarsson är sedan tidigare häktad för olaga hot

och fru Ivarsson var vid det här tillfället ensam hemma med makarnas två barn.

Bägge makarna Ivarsson är s. k. "legala" narkomaner, dvs. de har fått tilldelning av narkotika genom dr Åhström. Det har huvudsakligen varit morfin- och amfetaminlösning men även Methedrinaltabletter har kommit ifråga. Åklagaren har en tablå över dessa narkotikatilldelningar, men de kanske inte har intresse just i det här sammanhanget; såväl preparat ur morfingruppen som centralstimulantia har kommit till användning. (Här följde en redogörelse för de aktuella narkotikapreparatens verkningar, normaldoser, aktuella missbruksdoser etc). Det är att observera att den 3-procentiga amfetaminlösningen är mycket stark, den vanligaste lösningen är 1-procentig och normaldosen (5 mg) utgör en halv ml av denna.

Flickorna kom, som nämnts, upp i lägenheten. Hansson är alltså som tidigare nämnts "satellit". Det innebär att han brukar komma och hämta en del av den narkotika som skrivs ut på makarna Ivarsson. Sedan mannen Ivarsson blev häktad går han regelbundet till fru Ivarsson och får där amfetamin och morfin. När sällskapet anländer till Ivarssons den 10 april presenterar sig flickorna; de har tydligen inte varit där förut. De känner heller inte till mycket om narkotika tidigare; åtminstone vittnet Birgit säger att hon inte har använt narkotika mer än någon enstaka gång. Hon hade fått Preludin intravenöst men det hade bara skett vid något enstaka tillfälle. Däremot har Anna tydligen använt Preludin en tid. Anna säger också att hon varit vaken de sista fem dygnen och "gått på P", som hon säger; hon hade tagit Preludin intravenöst. Anna bär också syn för sägen. Hon är, som fru Ivarsson uttrycker det, nedgången och "slirig". Dessutom skall tilläggas att Anna vid det här tillfället var ganska kraftigt förkyld och hennes motståndskraft var över huvud taget nedsatt genom den långa tid hon enligt egen uppgift varit utan sömn.

När sällskapet kommer upp i våningen plockar fru Ivarsson fram till Hansson tre flaskor amfetaminlösning (3-procentig) och en flaska morfinlösning (2-procentig). Det är vanliga injektionsflaskor som innehåller 20 ml lösning. Dessutom får Hansson sprutor och spetsar av fru Ivarsson. Efter bara några få minuters samtal frågar fru Ivarsson flickorna om de vill ha någonting. Hon säger: "Vad ska ni ha?" och menar då vad slags narkotika de vill ha. Birgit fick 1,5 ml — troligen inte mera — av den 3-procentiga amfetaminlösningen. Hon fick det intravenöst och det var fru Ivarsson som sprutade in det på henne i vänstra armvecket. På uppmaning av

fru Ivarsson lägger sig Birgit ner på sängen sedan hon fått injektionen och fru Ivarsson övergår till att ge sig själv en injektion bestående av morfin blandat med amfetamin.

Beträffande Anna så är det uppenbart att hon får en injektion av Hansson. Dels säger både vittnet och även fru Ivarsson — i varje fall i början av utredningen — att Hansson hade sagt att det är bäst att jag ger Anna därför att hon är "svår att ta på". Det skulle innebära att hon var känslig och att ingen annan än Hansson kunde ge henne. Anna får en injektion av Hansson. Denne har ju, som nämnts, just fått en flaska morfin och tre flaskor amfetamin. Huruvida det är morfin som Hansson ger Anna eller om det — som han själv uppger — är amfetamin är inte alldeles klarlagt. Obduktionsresultaten ger inte någon säker vägledning. Man har vid obduktionen inte kunnat anträffa spår av morfin i kroppen, men det utesluter likväl inte att Anna kan ha fått morfin.[1] Som en arbetshypotes har åklagaren utgått ifrån att det är morfin som Anna får genom Hanssons förvållande, genom Hanssons injektion. Men åklagaren utesluter alltså inte möjligheten av att det kan ha varit amfetamin. Efter ett ögonblick hör Birgit hur Anna oroligt kommenterar: "Ja, men det är ju fyra meter!" Därmed markerade Anna att hon tycker att det var en ovanligt stor dos hon fick. Birgit själv fick som nämnts bara 1,5 ml även om det var mycket i och för sig.

Situationen är nu alltså den att Birgit har lagt sig ner kort efter injektionen och fru Ivarsson håller på att ge sig själv en intravenös injektion i armen. Enligt uppgift måste hon använda mycket fina nålar och anstränga sig betydligt, hon säger att hon måste koncentrera sig så intensivt vid injektionerna att hon stänger ute andra ljud och inte uppfattar vad som då sker omkring henne. Men oavsett det hör både Birgit och fru Ivarsson hur Anna skriker till: "Aj, det sticks, det sticks, det sticks i hela kroppen!"

Birgit rusar upp från sängen, där hon lagt sig att vila. Birgit säger att det snurrar litet grand i huvudet på henne, men hon går fram till Anna och finner att väninnan blivit fullständigt "lealös". Hon sitter slappt tillbakalutad i stolen och hon ser ut som om hon vore svårt berusad. Hon klagar över att hon har svårt att se och uppfattar inte klart någonting omkring sig. Hon kan inte röra lemmarna ordentligt, men hon kan i varje fall fortfarande tala även om det är med viss svårighet. Fru Ivarsson förebrår Hansson.

[1] Morfin påvisades senare vid förnyad analys.

Hon säger: "Du har gett henne fel, du har gett henne morfin, för det här är en typisk morfinreaktion. Det sticks inte av amfetamin." Fru Ivarsson, som ju är narkoman sedan lång tid tillbaka, säger bestämt att det inte kan vara amfetamin utan det måste vara morfin som åsamkar den effekt som Anna har drabbats av. Under förutsättning att det är morfin som injicerats har *Anna fått 4 ml 2-procentig morfinlösning, dvs. 80 mg, vilket är 4 gånger maximaldosen.* Då hon fått detta intravenöst, är det inte på något sätt märkligt att hon får en morfinchock.

Fru Ivarsson säger att det är bäst att ögonblickligen vidta åtgärder: "Det är bäst att ge henne amfetamin som motgift". Detta är diskutabelt. Det rätta hade givetvis varit att ge en morfinantidot, nämligen nalorfin, men detta preparat fanns inte hemma. Fru Ivarsson säger till sällskapet att hon har varit med om en liknande situation tidigare då en person fick morfinchock och den hävdes enligt hennes uppgift med amfetaminlösning.

I stället för att laga så att Anna skyndsamt hade kommit till sjukhus och fått nödvändig vård manipulerar fru Ivarsson på egen hand, assisterad av Hansson. Birgit påpekar att hon tycker det är bäst att man ögonblickligen kallar på ambulans, så att Anna kommer till sjukhus, men fru Ivarsson säger att "det är ingen idé; där lägger de henne bara i respirator, där får hon ingen amfetamin". Fru Ivarsson och Hansson hjälps alltså åt att ge Anna injektioner av amfetamin. Först ger de 5 ml intravenöst och därefter 10 ml intramuskulärt. Sedermera ändrar sig fru Ivarsson och säger att hon först gav 10 ml intramuskulärt och sedan 5 ml intravenöst, det intravenösa alltså sist. Allt detta är 3-procentig amfetaminlösning. Det verkade som om Anna blev något klarare av de här injektionerna. Efter cirka 15—20 minuter gav man henne ytterligare sammanlagt 10 ml 3-procentig amfetamin, 5 ml i vardera låret, antingen intramuskulärt eller subkutant.

Fru Ivarsson säger att hon var övertygad om att den dos som Anna hade fått av Hansson — den första dosen som alltså troligen utgjordes av morfin — var en för Anna dödlig dos. Med hänsyn till den våldsamma chock som Anna tydligen fick är det ju inte uteslutet att det kan ha varit mycket allvarligt. Huruvida den första dosen ensam är dödlig är väl i och för sig svårt att säga. Men det görs gällande att tillsammans med vad hon sedermera har fått, så har det resulterat i att döden åsamkats av den allmänna förgiftning som inträtt. Åklagaren gör alltså gällande att den giftmängd som har tillförts Anna Andersson vid tillfället i fråga

har förorsakat en allvarlig rubbning av allmäntillståndet, och hon har blivit så kraftigt förgiftad att andningsmekanismen blivit förlamad, flickan har blivit illamående av förgiftningen och sedermera har hon kräkts upp maginnehåll och inte kunnat stöta det ifrån sig utan hon har fått det i luftvägarna och därigenom kvävts, som framgår av obduktionsprotokollet.

Det bör tillfogas att i början, omedelbart efter det Hansson hade gett Anna den här dosen som hon blev så sjuk av, frågade fru Ivarsson Hansson: "Hur mycket har hon fått?" Hansson svarade "Fyra meter", och som nyss nämnts var detta enligt fru Ivarssons uppfattning en dos som var så pass kraftig att överhängande risk förelåg att Anna skulle kunna dö av den morfininjektion hon hade fått.

Den amfetaminmängd som man ger för att häva morfinchocken är — uträknad i mg — hittills alltså *750 mg*. Då normaldosen är 5 mg och maximaldosen amfetamin är 20 mg så befinner man sig ju rätt mycket över vad som kan anses vara acceptabelt i en sådan situation.

Anna blev för en stund en aning bättre men hon kunde långt ifrån klara sig själv. Hon befann sig fortfarande i ett mycket bedrövligt tillstånd. Man kokade kaffe och försökte häva i henne men det var vissa svårigheter att få det i henne. Väninnan försökte att mata henne med sked. Man hjälpte upp Anna och ledde henne mellan sig på golvet fram och tillbaka för att på det sättet få henne att hålla sig vaken, och man arbetade med henne på alla de sätt för att hon inte skulle somna. Man var rädd att Anna skulle komma i koma, medvetslöshet, vilket hon dock sedermera gjorde.

Enligt vad fru Ivarsson gör gällande hade Anna vid ett tillfälle under natten kastat vatten. Enligt fru Ivarsson hade Anna följts till toaletten av Birgit, men Birgit bestrider detta och förklarar att Anna var alltför dålig för att gå på toaletten. Det är därför oklart om någon vattenkastning skedde under natten. Däremot är det omvittnat att urinen avgick spontant på morgonen omedelbart innan ambulansen anlände. Att man inte funnit morfin i den urin, som tillvaratogs vid obduktionen skulle alltså möjligen kunna förklaras av denna vattenkastning.

Emellertid går Hansson och fru Ivarsson och lägger sig. Först lägger de Anna på sängen och sedan lägger de sig båda två i angränsande rum och ger i uppdrag åt Birgit att vaka över Anna och kolla pulsen. Den är rätt svag vid det tillfället, och fru Ivars-

son säger att om det inte blir någon förändring så skall det inte vara någon fara, "då tror jag nog att vi skall kunna klara henne".

Anna andas mycket långsamt. Enligt vad väninnan Birgit säger tog Anna ett andetag när de andra tog fem andetag. På morgonen tyckte Birgit att Annas tillstånd försämrats ytterligare. Hon väcker de andra och man beslutar att ge Anna ännu mera amfetamin; man ger henne vid det tillfället 10 ml amfetamin som man sprutar in i armen på henne. Det är Hansson som tillsammans med fru Ivarsson ger henne denna sista dos amfetamin. Man är då uppe i 1 g amfetamin — 1050 mg — som man har pumpat in i Anna Andersson under 6—7 timmar.

Litet senare, eller om det är medan denna morgoninjektion fortfarande pågår, detta är inte fullt klarlagt, kommer vittnet Jansson till våningen. Jansson är medicine kandidat och själv narkoman. Ostridigt är emellertid att Jansson, som hörs som vittne i målet, kommer till lägenheten på morgonen mellan kl 6 och 1/2 7. Jansson säger själv att han kände abstinensbesvär och detta var orsaken till att han besökte fru Ivarsson. Han ville komma upp och ringde flera gånger på klockan, men det var ingen som ville öppna.

Slutligen kommer Birgit och frågar vem det är. Så går hon bort till fru Ivarsson och säger att det är en man som säger sig heta Rickard. Jag släpper inte in er, sa Birgit, men hur det är så ringer Jansson så kraftigt och så länge att de var tvungna att släppa in honom. Jansson klagar över sin belägenhet och ber att få några "meter" morfin, vilket han får. Fru Ivarsson drar upp i en spruta och överför ett par ml morfin i en tom injektionsflaska åt Jansson som därefter går ut i köket och injicerar det på sig själv. Beträffande Janssons iakttagelse kan nämnas att han upptäckte att Anna var i ganska djupt koma, vilket han förklarar för de övriga. Sedan sällskapet förklarat för Jansson vad som skett säger Jansson mycket riktigt att där skulle man inte ha använt amfetamin utan det skulle ha varit nalorfin som skulle ha kommit ifråga. Jansson säger att han tycker att Anna bättrar sig under tiden han är där. Han lyssnar på hennes hjärta och säger att det är dåligt och att det är mycket svagt, men han tycker som sagt liksom att flickan blivit bättre medan han är där. Om detta är ett utslag av hans önskan att hjälpa de andra eller om det är en verklig iakttagelse får lämnas därhän.

(Då kandidat Jansson hörs som vittne säger han på olika frågor att man kan bli medvetslös av 4 ml morfin men man kan knappast bli medvetslös av 4 ml amfetamin och vidhåller detta även

sedan han fått kännedom om uppgiften att Anna har gått på Preludin i fem dygn och var i dålig form vid det aktuella tillfället.)

Emellertid kommer man överens om att Jansson tillsammans med Hansson, som har sin bil stående utanför, skall åka och söka få tag på doktor Åhström. Jansson har då redan ringt till Åhström för att försöka få ett recept på nalorfin. Först hade Jansson ringt till apoteket Scheele och frågat om han kunde få ut nalorfin utan recept och komma med receptet senare, men detta kunde man givetvis inte acceptera på apoteket. Då ger man sig iväg till dr Åhström eftersom denne inte svarade på telefonen. De får tag på dr Åhström och får omedelbart ett recept och ringer från Åhströms bostad men får inget svar från Ivarssons lägenhet. Man åker sedan till apoteket och hämtar nalorfin och därifrån ringer man också men får fortfarande inget svar. Man reser nu tillbaka till Ivarssons. Just innan man kommer fram till Fjädervägen möter man ambulansen som då är på väg ifrån lägenheten.

Vad som har hänt under mellantiden är att Anna sjunkit ner i ett mycket djupt koma. Enligt anvisning av Jansson skulle fru Ivarsson och väninnan Birgit göra konstgjord andning om Anna fick andningssvårigheter. Jansson hade instruerat dem att trycka ovanpå bröstkorgen och under bröstkorgen och därigenom försöka häva upp den så att hon fick luft, och om så behövdes skulle man försöka mun-mot-mun-metoden. Jansson försökte också med konstgjord andning innan han for, och kvinnorna praktiserade sedan detta, men resultatet blev bara att Anna blev sämre och sämre; hon var praktiskt taget döende redan när Jansson och Hansson gav sig iväg. Det var bara en kort stund senare som Anna blev så mycket sämre att fru Ivarsson ringde efter ambulans. Birgit observerade att Annas urin avgick spontant och förstod då att slutet hade kommit.

Ambulansen kom efter en stund; fru Ivarsson säger att det dröjde ganska länge, men hur länge vet man inte. Kl. 8.05 hämtades i varje fall Anna av ambulans och fördes till Södersjukhuset, där man konstaterade att hon redan var död vid framkomsten. Obduktionen har gett vid handen att den egentliga dödsorsaken är kvävning.

Så långt chefsåklagarens sakframställning. Medicinalstyrelsen har senare förklarat att kvävningen berodde på den inledande morfininjektionen och därav betingad andningsförlamning. För att belysa vilka svårigheter som kan inträda i utredningsarbete be-

träffande narkotikamål kan nämnas att Hansson efter dödsfallet omedelbart gick under jorden. Aftonbladet berättar (26.6.1967):

Först en månad senare greps Hansson (han nekar ännu) efter att ha kört bil berusad och krockat på Essingeleden så att han hamnade på sjukhus. För polisen uppgav han en annan mans namn och adress. Han hänvisade till fru Ivarsson som skulle identifiera honom. Fru Ivarsson togs dit och identifierade honom — som den andre! Men polisen genomskådade bluffen och Hansson häktades. Att han saknade körkort var en bagatell i sammanhanget.

Strax efter detta dödsfall blev dr Åhström av medicinalstyrelsen uppmanad att omedelbart upphöra med narkotikaförskrivningen. Visserligen hade flera dödsfall inträffat tidigare i den åhströmska behandlingsgruppen, bl. a. i Göteborg där en narkoman avlidit under pågående "postorderbehandling", men den unga flickan i Farsta blev det mest uppmärksammade dödsfallet. Minst sju patienter avled under förskrivningsperioden; därtill kom minst ett självmord bland nära anhöriga i direkt anslutning till att patienten — en ung flicka — försämrades kraftigt under behandlingen.

Ännu en gång var det således drastiska yttre omständigheter som drev myndigheterna att fatta det definitiva beslutet; som vi sett har de ansvariga myndigheterna hela tiden varit villrådiga i narkotikafrågan och ett offer för omständigheternas och tillfälligheternas spel, hittills oförmögna att ta meningsfulla initiativ och själva leda utvecklingen åt rätt håll.

Tabell 11. Makarna Ivarssons narkotikatilldelning 1965—67 enligt åklagarmyndighetens tablå, fördelade på medel, kvantiteter och doser enligt officiell praxis (SOU 1967:41).

	Herr Ivarsson				Fru Ivarsson			
	Centralstimulantia		Morfingruppen		Centralstimulantia		Morfingruppen	
	Amfetamin ml 1 %	Methedrinal tabl.	Morfin ml 1 %	Palfium 0,5	Amfetamin ml 1 %	Methedrinal tabl.	Metadon ml 1 %	Morfin ml 1 %
1965								
juli			1200					
augusti			1920	110				
september			1320	140				
oktober	220		2560	250				
november	180		1040	110				
december	440		2000	240				
1966								
januari	440		2160	230				
februari								
mars	1500		2360	150				

april	1860		2300	190				
maj	1020		1660	170				
juni	1530		1860	180	930			220
juli	1120	100	1040	140	420	50		160
augusti	1700	600	1420	140	420			160
september	640	300	800	100	210			80
oktober	1440	300	1120	100	840	100		140
november	3810	600	1880	170	1680	200		560
december	3700	850	2240	110	1400	200		480
1967								
januari	3120	1000	2720	140	1740	250	20	540
februari	4110	1200	3120	210	1680	900		510
mars	4620	800	2800	240	1800	650		560
april					1020	150		380
Summa:	31.450	5750	37.420	3120	12.140	2500	20	3790
	62.900	5750	37.420	3120	24.280	2500	40	3790
Doser	(5 mg)	(5 mg)	(10 mg)	(5 mg)	(5 mg)	(5 mg)	(5 mg)	(10 mg)
	68.650		40.540		26.780		3.830	

När dr Åhströms förskrivningsverksamhet skulle avvecklas befann sig de ansvariga myndigheterna i ett svårt tvångsläge. Dels hade patienterna som vi sett under lång tid haft en närmast obegränsad tillgång till narkotika och många hade levt som kungar i missbrukarkretsarna, dels var "den allmänna opinionen" fortfarande mycket oklar beträffande innebörden — praktiskt och teoretiskt — av den bedrivna förskrivningsverksamheten. Ett väsentligt och medicinskt inadekvat tryck utövades således fortfarande på medicinalstyrelsen där mod och insikter ännu inte var tillräckliga för en snabb korrigering av begångna misstag. Huvudparten av morfinisterna i gruppen skulle under våren 1967 mycket väl ha kunnat hänvisas till professor Gunne för metadoninställning men kunde inte motiveras till detta frånsett ett par fall. Därtill kom att man på ansvarigt håll vid denna tidpunkt torde ha varit på det klara med att det är medicinskt kontraindicerat att underhålla intravenöst missbruk av centralstimulantia med förskrivningar. Patienterna var dock inte benägna att acceptera adekvat medicinsk behandling och huvudparten av deras supporterskaror trodde uppenbarligen att de kämpade för en riktig sak mot "ortodoxa och reaktionära läkare".

För att kunna backa ur den ohållbara situationen under något som liknade en ordnad reträtt utverkade medicinalstyrelsen kommunal och medicinsk medverkan för ett arrangemang där patienterna i Åhström-gruppen tills vidare skulle tilldelas narkotikaförskrivningar för fortsatt intravenös administration på egen hand. Några måste ta sig an denna verksamhet och försöka återföra ambulant narkomanvård till medicinskt försvarliga former. Docent Arne Bergsman och dr Gundla Järpe åtog sig den utomordentligt krävande och otacksamma uppgiften.

Den första åtgärd som Bergsman och Järpe måste genomföra var givetvis att börja trappa ned den enorma narkotikakonsumtion som dessa patienter varit uppe i under det senaste året. Patienterna upplevde detta som ett hot mot möjligheten att i längden kunna underhålla sitt beroende genom självadministration; därtill gick vissa av patienterna miste om avsevärda extrainkomster då marginalen för överlåtelser snabbt krympte. Redan

den 2 juni 1967, några veckor efter det Bergsman och Järpe övertagit ansvaret för gruppen, var det dags för en dramatisk vädjan från patienterna till — statsminister Erlander, övriga partiledare och medicinalstyrelsen!

I skrivelsen, som samma dag återgavs som hörnartikel i Dagens Nyheter, levererades en mycket skev och tendentiös skildring av narkotikaförskrivningens problematik och ett infamt angrepp på de båda läkare som skulle försöka återföra patienterna till verkligheten. Ett citat kan vara på sin plats för att belysa tonen i denna attack:

Det kan därför på goda skäl antas att doktorerna Bergsman och Järpe, som har begränsad tjänstledighet från sina ordinarie tjänster, har för avsikt att utan individuella hänsyn till varje enskild patient neddosera samtliga patienter till noll, vilket då troligen kommer att sammanfalla med slutet på deras tjänstledighet. Patienterna kommer därför att förklaras vara botade oavsett om de begått självmord, hamnat i fängelser eller blivit kriminella. Vid denna tidpunkt torde ur samhällets synpunkt endast de avlidna kunna betraktas som botade.

Man behöver inte vara utrustad med något större mått av stilistisk lyhördhet för att uppfatta vem som valt denna form för agerande i kulisserna. Rätt gissat! Det är inte bara det sköna som dväljs i många former. Först far ansvarslöst folk fram som elefanter i en porslinsbutik. Sedan riktar de hugg i ryggen på dem som får plocka upp resterna av förödelsen. Vad svensk narkotikadebatt främst av allt behöver är vissa gladiatorers definitiva uttåg.

Narkotikaepidemi och epidemidiskussion

INTRAVENÖST MEDICINMISSBRUK AV CENTRALSTIMULANTIA

Några viktiga omständigheter

Den intravenösa injektionstekniken måste givetvis alltid läras från någon erfaren missbrukare, vilket gör att man i denna missbrukarepidemi kan tala om "kontaktsmitta" i överförd bemärkelse. Några lär sig aldrig injektionstekniken utan sprutas alltid av andra. Flertalet amfetaminister tar som regel sina injektioner tillsammans med andra, och denna gruppaktivitet är karakteristisk för den aktuella epidemin.

Det förefaller som om gruppaktiviteten kring missbruket av centralstimulantia har en mycket intressant farmakologisk bakgrund vid sidan av den sociala. Vid djurförsök påvisade nämligen Chance (1946) att *den toxiska effekten av en och samma dos amfetamin ökar nästan tiodubbelt om de injicerade djuren (råttor) får vara tillsammans i grupper om tio i stället för en och en.* En sådan effekt finns inte vid exempelvis morfin, och vi vet också att morfinisterna heller inte ägnar sig åt intensivt gängmissbruk på samma sätt som missbrukarna av centralstimulantia. Även om gängmissbruk kring thinner, alkohol, hasch etc. är vanligt i ungdomskretsar är det sannolikt mindre markant än kring missbruket av centralstimulantia. Injektionstekniken, den illegala åtkomsten etc. främjar givetvis i sig en viss gruppaktivitet, men för centralstimulantia synes således även en specifik farmakologisk effekt spela en viktig roll. Dynamiken kring "knarkarkvartarna" kommer här i en ny belysning då de förutom sin sociala roll även förefaller att fylla samma funktion som råttburen. I ett av de tretton polisdistrikten i Stockholm, det svårast infekterade Mariadistriktet, uppskattade polisen hösten 1967 antalet "kvartar" till omkring 25; på dessa ställen pågår praktiskt taget ständigt missbruk, och folk kommer och går vid alla tider

på dygnet. Innehavarna av dessa tillhåll uppges som regel få sitt eget behov av centralstimulantia kostnadsfritt mot att de låter övriga missbrukare hålla till där. Huvudparten av klientelet utgörs av kriminellt belastade personer som omger sig med yngre missbrukare, i regel psykiskt skadade, rotlösa och vinddrivna ungdomar, många ännu inte kriminaliserade. De flesta av dem har rymt eller avvikit från sina hem (om de har några) och många av tonårsflickorna prostituerar sig för att skaffa medel till sitt och andras missbruk och uppehälle. Den huvudsakliga inkomstkällan torde för övrigt vara olika former av egendomsbrott, där som bekant stölder och särskilt checkbedrägerier spelar en framträdande roll.

Tabletterna krossas och löses i vanligt vattenledningsvatten, och lösningen brukar filtreras genom en bit bomull. Sprutorna är sällan sterila, ofta används samma sprutor och nålar av ett flertal missbrukare utan någon steriliseringsåtgärd. En sekundärepidemi av gulsot har utvecklats som följd av detta.

Det sedan snart tio år mest populära missbruksmedlet, Preludin, introducerades som bantningsmedel, och ordinationen var en tablett två—tre gånger dagligen en halvtimme före måltid. Såväl Preludin som Ritalina och en rad andra medel med centralstimulerande verkan används på likartat sätt i intoxikationssyfte. Missbrukarna tar ofta 20—30 upplösta tabletter i en enda injektion och upprepar dosen med några timmars mellanrum. Dagdoser om 300—400 tabletter har rapporterats. Ett vanligt missbruksmönster är att ta ett halvdussin injektioner per dygn och fortsätta på detta sätt en vecka eller mera utan sömn och med obetydligt med föda. Också vätskeintaget brukar bli lågt, eftersom Preludin kraftigt dämpar både hunger och törst. Ett vanligt svar, då man frågar missbrukarna varför de brukar bryta missbruksperioderna efter en vecka, är att de blir så torra i halsen att det känns obehagligt och att de brukar få sväljningssvårigheter. Naturligtvis är de då svårt uttorkade.

Missbrukarna talar mycket om den "kick", som de får just vid injektionen. De flesta uppger att de därvid upplever en utomordentligt stark lustförnimmelse, enligt många t. o. m. starkare än vid sexuell orgasm. Vid slutet av en period tar en del missbrukare injektioner av barbiturater eller av andra ro- och sömngivande

medel för "avtändning", andra faller i sömn utan särskild medicinering och sover sedan som regel ett dygn eller två. Ett vanligt mönster är att missbrukande ungdomar återvänder till hemmet efter en veckas injicerande i en knarkarlya, sover några dygn, äter och vilar ytterligare några dygn, badar och byter kläder och sedan försvinner tillbaka till gängen för nästa missbruksperiod. Detta kan pågå i månader och ibland i år utan att någonting avbryter dessa vanor, särskilt om vederbörande är över 21 år och inte längre lyder under barnavårdslagen.

Ett annat och kanske vanligare mönster är intensiva injektionsperioder med fria intervaller om veckor eller månader och ibland år. En del injicerar kring veckosluten och försöker klara sina arbeten under veckorna, men många tecken tyder på att det endast är en mindre grupp av dem som injicerar centralstimulantia regelbundet (exempelvis varje vecka eller var fjortonde dag), som i längden är i stånd att klara någon form av ordnat arbete.

De som har en stark fixering till intravenösa injektioner har en tendens att även försöka injicera andra läkemedel som de kommer över, när de inte kan uppbringa de begärliga preparaten.

Vi vet genom undersökningar i polisklientelet att åtskilliga missbrukare upphör med sitt missbruk lika plötsligt som de börjat, och det är möjligt att flertalet (lättare) fall trots allt och kanske efter flera återfall slutligen går till spontanläkning. Å andra sidan känner vi många som utan avbrott varit intensiva missbrukare i ett decennium eller längre.

Ännu vet vi inte hur många som avbryter sitt missbruk spontant efter en tid eller hur många som övergår till andra former av missbruk — det skulle i så fall närmast gälla alkohol. Den pågående undersökningen skall dock kunna ge svar på frågor av denna typ, då vi som nämnts får möjlighet att undersöka åtskilliga personer vid upprepade tillfällen med långa tidsintervaller och vi snart har en treårig observationsperiod för de omkring 500 fall som diagnostiserades 1965. Det kliniska intrycket är att beroendet blir starkare och prognosen sämre vid intravenöst missbruk än när medicinerna tas genom munnen.

Våren och sommaren 1967 genomfördes en omfattande intervjuundersökning av 250 intravenösa medicinmissbrukare och lika många kontrollfall ur polisklientelet i Stockholm. Vi använde oss

av ett intervjuinstrument om drygt 500 frågor, till sina bakgrundsdata identiskt med ett formulär som tidigare utarbetats för en venerea- och sexualvaneundersökning (Gustavsson och Israel). Över 95 procent av polisklientelet medverkade i undersökningen, som finansierades av socialdepartementet (narkomanvårdskommittén) och statens medicinska forskningsråd. Då andelen medverkande i Gustavssons och Israels undersökning av den ur mantalslängderna samplade normalpopulationen är av samma storleksordning erhålles ett unikt kontrollmaterial för jämförelser mellan polisklientelet (missbrukare och ej missbrukare) och normalpopulationen. Denna undersökning bör så småningom kunna ge svar på en rad frågor om de kriminellt belastade missbrukarnas bakgrund, frekvensen av missbruk i normalpopulationen och den sociala dynamiken kring det intravenösa medicinmissbruket.

Den kliniska bilden

De intravenösa medicinmissbrukarnas tillstånd är som regel dåligt, då de införs till polisen. De är ofta magra och undernärda, många har infekterade och obehandlade sår efter injektioner, stundom utbredda inflammationer i armarna. Armvecksvenerna är ärrifierade, likaså ofta venerna på underarmarna och händerna. Det finns patienter som injicerar i benen, ja t. o. m. i knävecken eller i de små venerna vid fotrandens insida, sedan alla vener på armarna blivit för sönderstuckna för att användas. En flicka omtalade att hon injicerade i blygdbehåringen, där hon också hade en hård och smärtsam inflammation; avsikten var att injektionsmärkena inte skulle upptäckas vid den ungdomsvårdsskola, som hon hade rymt ifrån. Naturligtvis hade tabletterna resorberats snabbare och givit en starkare effekt om de hade tagits genom munnen — och hon skulle då heller inte ha fått den smärtsamma inflammationen — men själva sprutan syns i många fall spela en statusbetonad och nästan rituell roll i dessa kretsar.

När missbrukaren är måttligt påverkad känner han sig upprymd, "hög", "på toppen", han är extremt pratsam och som regel mycket samarbetsvillig vid en psykiatrisk undersökning. Missbrukarna talar därvid öppet om sina missbruksvanor, sina levnadsöden etc. Som läkare har man i allmänhet inga svårigheter att

få fram praktiskt taget vilka uppgifter som helst trots att undersökningen sker i polisarresten. Naturligtvis har de psykiatriska undersökningarna en rent medicinsk målsättning, och vad patienten i förtroende meddelar är givetvis skyddat av läkarsekretessen. Detta torde vara välkänt i missbrukarkretsarna och är givetvis en förutsättning för fortsatt psykiatriskt och vetenskapligt arbete bland missbrukarna.

Preludinmissbrukarna — och kanske i ännu högre grad ritalinamissbrukarna — får regelbundet en stegrad misstänksamhet vid kraftigare missbruk, men vid måttliga doser saknas den sjukliga misstänksamheten ofta helt.

Den av centralstimulantia måttligt påverkade missbrukaren har vida pupiller, snabb puls (som regel över hundra slag per minut), han är rastlös, har svårt att sitta stilla men är sällan aggressiv. Vid starkare påverkan blir rörelserna överdrivna, slängiga, nästan dansande, vid ännu starkare påverkan dåligt samordnade. Mimiken kännetecknas av plötsliga, inadekvata, spasmliknande rörelser och ryckningar. Ibland kan man få se mimik av denna typ i journalfilmer från cykelloppet Frankrike runt och vissa andra tävlingar, främst professionella, där det är vanligt att idrottsmännen dopas. (I 1967 års Tour de France avled Englands främste tävlingscyklist, Tom Simpson, under loppet. Dödsorsaken var cirkulationskollaps under inverkan av doping, och amfetamin påvisades vid obduktionen. Den spanske stjärncyklisten Valentin Uriona avled under liknande omständigheter ett par veckor senare, meddelade Expressen den 1 augusti 1967. Doping har de senaste åren blivit ett stort problem även inom amatöridrotten, särskilt i elitsammanhang. Vid världsmästerskapen i modern femkamp hösten 1967 underrättades deltagarna i förväg om att dopingprov skulle tas på samtliga deltagare.)

Ljudupplevelsen förstärks även av små doser Preludin. Vid högre doser sänks ljudtoleransen, och även ljud av måttlig styrka kan därigenom bli svåra att fördra. Påverkade missbrukare blir lätt irritabla, det är inte ovanligt att de kastar föremål och bohag omkring sig när de blir uppretade, och ofta far de ut i hotelser mot anhöriga, som försöker vidta åtgärder för att få dem under vård eller på annat sätt försöker förhindra fortsatt missbruk. Det är däremot sällsynt att de misshandlar andra, vilket

starkt kontrasterar mot alkoholisternas uppträdande. Det är känt att vissa gamla alkoholister har gått över till preludinmissbruk, och den förklaring vederbörande brukar ge är att de inte lika lätt kommer i bråk med andra människor vid preludinmissbruk som vid alkoholförtäring. Det förekommer också att gamla alkoholister triumferande upplyser nykterhetsvårdstjänstemännen om att de "numera övergått till knark så nu har ni inte längre med mig att göra".

Av och till levererar missbrukarna spontant anmärkningar om Preludinets effekt på de sexuella upplevelserna: "Den som inte haft samlag utan att vara påtänd vet inte vad sexualliv är" etc. Mycket av detta är sannolikt utslag av drogromantik och sexualskryt. Däremot vet vi från kliniska intervjuer att den allmänt ökade och som regel mycket splittrade och impulsstyrda aktivitet, som utlöses vid kraftigare påverkan av centralstimulantia, i många fall tenderar till ökad promiskuitet, vilket är en helt annan sak.

Många kriminellt aktiva personer, som är läkemedelsmissbrukare och vilka jag har intervjuat i arrest eller fängelse, ser fram emot frigivningsdagen som den dag då de kan återuppta det intravenösa missbruket. Vid en föreläsning om narkomani på interneringsanstalten i Hall frågade jag en grupp unga interner, som hade missbrukat Preludin men som nu var intagna sedan en längre tid, vad de skulle föredra en enda kväll om de hade ett fritt val: alkohol i obegränsade mängder eller Preludin. Alla förklarade skrattande att de utan tvekan skulle föredra Preludin. När jag frågade vad de skulle föredra om de fick välja mellan en kvälls preludinmissbruk eller samvaro med en attraktiv sexualpartner, blev de konfunderade för några sekunder, men åtta av tio förklarade att de även i detta fall skulle föredra Preludin. Detta antyder att preludinbegäret för många har en driftsmässig karaktär och styrka.

Även några andra symtom vid kraftig preludinpåverkan kan vara av värde att känna till. Många missbrukare får vad de själva efteråt brukar kalla "städnoja": de plockar fram vad de har i lådor och garderober och kan arbeta i timmar eller dagar utan att få någonting i ordning. Ett annat symtom är en ofta rapporterad förlust av orienteringsförmågan utomhus, och detta även

i en mycket välkänd stadsmiljö. De brukar själva bli förvånade över detta och kan efteråt förklara att de visste exakt var de befann sig och vart de tänkte gå, men även om de hade gått vägen hundratals gånger förut så kunde de ändå inte hitta rätt.

De psykotiska tillstånden

Vi har nu kommit mycket nära de psykotiska tillstånden. I rapporten beträffande tillståndet hos s. k. "legala" narkomaner som omhändertagits av polisen (s. 345) refererades några psykoser orsakade genom överdosering av olika centralstimulerande medel. Personligen har jag undersökt närmare ett hundratal av dessa amfetamin-, preludin- och ritalinapsykoser, och det torde ha förekommit omkring ett par hundra sjukhusinläggningar av sådana fall i Stockholm under de senaste två-tre åren.

De psykotiska tillstånden vid missbruk av centralstimulantia synes vara förgiftningsdelirier (eller ett resultat av en växelverkan mellan förgiftning, uttorkning, låg kolhydrattillförsel och långvarig sömnlöshet), men det finns psykiatrer som uppfattar dessa tillstånd som abstinensfenomen. Mot hypotesen att det skulle vara fråga om abstinensdelirier talar mycket starkt att vi knappast sett några abstinensreaktioner — frånsett naturligtvis trötthet, hunger och törst — hos de hundratals svårt preludinförgiftade personer, som intagits på häktet och blivit kvar där i dagar eller veckor. Preludinpsykoserna, liksom motsvarande psykotiska tillstånd vid ritalina- eller amfetaminmissbruk, liknar till förvillelse akuta schizofrena attacker. Huvudsymtomen är mycket kraftiga förföljelseidéer och vanföreställningar, hörselhallucinationer och intensiv ångest, ofta stegrad till en våldsam fruktan att när som helst bli mördad.

Synhallucinationer förekommer inte heller, i varje fall är de utomordentligt sällsynta, medan s. k. paranoida illusioner, dvs. förföljelsefärgade vantolkningar av verkligheten, är mycket vanliga. En kriminell person som drabbas av en preludinpsykos brukar som regel se civilklädda poliser överallt, och han kan gå från fönster till fönster i timmar och spana efter poliser. Missbrukarna själva brukar kalla detta fenomen "polisnoja". Å andra sidan är det inte ovanligt att missbrukare med en lång kriminell

karriär bakom sig, personer som under normala omständigheter till varje pris försöker undvika all frivillig kontakt med polisen, kommer inrusande på en polisstation och skakar av skräck och begär skydd mot ligor, som de upplever har för avsikt att mörda dem. Ibland händer det att de därvid kommer i kontakt med någon polisman som aldrig stött på denna symtombild tidigare och som därför missuppfattar situationen och försäkrar att det inte står några beväpnade antagonister utanför dörren. När den sjuke i ett sådant fall trots enträgna uppmaningar vägrar att gå, brukar polisläkaren förr eller senare bli tillkallad. Dessa patienter accepterar tacksamt inläggning på psykiatriskt sjukhus som en trygg tillflyktsort utom räckhåll för sina fiender.

Som regel inträffar de psykotiska tillstånden efter flera dygns, ofta någon veckas intensivt missbruk, men jag har sett ett fall där svår preludinpsykos med mycket starka panikreaktioner inträffade hos en man som mindre än ett dygn tidigare utskrivits från Långholmen och omedelbart återvänt till en knarkarkvart och där fått stora doser Preludin intravenöst. På efternatten körde han med våldsam fart omkring i bil härs och tvärs i Stockholm och försökte skaka av sig obefintliga förföljande ligor. Slutligen körde han med full fart genom spärren in på polishusets gård och bad skälvande av skräck om skydd mot sina imaginära förföljare.

De psykotiska tillstånden kan således stundom innebära uppenbar livsfara — såväl för den sjuke som för omgivningen — på grund av de försvarsåtgärder som den sjuke kan känna sig föranlåten att vidta.

I ett fall av preludinpsykos slängde en ung man genom ett fönster på tredje våningen ut huvudparten av möblemanget i en lägenhet i avsikt att träffa personer, som han uppfattade vara förföljande, civilklädda poliser.

I ett annat fall av preludinpsykos stod en man i ett vidöppet fönster på andra eller tredje våningen och var beredd att hoppa ut på gatan. En polisman försökte förgäves lugna honom. Mannen förklarade att hans fästmö knackade på dörren och hotade att komma in och mörda honom. Han hörde i sina hörselhallucinationer fästmöns förebråelser och hotfulla röst och trodde inte polismannen, när denne försäkrade honom att det inte fanns

någon utanför dörren. Brandkåren tillkallades och spände upp ett hoppsegel. Just som polisen beredde sig tillträde till våningen genom att med våld öppna dörren hoppade mannen ut i tron att det var fästmön som bröt sig in. Jag undersökte mannen en halvtimme senare. Han hade lå lugnat sig något och förklarade att han kände sig säker på polisstationen, men han hörde fortfarande fästmöns hotfulla röst utanför på gatan. Denne man var 41 år och hade debuterat som intravenös preludinmissbrukare endast en vecka tidigare, men han hade tagit stora doser och varit "påtänd" hela tiden. Han uppgav vid undersökningen att han var mycket förvånad över fästmöns hotelser eftersom deras förhållande alltid hade varit mycket gott. Troligen hade mannen under sin missbruksperiod haft starka skuldkänslor gentemot fästmön, som på detta sätt kom att spela huvudrollen i hans hallucinationer och psykotiska vanföreställningar.

Utomordentligt bisarra symtombilder kan uppträda vid preludinpsykos. En ung pojke, som hade tagit Preludin intravenöst i stora kvantiteter periodvis under lång tid, omhändertogs då han hade rivit ned tapeterna i sin våning och var sysselsatt med att tvätta dessa noggrant i badkaret. Hans förklaring till detta var att han kände sig övertygad om att det fanns mikrofoner inbakade i tapeterna, och han var fast besluten att hitta dem.

När dessa psykotiska fall behandlas med vissa rogivande mediciner lugnar de snabbt ned sig. Efter några dagar är de återställda från själva psykosen och önskar då som regel lämna sjukhuset. Rylander (1966) har emellertid rapporterat enstaka fall av bestående paranoida personlighetsförändringar som resultat av långvarigt och intensivt preludinmissbruk i stora kvantiteter.

Epidemiutvecklingen 1965—67

Frekvensen av intravenöst medicinmissbruk bland stockholmspolisens klientel våren 1965 har tidigare berörts (s. 273). Sedan dess har utvecklingen fortsatt att accelerera i mycket snabb takt, vilket kunnat följas bland de mer än 10 000 omhändertagna som årligen införes till de centrala arrestavdelningarna i Stockholm. I tabell 12 redovisas en manuell bearbetning av under-

sökningsfynden från dessa armvensinspektioner under *andra kvartalet* åren 1965—67.

Armvensbesiktningen utföres av sköterskorna vid arresten. Under natten (22—09) är sköterskorna inte i tjänst, varför personer som införes under denna tid och avgår före morgonronden inte blir undersökta. Under det inledande skedet 1965 undersöktes alla åldrar. Då vi hittade mycket få äldre missbrukare (s. 273) sattes åldersgränsen för undersökningen vid personer födda 1925. Ett år senare blev det uppenbart att en snabb spridning av intravenöst medicinmissbruk även pågick i de äldre årgångarna, varför åldersgränsen justerades. Det höga antalet "ej undersökta" personer över 40 år under andra kvartalet 1966 sammanhänger med att denna förskjutning i åldersgränsen inföll under detta kvartal.

Totalantalet (enligt brottsbalken) omhändertagna med diagnostiserat intravenöst missbruk har som synes stigit mycket snabbt under denna period, för männen 158—236—506, för kvinnorna 43—50—121. Särskilt intressanta är procentsiffrorna, som visar att ökningen bland männen varit snabbast i de yngsta och äldsta åldersgrupperna. Antalet per kvartal omhändertagna kvinnor är relativt lågt, men tendensen är densamma i det ännu ej färdigbearbetade materialet för hela undersökningsperioden.

Medan var femte man som greps för brott i Stockholm 1965 — narkotikabrotten utgör här endast några få procent — var intravenös medicinmissbrukare, gällde detta var fjärde 1966 och var tredje 1967. Ökningen har varit betydligt snabbare 1966—67 än föregående år och detsamma gäller även för kvinnorna, där över hälften av de brottsomhändertagna nu är intravenösa missbrukare.

Bland personer omhändertagna enligt nykterhetsvårdslagen för förpassning till anstalt, inställelse till nämnden etc. (men exklusive fyllerifallen) är andelen intravenösa medicinmissbrukare högre för kvinnor än för män, men de absoluta talen är små (tabell 13).

Intravenöst medicinmissbruk har visat sig vara mycket sällsynt bland de utländska medborgare som gripits av polisen i Stockholm, och detta gäller även dem som omhändertagits enligt

brottsbalken. I denna kategori är intravenöst missbruk bland utlänningar mindre än en tiondel (3,4 %) av svenskarnas frekvenssiffror (tabell 14). Endast 25 av de under de tre kvartalen gripna utländska medborgarna var intravenösa missbrukare (någon enstaka person kan ha omhändertagits vid mer än ett tillfälle). Tyvärr synes det dock som om det skydd mot denna epidemi som utländskt medborgarskap tidigare utgjort håller på att luckras upp. Det är främst till den i stockholmsområdet mycket stora finländska befolkningsgruppen som ett epidemigenombrott har skett. Sammanlagt 19 av totala 25 fall (under de tre kvartalen), därav 12 av de 15 fallen under andra kvartalet 1967, utgjordes av finländska medborgare; därtill kom två tyskar, två norrmän, en dansk och en italienare. Detta innebär att den finländska befolkningsgruppen även relativt sett är överrepresenterad i epidemin jämfört med andra berörda utlänningsgrupper, men det innebär givetvis inte att finländarna är överrepresenterade i polisklientelet jämfört med andra utländska befolkningsgrupper i Sverige eller jämfört med den svenska befolkningen.

Personligen tror jag att det finns ett nära samband mellan accelerationen i missbrukets spridning och den intensiva kampanjen under denna tid för en liberal narkotikaförskrivning. Även det bevisligen mycket stora läckaget av förskriven narkotika ut på den illegala marknaden måste ha spelat en ödesdiger roll. *Vid den omfattande intervjuundersökningen bland polisklientelet våren och sommaren 1967 uppgav en fjärdedel av de "illegala" medicinmissbrukarna att de fått, köpt eller på annat sätt övertagit narkotika direkt från en person som vederbörande visste hade legal tilldelning.* Därtill kom direktkontakter där mottagaren inte har känt till avnämarens privilegierade ställning eller där mellanhänder medverkat. Eftersom intervjufallen är samplade är de i princip representativa för de över 2000 intravenösa missbrukare som diagnostiserats i polisklientelet. Utöver dessa 2000 av oss kända fall och de 150 som erhållit narkotikaförskrivning av dr Åhström finns sannolikt ytterligare minst ett par tre tusen intravenösa missbrukare i stockholmsområdet. Även en betydande del av dessa, rimligtvis en andel av samma storleksordning, bör ha haft en liknande direkt eller indirekt "drogkontakt" med Åh-

ström-gruppen, varför man grovt räknat kan gissa att åtminstone ett tusental personer — förutom Åhströms egna patienter — fått del av de förskrivna narkotikakvantiteterna. Vi såg hur enbart kring det relaterade dödsfallet fyra personer fick överta narkotika från en person med legal förskrivning under en tidsrymd av endast sex timmar.

Över huvud taget är epidemiutvecklingen i högsta grad alarmerande. Vad som är särskilt oroande är den våldsamma ökningen i åldrarna under 20 år, för pojkarna illustrerad av procentserien 3—11—28, för flickorna 15—26—51. Numerärt är pojkarna förstås betydligt flera bland de aktiva problemgrupper som omhändertas av polisen, men motsvarande kvinnliga klientel är mera nedgånget och hårdare belastat. Detta torde sammanhänga med att de vinddrivna flickorna, som i stor utsträckning försörjer sig på prostitution eller andra mer eller mindre tillfälliga manliga kontakter, kan sedimentera djupare än pojkarna innan de blir föremål för samhällsreaktioner. Pojkarna däremot är hänvisade till en mera aktiv och riskfylld kriminalitet och blir därför i större utsträckning och på ett tidigare stadium kända av myndigheterna (polis och barnavårdsnämnd). Dessa siffror aktualiserar en vidgning av indikationerna för tidigare samhällsreaktioner beträffande unga vinddrivna flickor, men dessa frågor skall tas upp i behandlingsavsnittet.

Att det intravenösa missbruket av centralstimulantia kommer att fortsätta att sprida sig både inom och utom polisklientelet i Stockholm och landet för övrigt kan det inte råda minsta tvekan om. Vi minns (s. 84), att den japanska metamfetaminepidemin, historiens närmaste motsvarighet till vårt narkomaniproblem, nådde en mångdubbelt större intensitet än vår nuvarande innan myndigheterna slutligen tog itu med epidemin på allvar. Många tecken tyder på att detsamma torde bli förhållandet här.

Tabell 12 a. Intravenöst medicinmissbruk bland svenska medborgare gripna enligt brottsbalken (i vissa fall barnavårdslagen) och införda till de centrala arrestavdelningarna i Stockholm andra kvartalet 1965, 1966 respektive 1967; män fördelade på åldersgrupper.

MÄN	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	Σ
II:a kv. 1965							
1. Missbrukare	6	60	62	22	8	1	158
2. Ej missbr.	190	189	98	89	62	38	666
3. Misstänkt missbruk	—	5	1	3	1	1	11
4. Vägrar undersökning	—	—	—	—	—	1	1
5. Ej undersökt	53	47	16	13	4	6	139
6. Totalantal	249	301	177	127	75	46	995
7. % missbrukare (1 i % av 1+2):	3,1	24,1	38,8	19,8	11,4	2,6	19,2
II:a kv. 1966							
1. Missbrukare	24	60	69	40	35	8	236
2. Ej missbr.	205	216	110	84	103	50	768
3. Misstänkt missbruk	1	4	6	1	—	1	13
4. Vägrar undersökning	1	2	1	4	—	—	8
5. Ej undersökt	70	46	26	18	20	71	251
6. Totalantal	301	328	212	147	158	130	1276
7. % missbrukare (1 i % av 1+2):	10,5	21,7	38,5	32,3	25,4	13,8	23,5
II:a kv. 1967							
1. Missbrukare	98	132	114	67	51	44	506
2. Ej missbr.	250	231	108	92	105	109	895
3. Misstänkt missbruk	—	3	—	1	—	—	4
4. Vägrar undersökning	2	2	3	3	5	5	20
5. Ej undersökt	69	33	14	7	12	4	139
6. Totalantal	419	401	239	170	173	162	1564
7. % missbrukare (1 i % av 1+2):	28,2	36,4	51,4	42,1	32,7	28,8	36,1

Tabell 12 b. Intravenöst medicinmissbruk bland svenska medborgare gripna enligt brottsbalken (i vissa fall barnavårdslagen) och införda till de centrala arrestavdelningarna i Stockholm andra kvartalet 1965, 1966 respektive 1967; kvinnor fördelade på åldersgrupper.

KVINNOR	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	Σ
II:a kv. 1965							
1. Missbrukare	9	22	6	2	3	1	43
2. Ej missbr.	50	16	6	6	4	2	84
3. Misstänkt missbruk	1	2	—	—	—	—	3
4. Vägrar undersökning	—	—	—	—	—	—	—
5. Ej undersökt	7	3	—	1	—	1	12
6. Totalantal	67	43	12	9	7	4	142
7. % missbrukare (1 i % av 1+2):	15,3	57,9	50,0	25,0	42,9	33,3	33,9
II:a kv. 1966							
1. Missbrukare	14	24	7	3	1	1	50
2. Ej missbr.	41	20	5	3	15	4	88
3. Misstänkt missbruk	2	1	1	—	—	—	4
4. Vägrar undersökning	—	1	—	—	—	—	1
5. Ej undersökt	8	8	3	2	1	7	29
6. Totalantal	65	54	16	8	17	12	172
7. % missbrukare (1 i % av 1+2):	25,5	54,5	58,3	50,0	6,3	20,0	36,2
II:a kv. 1967							
1. Missbrukare	58	32	15	7	6	3	121
2. Ej missbr.	55	29	9	3	5	3	104
3. Misstänkt missbruk	—	—	1	—	—	—	1
4. Vägrar undersökning	1	1	—	2	—	—	4
5. Ej undersökt	7	5	2	1	1	1	17
6. Totalantal	121	67	27	13	12	7	247
7. % missbrukare (1 i % av 1+2):	51,3	52,5	62,5	70,0	54,5	50,0	53,8

Tabell 13. Intravenöst medicinmissbruk bland svenska medborgare gripna enligt nykterhetsvårdslagen för förpassning till anstalt etc. och införda till de centrala arrestavdelningarna i Stockholm andra kvartalet 1965, 1966 respektive 1967; absoluta tal och procent av samtliga enligt nvl omhändertagna.

	1965	1966	1967
Kvinnor	4 (13,8 %)	6 (18,8 %)	8 (16,7 %)
Män	4 (4,8 %)	10 (7,5 %)	13 (7,1 %)

Tabell 14. Intravenöst medicinmissbruk bland utländska medborgare gripna enligt brottsbalken, utlänningslagen eller nykterhetsvårdslagen (exklusive fylleri) och införda till de centrala arrestavdelningarna i Stockholm andra kvartalet 1965, 1966 och 1967. Absoluta tal med totalantalet undersökta inom parentes.

Omhändertagna enligt	Brottbalken		Utlänningslagen och nykterhetsvårdslagen (exklusive fylleri)	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
1965	3 (159)	1 (12)	0 (91)	1 (6)
1966	3 (200)	0 (17)	1 (112)	1 (15)
1967	12 (164)	0 (24)	2 (195)	1 (15)
Summa	18 (523)	1 (53)	3 (398)	3 (36)

Gulsot och andra komplikationer

Olika former av infektioner och inflammationer förekommer i samband med bristfällig injektionshygien. Smärre lokala inflammationer i anslutning till injektionsstället är inte ovanliga men går som regel tillbaka även utan behandling. Stundom tillstöter lokal blodpropp i den injicerade venen eller infektionsspridning till de regionala lymfkörtlarna i armhålan eller ljumsken (vid injektion i benen). I ett fåtal fall utvecklar sig infektionen till sepsis eller allmän blodförgiftning. Ström (1967) rapporterar sex sådana fall från Roslagstulls sjukhus under åren 1962—66, därav ett med dödlig utgång. Frekvensen "vanliga" inflammationer måste sägas vara förvånansvärt låg med tanke på det stora antal personer som missbrukar läkemedel intravenöst och den nästan undantagslöst dåliga hygienen beträffande såväl själva

injektionerna som attiraljerna.

I ett avseende har dock en svår infektiös komplikation inträtt till det intravenösa medicinmissbruket. En sekundär epidemi av gulsot, s. k. inokulationshepatit, har som följd av detta utvecklats i missbrukarkretsar. Smittämnet är ett virus som sprids från person till person via "blodsmitta", det inokuleras, exempelvis genom bristfälligt steriliserade injektionsattiraljer. Engångssprutor av plast går över huvud taget inte att sterilisera, men inte heller de som håller sig med glassprutor av traditionell typ brukar göra sig mödan att koka sprutor och spetsar, utan dessa går ofta laget runt. Denna gulsotsform smittar även om en droppe sjukt blod, eller material som varit i kontakt med sjukt blod, kommer in i något litet sår eller en spricka i huden. Inkubationstiden är lång (2—4 månader) och sjukdomen karakteriseras av en leverinflammation som påverkar allmäntillståndet i varierande grad. Under sjukdomens första fas är många patienter ganska medtagna, men man beräknar att *flertalet virussmittade aldrig blir gula men väl smittbärare,* i många fall kanske för resten av livet. Normalt brukar de gula och kliniskt påverkade få räkna med någon månads påtagligt sjukdomstillstånd i anslutning till gulsot av denna typ.

Det första fallet av säkert diagnostiserad inokulationshepatit hos intravenös medicinmissbrukare upptäcktes hösten 1962 vid Roslagstulls sjukhus; detta fall hade sålunda smittats under sommaren 1962. Frekvensen av denna typ av gulsot (av missbrukarna själva nonchalant kallad "knarksot", "pumpsot", "kanylrost" etc.) har därefter stigit mycket snabbt. Ström (1967) redovisar följande serie för åren 1962—66: 2—14—81—71—269 och för första halvåret 1967 275 diagnostiserade fall vid Roslagstulls sjukhus; en fjärdedel har varit kvinnor.

Särskilt anmärkningsvärd och oroande är den mycket snabba ökningen av gulsotsfallen i de yngsta åldrarna (15—20 år); medelåldern har successivt sjunkit och ligger nu omkring 20 år. Samma intensiva spridning av det intravenösa missbruket i de yngre åldrarna har som nämnts konstaterats i polisklientelet i Stockholm. Att den i polisklientelet också påtagliga frekvensökningen av intravenöst medicinmissbruk i de högre åldrarna inte slagit igenom i sjukhusdiagnostiserade gulsotsfall beror sannolikt

främst på två faktorer: för det första torde de äldre missbrukarna vara bättre förtrogna med hepatitens spontanförlopp och känna till att det inte finns någon radikalbot utan att behandlingen omfattar provtagningar, sängläge, vila, diet, kontrollundersökningar etc. varför dessa patienter i större utsträckning än de yngre kan förmodas underlåta att söka vård vid sjukhus; för det andra är missbrukar- och gängkontakterna sannolikt talrikare och mera kortvariga bland det yngre klientelet, vilket skulle öka hepatitrisken för de yngre missbrukarna.

Hepatit är inte någon banal sjukdom, vilket de flesta intravenösa medicinmissbrukare tycks tro. Även om sjukdomen praktiskt taget alltid går till spontanläkning och prognosen på kort sikt är god, medför en genomgången hepatit en försvagad lever. Louria, som har stor erfarenhet av denna komplikation till intravenöst missbruk, betonade under sitt stockholmsbesök hösten 1967 att hepatiten medför väsentlig risk för leveratrofi, skrumplever etc. senare i livet. Ström påpekar att de bland missbrukarna ofta återkommande gulsotsattackerna inte motsvarar förnyade virusinfektioner av samma slag som tidigare, eftersom genomgången hepatit medför immunitet mot detta virus. Det är i stället fråga om återkommande akut insufficiens hos en genom inokulationshepatit skadad lever ofta i direkt anslutning till förnyad injektion av olika läkemedel direkt i blodbanan.

Vården av de gula narkomanerna bör därför ske på sjukhus. Detta var också ursprungligen regeln vid Roslagstulls sjukhus, där man från hösten 1962 under två år vårdade 130 fall. Flertalet av de gula medicinmissbrukarna kunde dock inte inordna sig i sjukhusrutinen (Agell, Lundbergh och Svanbom, 1965), det förekom ideligen medicinmissbruk på avdelningen, många medpatienter blev svårt terroriserade av narkomaner och i några fall introducerades medicinmissbruk hos medpatienter, som tidigare aldrig varit missbrukare. Då vården blev övermäktig för personalen, som hotade med massuppsägning, avbröts den kliniska vården av de gula narkomanerna och de har därefter skötts polikliniskt.

Detta torde dock inte vara tillfredsställande, särskilt som åtskilliga gula toxikomaner driver omkring i kvartarna även när de är akut leversjuka. Vården av dessa fall synes lämpligen böra

ordnas i direkt samband med narkomanvården i övrigt: de hör närmast hemma på särskilda hepatitavdelningar vid de psykiatriska sjukhusen, då narkomanin är deras huvudsjukdom. Hepatitbehandlingen bör i dessa fall lämpligen utföras som en inledande del av narkomanibehandlingen.

Inokulationshepatit i anslutning till den aktuella narkotikaepidemin drabbar dock inte enbart missbrukarna själva. Särskilt blodgivarorganisationen, sjukhuslaboratorierna och dialysavdelningarna med s. k. konstgjorda njurar har drabbats hårt. För några år sedan förekom årligen endast något enstaka fall av hepatit genom blodsmitta bland personalen vid våra sjukhuslaboratorier; 1966—67 inträffade ett 80-tal fall under en tolvmånadersperiod enbart i Stockholm! På Långholmen blev en äldre vaktman smittad genom beröring med blod från ett trasigt provrör; han hade tidigare praktiskt taget aldrig varit sjuk men avled av den hepatit han ådragit sig i tjänsten. För äldre personer är sjukdomens akutfas väsentligt allvarligare än för yngre.

För dialysfallen är man ofta i behov av stora kvantiteter givarblod, och risken att därvid få virusinfekterat blod är avsevärd. Tidigare gick vissa delar av de konstgjorda njurarna inte att sterilisera, men för att förebygga de nytillkomna riskmomenten har man fått tillgripa en ny konstruktion av vissa delar (dialystrummorna).

Då inokulationshepatiten som nämnts i vissa fall medför mångårig — kanske livslång — smittsamhet och då hepatiten i många fall förblir oupptäckt genom att vederbörande aldrig blir gul är det *viktigt att alla intravenösa medicinmissbrukare avstänges från blodgivning på livstid. Detta förutsätter en central registrering av de intravenösa missbrukarna liksom att intravenöst medicinmissbruk på grund av denna smittrisk upptas bland de för läkarna anmälningspliktiga sjukdomarna.*

ADEKVAT NARKOMANVARD

Några teoretiska aspekter

Narkomani eller väl etablerat läkemedelsmissbruk är alltid ett allvarligt sjukdomstillstånd med dyster eller osäker prognos. Det är

dessutom ett sjukdomstillstånd som uppvisar många paradoxala drag och som ofta är mycket svårt att förstå sig på inte bara för lekmän utan även för läkare och andra professionella människovårdare som inte råkar ha djupgående specialkunskaper och långvariga erfarenheter av just dessa tillstånd. Vad som gör giftberoende så svårförståeligt är den paradoxala oförenligheten mellan å ena sidan patientens klara, ordnade intellekt och kanske till synes goda insikt om sin belägenhet och å andra sidan hans kanske förödande missbruk och skenbart fullständigt omotiverade beteende. Orsaken till denna paradox är dock i grunden enkel: giftberoende är ett exklusivt emotionellt problemkomplex och som sådant i många fall i mycket liten utsträckning intellektuellt bearbetningsbart.

Allvarligt giftberoende företer vissa likheter med de emotionella psykoserna (paranoia, depression, mani etc.), där den intellektuella sektorn också i princip är intakt men där den sjuke med kraften av en naturlag styrs av sin emotionella rubbning. Det till synes rationella resonemang som exempelvis en paranoiker kan föra kring sin besatthet är i grund och botten uttryck för en pseudoinsikt, och detsamma är ofta fallet med toxikomanens syn på sig själv. Det resonemang narkomanen gärna utvecklar kring sin situation kan ofta te sig förledande för den oinvigde, som inte är i stånd att skilja de intellektuella skenargumenten från den emotionella kraft som driver den sjuke. Toxikomanen är dock såtillvida bättre ställd än paranoikern att han i många fall, åtminstone tillfälligtvis, kan iaktta sig själv och sin belägenhet och i bästa fall också diskutera öppet kring dessa förhållanden med sin läkare; men om den sjuke inte förmår bryta sitt giftberoende blir den reella insikten många gånger så smärtsam att den måste förträngas för att tillvaron skall bli uthärdlig. Detta är bakgrunden till vad som — i praktiken — ofta etiketteras som förljugenhet, opålitlighet, omoral etc. hos den sjuke.

Vi har tidigare påpekat att narkomani i många fall får en driftsmässig karaktär och styrka. Om individen betingas till en kemiskt framkallad tillfredsställelse som han kanske upplever starkare än sexuell tillfredsställelse bör man inte förvåna sig över att ett sådant tillstånd är svårbehandlat. Om den sjuke därtill redan innan narkomanin etablerades hade djupgående sociala

eller personlighetsmässiga störningar (eller bådadera) och dessa kanske lade hinder i vägen för normala lustupplevelser (sexuella, sociala, ekonomiska etc.) blir toxikomanin ytterligt svårbehandlad, särskilt som den kemiska lustupplevelsen — vid tillgång på giftet — inte förutsätter några komplicerande personliga relationer och dessutom för en tid kan upprepas på ett sätt som är omöjligt för lustupplevelser av varje annat slag.

Det finns många såväl kliniska som teoretiska och laboratoriemässiga rön som talar för att denna preferens — drogeffekten framför "naturlusten" — verkligen snuddar vid narkomanins innersta väsen. Vid den internationella etologikonferensen i Saltsjöbaden 1967 redovisades fynd av stort intresse i detta sammanhang. Ur en refererande artikel av konferensens generalsekreterare Eric Fabricius citerar vi följande intressanta passus:

Man har funnit att primära reaktioner som hunger, törst, aggression och fortplantningsbeteende styrs av bestämda fält i främst mellanhjärnan och att överensstämmelsen mellan människan och övriga ryggradsdjur går mycket långt i fråga om dessa organisationsförhållanden.

Normalt är dessa system så organiserade att de endast aktiveras genom stimuli karakteriserande situationer där motsvarande beteende leder till ökad överlevnadschans. Aktiveringen har ett nära samband med vad man kallat motivation och fungerar som förstärkning vid inlärning av andra stimuli som uppträtt i denna situation. Om man genom elektroder direkt aktiverar ett sådant fält blir följden en "kortslutning", och en råtta som får möjlighet att själv framkalla denna aktivering genom att sluta en kontakt glömmer snart all annan verksamhet och hemfaller helt åt "lasten" att skaffa sig denna uppenbarligen intensiva njutning som egentligen, bildligt talat, var magneten i kontrollsystemet för något för artens existens väsentligt beteende. En liknande "kortslutning" ligger måhända bakom effekten av vissa narkotika.

En rad utländska undersökningar visar att toxikomani som regel har många olika och på skiftande sätt samverkande orsaksfaktorer och mekanismer. Nästan undantagslöst kommer missbruket ganska sent i en missanpassningsprocess, där psykiska störningar av varierande typ och styrka föregår, ofta även manifesterade i

symtom på social missanpassning. Trassliga hemförhållanden, skolsvårigheter med skolk och avbrutna studier, rotlöshet, tendens till hopklumpning i gäng tillsammans med andra vinddrivna, håglösa eller asociala ungdomar är ett genomgående bakgrundsmönster hos flertalet ungdomsnarkomaner av vår epidemiska typ.

Nu behöver man i och för sig inte vara vare sig djupgående psykiskt störd eller socialt missanpassad för att bli narkoman — lika litet som råttan i det refererade experimentet; praktiskt taget vilket försöksdjur som helst kan narkomaniseras liksom sannolikt praktiskt taget varje läsare av denna bok; kokainet skulle troligen kunna fånga oss alla. Ju större tillvänjningseffekt ett gift har och ju mera lättillgängligt det är, ju flera de giftberoende är i samhället och ju mera socialt accepterat giftbruket blivit, desto större blir risken för utveckling av giftberoende bland folk utan allvarligare psykiska eller sociala handikapp. Hos oss kan vi bäst studera detta fenomen vid alkoholismen, som inte sällan grundläggs genom ett socialt välaccepterat sällskaps- och representationsdrickande. Den snabba spridningen av intravenöst missbruk av centralstimulantia börjar också i stigande utsträckning affektera kretsar där missbruk av denna typ hade varit nästan otänkbart för några år sedan, t. ex. bland universitetsstudenter.

I detta sammanhang måste vi också erinra om att alla former av väletablerat giftberoende är svåra att bryta, även de oskyldigaste och mest banala. Svårigheterna vid avvänjning från tobaksrökning är välkända. Alla som upplevde andra världskrigets hårda kafferansonering erinrar sig vilka offer koffeinisterna var beredda att göra för att komma över någon liten extratilldelning från folk som inte var lika kaffeberoende som vi andra.

Behandlingsmotivation

Genomgående för nästan alla former och tillstånd av giftberoende är en dålig behandlingsmotivation vis à vis giftberoendet som sådant. Detta är karakteristiskt även vid banala toxikomaniformer. Den inbitne rökaren, som ideligen besväras av svåra bronkiter, kan besöka alla tillgängliga halsspecialister och tack-

samt pröva alla erbjudna medikamenter mot bronkit, men han är sällan beredd att acceptera den enda verkligt adekvata åtgärden — att sluta röka. På samma sätt söker alkoholisten gärna behandling för alla direkta och indirekta kroppsliga och nervösa besvär som alkoholberoendet ger upphov till och han vädjar kanske om hjälp med de personliga, sociala och ekonomiska komplikationer som alkoholismen kan medföra, men innerst inne är den alkoholberoende som regel sällan beredd att göra upp med själva alkoholbruket som sådant. Giftberoendet har antagit en driftsmässig karaktär och styr den sjuke som har mycket begränsade möjligheter att själv återta styrkontrollen över sitt speciella gift.

När det gäller våra klassiska narkomaniformer är behandlingsmotivationen om möjligt ännu sämre. Detta gäller patienter ur alla kategorier — även exempelvis narkomaniserade läkare — men behandlingsmotivationen blir givetvis bättre i de fall den sjuke har en ordnad tillvaro att återgå till och särskilt om han har ett avsevärt tryck på sig att uppfylla behandlingsvillkoren med risk att han annars mister exempelvis sin legitimation e. l. Omvänt blir motivationen sämre ju mera hopplös vederbörandes allmänna sociala situation är, men den är under praktiskt taget alla omständigheter dålig jämfört med förhållandet vid nästan alla andra kroppsliga och psykiska sjukdomstillstånd (frånsett möjligen paranoia och vissa former av schizofreni).

Vid intervjuer med ett stort antal preludinmissbrukare ur stockholmspolisens klientel har flertalet inte ens velat medge att det intravenösa missbruket utgjort något problem för dem — annat än manifesterat i svårigheten att komma över tabletter. Av och till kan de av polisen omhändertagna visa sig mycket vårdsökande men på ett ytligt och opportunistiskt sätt, t. ex. inför risken att hamna på fängelse eller liknande. Om man i en sådan situation lyckas ordna med en vårdplats på ett psykiatriskt sjukhus visar vederbörande ofta stor lättnad och tacksamhet. Om han nästa minut underrättas om att han är fri från brottsmisstanken har jag bland hundratals fall ännu inte upplevt att vederbörande vidhållit sin strax dessförinnan intensivt uttryckta vårdönskan. ”Då söker jag på egen hand i stället” och liknande undanflykter blir det besked man får, innan den sjuke skyndar

sig iväg till sina gamla miljöer och missbruksmönster. Liknande erfarenheter beskrivs på ett drastiskt och genuint sätt av skyddskonsulent Märta Gabrielson i en årsberättelse från 1966, citerad i narkomanvårdskommitténs första delbetänkande (s. 145):

Den enskilde befattningshavaren inom kriminalvården känner sig ofta ställd och hjälplös vid konfrontation med en narkotikamissbrukande klient. Klienten dramatiserar ofta sina svårigheter och symtom 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 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".

Traditionell narkomanvård

Knappast något psykiatriskt tillstånd är mera svårbemästrat ur behandlingssynpunkt än narkomani. Detta har dels sin grund i att själva det toxikomana begäret är utomordentligt svårt att lösa upp — oberoende av grundpersonligheten — sedan det väl etablerats, dels i att toxikomanierna till övervägande del drabbar psykiskt sköra eller störda personer. Toxikomanin representerar för vissa en möjlighet till flykt från vardagens stress och påfrestningar, dvs. främst för mera känsliga, sårbara och mindre robusta personligheter med sänkt tolerans mot obehag, fysisk och psykisk smärta etc. för andra en njutningskälla, som de sjuka inte är beredda att avstå ifrån, dvs. främst personer med ett avvikande tillfredsställelsebehov, ofta grundlagt under barnaårens utvecklingsprocess, då de inte betingats till den normala människans mönster av sociala tillfredsställelser — exempelvis tillfredsställelsen över att göra sitt bästa, att kunna slutföra svåra arbetsuppgifter trots påfrestningar, att uppleva primärgruppens (familjens och arbetskamraternas) och samhällets accepterande, uppskattning och erkännande etc. För många svåra narkomaner representerar drogeffekten kanske den enda starka tillfredsställelse de upplevt i livet.

Slutligen kompliceras toxikomanin många gånger av att den skadade individen kommit på kant med hela sin sociala miljö och fått störda relationer till familj och vänner, en dålig arbetsanpassning, i många fall med asocialitet och kriminalitet som direkta följdsymtom (medan i andra fall kriminaliseringen som nämnts föregått narkomaniseringen).

Om toxikomani skall behandlas med utsikt till bestående framgång måste behandlingen sikta på en djupgående omdaning av den sjukes hela livssyn och inte minst hans uppfattning om sig själv. Det är en yrkesmässigt svår och ytterligt tålamodskrävande och långvarig process, som i många fall ändå resulterar i upprepade bakslag och återfall.

1965 publicerades en rapport från den psykiatriska universitetskliniken i Oslo beträffande en efterundersökning av 122 narkomaner och läkemedelsmissbrukare. Vid efterundersökningstillfället (1—10 år efter sjukhusvistelsen, i genomsnitt 5 1/2 år för mor-

finister, 6 år för barbituratmissbrukare, 2 år för meprobamatmissbrukare och 4 1/2 år för övriga) hade 48 av de 62 narkomanerna och 34 av de 60 läkemedelsmissbrukarna återfallit. (Retterstöl och Sund, 1965) Patienterna i den norska undersökningen synes huvudsakligen tillhöra vår epidemiologiska grupp 2 (av läkare omedvetet etablerade toxikomanier hos neurotiker, smärtplågade kroppssjuka och dylikt), och inslaget av svårt karaktärsstörda asociala och kriminella patienter torde ha varit mycket litet. För den senare gruppen, som är så starkt överrepresenterad i den aktuella svenska missbruksepidemin, torde prognosen vara väsentligt sämre.

I Norge har man Europas så vitt bekant enda narkomansjukhus, Hov i Land, tolv mil norr om Oslo. Vid sjukhuset, som tidigare har varit länslasarett, har man bedrivit narkomanvård i fem års tid under ledning av dr Arnfinn Teigen. Denne har vid flera föredrag i Sverige redogjort för sina erfarenheter, och det finns all anledning att återge en del av de synpunkter som därvid redovisats, då denna behandling torde motsvara en mycket avancerad narkomanvård.

Enligt dr Teigen är olika former av giftmissbruk i Norge lagstiftningsmässigt sammanförda under nykterhetsvårdslagen (liksom i Finland) och 60—70 procent av de 280 patienter, som man dittills hade behandlat i Hov, hade tvångsintagits genom de folkvalda nykterhetsnämnderna. De övriga patienterna hade överförts från fångvårdsanstalter, andra sjukhus eller kommit direkt från hemmen. Vad beträffar de kriminellt belastade ansåg man sig endast kunna ta hand om dem som primärt var toxikomaner och sekundärt hade kriminaliserats, dvs. fall där kriminaliteten var ett följdsymtom till toxikomanin. De primärt kriminella, som sedermera även utvecklat ett missbruk, anser man sig för närvarande inte ha några möjligheter att ta sig an i Hov.

Behandlingen tar i första fasen sikte på avgiftning, den fysiska avvänjningen. Därvid används gängse medicinska metoder — vid behov fallande doser (för morfinister och barbiturister), äggviterik kost (narkomanerna är ofta undernärda) etc. Så snart den fysiska avvänjningen klarats av och intagningsundersökningar och diagnostiska samtal slutförts, gör man upp en individuell behandlingsplan för varje enskilt fall. Den långsik-

tiga, psykosociala avvänjningen vidtar sedan och inleds som regel med lustbetonad arbetsterapi av hobbykaraktär, senare följd av successivt doserade arbetsuppgifter av mera krävande art.

Man bedriver en omfattande grupp- och individualterapi, och målsättningen är att väcka och utveckla sjukdomsinsikt och behandlingsmotivation, självkänsla och stresstolerans etc. I många fall är det svårt att motivera patienterna för en mera ambitiös och djupgående psykoterapeutisk behandling, i andra fall bedriver man en långsiktig och avancerad psykoterapi.

Behandlingen, som sker under successivt tilltagande frihet (patienterna får efter en tid röra sig fritt ute i samhället, får permissioner etc.), är starkt regimbetonad med en strävan efter ett aktivt och meningsfyllt dagsprogram, men man är mycket noga med att patienterna hela tiden skall förstå och acceptera behandlingen. En organiserad gruppaktivitet är utbyggd kring musik- och språkstudier, cirklar och diskussioner i allmänna och kulturella ämnen, hobbyverksamhet, fysisk träning etc.

Beläggningen utgöres av både män och kvinnor (30 %), och medelåldern är relativt hög; flertalet är 30—50 år och sju (av de 280 hittills vårdade) har varit äldre än 60 år. Flertalet är yrkesutbildade arbetare, en mindre grupp egna företagare och akademiker. Medicinalpersonal, den gamla klassiska morfinistgruppen, utgör 10 %, varvid läkarhustrur inkluderats. En tredjedel av patienterna hade blivit beroende av narkotika under behandling för någon kroppssjukdom, en grupp som är numerärt mycket obetydlig i den aktuella svenska narkotikaproblematiken.

Till de 36 vårdplatserna finns två läkare, en kurator och en psykolog, men man anser sig behöva ytterligare tre läkare för att balansera det terapeutiska behovet. Med 15 sjukskötare (man har behov av tillsyn och viss vakt hela dygnet) och teknisk och administrativ personal blir de anställda lika många som patienterna.

Vårdperioderna är relativt långa och har successivt ökat under de fem åren, allt efter som erfarenheterna av denna vårdform fördjupats. *Vårdperioder om två, tre månader har nämligen som regel visat sig gagnlösa och resulterat i snabba återfall. Vårdtiden bör enligt dr Teigens erfarenheter vara minst sex månader, helst ett år.* Tvångsintagning enligt den norska nykterhetsvårds-

lagen kan i princip utsträckas till två år. Retentionsrätten anses ofrånkomlig, då man eljest i många fall inte skulle kunna bygga upp en behandlingsmotivation, innan patienten skulle skriva ut sig.

En långvarig eftervård — "ungefär fem år som vid cancerfall" — med regelbundna stödkontakter (som organiseras i Oslo, där huvudparten av patienterna är hemmahörande) är erforderlig, om ett gott behandlingsresultat skall kunna säkerställas. Någon systematisk efterundersökning har man ännu inte hunnit göra, då sjukhuset varit i verksamhet relativt kort tid och observationstiderna efter avslutad sjukhusvård för många ännu är obetydlig.

Behandling av narkomaniserade läkare

För att belysa svårigheterna och den dubiösa prognosen vid all narkomanibehandling skall vi renodla själva beroendefaktorn så långt som möjligt. Vi skall eliminera alla dessa överväldigande sociala komplikationer som omger stora grupper av våra unga toxikomaner av epidemisk typ: dålig eller obefintlig yrkesutbildning, låg social och yrkesmässig status, dålig ekonomi, arbetslöshet och bostadsbrist, långvarig social rotlöshet med splittrade hem (egna eller föräldrarnas eller bådadera), i många fall kriminell belastning, genomgående dålig insikt i de beroendeframkallande medlens verkningar och destruktivitet etc. De socioekonomiska bristerna och komplikationerna upplevs ofta av den sjuke, de anhöriga, av sociala hjälporgan och många gånger även av behandlande läkare som de faktorer som framför andra konserverar missbruket och gör all framgångsrik behandling svår eller omöjlig och som svarar för att vederbörande snabbt återfaller efter aldrig så ambitiöst upplagda behandlingsperioder på sjukhus eller efter enklare behandlingsarrangemang på ungdomsvårdsskolor eller fångvårdsanstalter.

Det vore därför intressant att välja ut en socialt maximalt gynnad toxikomangrupp — narkomaniserade läkare — och se efter hur det går för sådana narkomaner. De har en god utbildning, ett kvalificerat yrke att falla tillbaka på, möjlighet att med ekonomisk framgång och utan ekonomiska risker verka som egna fria yrkesutövare utan fordrande eller oförstående chefer,

de har ordnade bostadsförhållanden, det överväldigande flertalet av dem är gifta och har barn, de är praktiskt taget aldrig kriminellt belastade och de har de insikter om beroendeframkallande medel och narkomani som en läkarutbildning och komplicerande personliga erfarenheter givit dem. Så gynnad kan genomsnittsnarkomanen uppenbarligen aldrig bli. Hur går det då för dessa särskilt privilegierade narkomaner?

Innan vi går närmare in på detta måste vi erinra om att sannolikt ingen annan yrkesgrupp har en så hög narkomanifrekvens som läkarna. Modlin och Montes (1964) refererar till ett antal undersökningar från USA, England, Tyskland, Holland och Frankrike; dessa visar alla att de narkomaniserade läkarna utgör omkring 15 procent av alla kända narkomaner i dessa länder. Gruppen utgör en procent av den amerikanska läkarkåren (Winick, 1965), och allt talar för att den är av samma storleksordning i Europa. Detta gör narkomani 30—100 gånger vanligare bland läkare än bland den övriga befolkningen. Dessa bakgrundsförhållanden är viktiga att känna till då man annars lätt kan tro att de narkomaniserade läkarna skulle utgöra en exklusiv grupp av mycket udda personligheter och att resultaten av behandlingen av dem inte skulle ha någon relevans för andra toxikomangrupper. Så förhåller det sig alltså inte.

Några ord om de narkomaniserade läkarnas bakgrund kan också vara på sin plats. Modlin och Montes (1964) har undersökt en grupp om 25 narkomaniserade läkare och funnit att det rådde trassliga familjerelationer i barndomshemmet men dessa patienter hade varit mycket ambitiösa i skolan. "Få var intresserade av idrott och utomhussport. Ungdomligt revolterande, idealism, asketism och oro (turbulence) saknades helt eller förekom ytterst sparsamt." De flesta var genomsnittligt utrustade (för den grupp de tillhörde) men de hade höga och orealistiska ambitioner och stora förväntningar på framtiden. "När de har nått sina praktiskt realiserbara mål försvinner också de naiva förväntningarna om ett framtida paradis; då sätter desillusionen och den reaktiva regressionen in. Troligen är det fråga om samma grundläggande mekanism hos den 'typiske' ickemedicinske narkomanen. Då han emellertid saknar läkarens yttre grundvalar — en säker inkomst, social status, akademisk utbildning och kvalificerad yrkesposition

— kommer han att uppleva den avgörande desillusionen tidigare i livet", dvs. debutera som narkoman vid yngre år än dessa läkare.

Pescor (1942) har lämnat en redogörelse för 47 narkomaniserade läkare, som behandlats vid narkomansjukhuset i Fort Worth i Texas åren 1938—42. Sex månader efter utskrivningen hade 50 procent klarat sig från återfall (såvitt man kan se bedömt efter patientens egen utsago), 27 procent hade återfallit och återstoden var döda, hade inte besvarat förfrågningar eller var omöjliga att spåra. Pescor summerar, sedan han räknat upp en lång rad av den sjuke läkarens sociala fördelar framför genomsnittsnarkomanen: "Likväl, trots alla dessa fördelar har han liten, om någon, bättre utsikt till bot än den vanlige narkomanen."

I sin redan nämnda studie redogör Modlin och Montes för erfarenheter beträffande 30 narkomaniserade läkare som under en femtonårsperiod vårdats vid C. F. Menninger Memorial Hospital, där läkare utgjort 46 procent av narkomanifallen under den aktuella perioden. Fem skrev snabbt ut sig mot de behandlande läkarnas inrådan och uteslöts ur redogörelsen; de bör dock förstås närmast räknas som misslyckade behandlingsfall. Av återstående 25 (med en genomsnittsålder av 41 år vid behandlingstillfället och med narkotikadebut tre år tidigare) kunde 5 inte spåras vid efterundersökningen (minst tre år efter utskrivningen). Av därefter resterande 20 var 3 med säkerhet döda (två genom självmord) och tre vägrade att medverka vid efterundersökningen, vilket i detta sammanhang rimligtvis bör tolkas som att de fortfarande hade besvär med sitt giftberoende. Endast 11 i hela gruppen hade underkastat sig den långvariga psykiatriska vård som ansågs erforderlig, "åtminstone två år av kombinerad sjukhusvård och ambulant psykoterapi eller psykoanalys". 7 av dessa 11 — och strängt taget av hela den ursprungliga gruppen av 30 — syntes ha botats från sitt giftberoende (dock även här endast baserat på patienternas egna uppgifter och avsaknad av objektiva kriterier på motsatsen under observationsperioden). En av de övriga som underkastat sig den långvariga behandlingen hade i stället blivit alkoholist och haft flera attacker av delirium tremens; två andra hade återfallit, återintagits och undergick behandling då rapporten avgavs. Mindre än en fjärdedel av de narkomani-

serade läkarna i den ursprungliga gruppen om 30 hade således botats, dvs. samma proportion som vi tidigare rapporterat från Norge beträffande "vanliga" narkomaner — dock inte av vår epidemiska typ.

Förutom behandlingsresultaten skall vi citera några andra intressanta rön från Modlins och Montes' undersökning: "Flertalet sjukhusinläggningar (i den aktuella läkargruppen), inklusive dem vid vårt sjukhus, var inte frivilliga utan påtvingade patienterna genom påtryckningar från hustru, föräldrar, släktingar, kolleger, hälsovårdsmyndigheter eller Federal Narcotics Bureau. Endast tre kom till oss frivilligt. Trots de talrika individuella olikheterna mellan dessa patienter förnekade huvudparten av dem allvarliga narkotikaproblem, och de delade illusionen att de kunde sluta att ta narkotika när helst de så önskade."

Beträffande behandlingen betonar författarna: "Sjukhusinläggning är ett nödvändigt första steg i behandlingen (i annat sammanhang nämner de sex månaders sjukhusvård som ett minimum) och ingen kompromiss bör komma ifråga i detta avseende. Den narkomaniserade läkaren har många karakteristika gemensamt med andra narkomaner: benägenheten för rationalisering, förställning, vankelmod, svepskäl och undanflykter är obegränsad. Det råder fullständig enighet på denna punkt i litteraturen. Det är nedslående att se den narkomaniserade läkaren, som kommer från ett högt socioekonomiskt skikt, har en avancerad utbildning, har blivit indoktrinerad med den medicinska etikens regler och har hustru och barn att ta hänsyn till, att han trots dessa faktorer som skulle förmodas öka hans motivation att söka hjälp inte gör detta enligt våra erfarenheter."

"Fortfarande återstår obesvarade frågor", skriver Modlin och Montes. "Varför envisas de med att motsätta sig den behandling som kan befria dem från narkomanin? Varför är dessa Hippokrates lärjungar, utbildade att vårda mänskligt liv och värna mot mänskliga plågor, inriktade på att fördärva sig själva och skada sina närmaste? Det mest genomgående svaret från patienterna själva är att de eftersträvar eufori — den subjektiva sensation som den giftberoende längtar efter och olyckligtvis kan skaffa sig. De tycks finna dessa flyktiga stunder av fullständig njutning och tillfredsställelse — dessa spänningsfria episoder av nirvana då de

inte eftersträvar någonting och inte upplever några besvikelser — så begärliga att de är beredda att betala vad dessa stunder än kan kosta dem."

NYA VÄGAR INOM NARKOMANIBEHANDLING

Det säger sig självt att då behandlingsresultaten vid narkomani även under maximalt gynnsamma förhållanden är avgjort dåliga måste nya grepp på vårdproblematiken prövas. En förutsättning för dylikt experimenterande med svårt sjuka människor är dock att det utföres av vetenskapligt kompetent folk som tillgodogjort sig tidigare vetenskapliga erfarenheter på området, att det finns genomtänkta, logiskt uppställda och välmotiverade hypoteser, att dessa prövas under kontrollerade former och att även ogynnsamma resultat redovisas öppet så att alla kan dra lärdom även av misstagen. Att underlåta att publicera negativa behandlingsresultat är inte bara en dumhet, det är ett brott mot elementär vetenskaplig metodik och etik. Försöksverksamhet som inte uppfyller dessa krav är i grund och botten kvacksalveri oavsett vilka som utför den och oavsett vilken myndighet som i sista hand bär ansvaret för den.

Metropolitanprojektet

Vid den stora narkomanikonferensen i Los Angeles 1963 (de viktigaste föredragen har utgivits av Wilner och Kassebaum, 1965) lämnades flera värdefulla bidrag om narkomanibehandling. Freedman redogjorde för ett ambitiöst forsknings- och behandlingsprojekt vid Metropolitan-sjukhuset i East Harlem, mitt i ett av världens mest heroininfekterade områden. I november 1959 öppnade man där två behandlingsavdelningar om sammanlagt 50 bäddar för manliga heroinister. Sjukhuset är av allroundkaraktär och de aktuella vårdavdelningarna hör till den psykiatriska kliniken. Patienterna rekryteras främst genom en hjälpbyrå för narkomaner och en poliklinisk central. Inläggningen är helt frivillig. Svårigheten att underhålla ett avancerat heroinberoende med illegala inköp, den svåra sociala misären och höga arbetslösheten i området och de korta vårdtiderna (i genomsnitt 28 dagar) kan förmodas bidra till att patienterna vänder sig till

kliniken för frivillig vård. Man har väntelista med några veckors väntetid, väljer ut intagningsfallen och koncentrerar sig på dem som uppfattas som mera gynnsamma. Patienterna behandlas som vilka andra patienter som helst och har alltså sin fulla rätt att när som helst avbryta behandlingen, vilket också förekommit i ett inte närmare angivet antal fall, särskilt i början av projektet innan man hade insett att de som avgiftas med fallande doser inte bör blandas på samma avdelning med dem som redan är avgiftade. De avgiftade hade ofta provocerats av de nyanländas drogtilldelning; många övermäktigades därvid av sin gifthunger och gav sig i väg från sjukhuset.

Rutinen omfattar tio dagars heroinavgiftning med fallande doser metadon — alltid den enklaste fasen i all narkomanibehandling — varefter patienterna överföres till rehabiliteringsavdelningen, där de som regel stannar ett par tre veckor. Man har lagt stor vikt vid socialkurativ assistans och intensiv psykoterapi individuellt och i grupp (påbörjad redan före inläggningen) samt poliklinisk eftervård och social klubbverksamhet.

Resultaten förefaller nedslående. Freedman rapporterar att av de 490 patienter som behandlats från november 1959 till september 1961 uppehöll endast 66 eftervårdskontakt sistnämnda månad; därtill kom ytterligare något dussintal som hade kontakt med klubbverksamheten. Man har mycket bristfälliga informationer om drogvanorna även hos dem som fortfarande är aktuella vid eftervårdsorganisationen eftersom provtagningar inte förekommer. Freedman konstaterar att eftervårdsverksamheten således upplevs som meningsfull endast av var sjunde patient men tillägger att man hade varit inställd på ett dåligt resultat. Freedmans slutsats är att psykoterapi är av mycket begränsat värde i narkomanibehandling, vilket också tidigare visats i olika sammanhang.

Freedman poängterar med kraft att narkomani av "modern type" — vad vi har kallat toxikomani av epidemisk typ — är en social sjukdom och att den största vikt måste läggas på preventionen. Samtidigt synes de nedslående behandlingsresultaten ha fört Freedman i riktning mot Lindesmiths och Cheins kapitulationspolitik och argument för liberal förskrivning, som i grunden är oförenlig med ett effektivt preventionsprogram.

Metadonbehandling

I kapitlet om opiaterna såg vi hur morfin och en rad olika morfinderivat och syntetiska motsvarigheter hade så likartade verkningar att de kunde vikariera för varandra: abstinensfenomen i anslutning till exempelvis heroinmissbruk kunde kuperas med det syntetiska metadonet. Vi erinrar oss också den toleransstegring som är typisk för denna preparatgrupp och som medför en stark tendens till dosökning. Det finns dock en övre gräns för kroppens förmåga att ta emot dessa substanser vid maximal toleransstegring (omkring 1,3 gram morfin per dygn enligt Maurer & Vogel, 1967). Ytterligare tillförda opiater har därefter ingen effekt utan avgår med urinen. Intressant i sammanhanget är också de olika morfinliknande preparatens varierande verkningstid: vid herointillförsel inträder abstinensfenomen redan efter 1—2 timmar, vid morfintillförsel efter 3—6 timmar men för metadon först efter ett dygn.

På grundval av dessa farmakologiska förhållanden började amerikanen Dole 1963 att experimentera med att tillföra det långtidsverkande metadonet till ett antal unga heroinister, s. k. gatunarkomaner från slumdistrikten i New York. Dole tillförde under en sexveckorsperiod successivt allt större doser metadon (uppblandat i apelsinjuice och intaget under medicinsk kontroll) och mättade på detta sätt heroinisten med detta långtidsverkande morfinersättningspreparat med resultat att även starka heroininjektioner inte längre hade någon euforiserande effekt. Inte heller själva metadontillförseln gav någon euforisk effekt vid denna långsamma dosstegring eller senare då mättnadsdosen hölls konstant utan patientens grundstämning och grundpersonlighet återställdes. Många kom snabbt igång i ordnat arbete och kunde lämna den kriminella tillvaro de tidigare varit piskade att ägna sig åt för att finansiera sitt missbruk och sina "kickar".

Gunne (1966) har lämnat en utförlig redogörelse för metadonmetoden och introducerat den vid Ulleråkers sjukhus. Vid sitt besök i Sverige våren 1967 rapporterade Dole och hans medarbetare Nyswander att de hade behandlat 400 heroinister med till synes fullständig framgång: ytterligt få hade avbrutit behandlingen, som alltså efter en sexveckors inställningsperiod på

sjukhus omfattar ett dagligt polikliniskt besök för att tömma en bägare metadonjuice. Genom fortlöpande urinkontroll såg man efter att vederbörande inte missbrukade heroin eller andra farmaka. Även den sociala återanpassningen hade genomgående varit mycket framgångsrik för hela gruppen.

Detta förefaller alltså vara ett synnerligen lovande framsteg inom narkomanibehandlingen, det hittills kanske mest rationella. Men varje metod har sina begränsningar. För det första är metadonmetoden givetvis tillämplig enbart vid opiatberoende. Någon metod att farmakologiskt blockera effekten av centralstimulantia har inte upptäckts och är ännu inte ens teoretiskt skönjbar. Däremot föreligger redan teoretiska och praktiska rön som tyder på att det inom den närmaste framtiden blir möjligt att blockera alkoholeffekterna (Goldberg). För vårt vidkommande har metadonmetoden således ett begränsat värde och är aktuell endast för våra fåtaliga morfinister. Professor Gunne har också i flera sammanhang erbjudit sig att ta hand om alla landets morfinister vid sin forskningsavdelning i Uppsala och ställa in dem på metadon, varefter de skulle kunna få sina underhållsdoser metadonjuice dagligen hos distriktssköterska eller liknande instans. Men morfinisterna föredrar morfininjektioner på egen hand och bibehållna euforimöjligheter framför den morfinblockering som metadonbehandling innebär. Det synes därför som om en restriktiv narkotikapolitik är en förutsättning för att förmå opiatberoende personer att acceptera morfinblockerande behandling.

Det måste också påpekas att det ännu är för tidigt att dra definitiva och generella slutsatser av Doles och Nyswanders behandlingsmetod. Den är uppenbart verksam på stora grupper amerikanska slumheroinister, vilka tillhör i alla avseenden missgynnade befolkningsgrupper. Samtidigt med metadonbehandlingen har dessa ungdomar — som delvis är självselekterade genom frivillig medverkan, delvis försöksselekterade då vissa fall avvisats — blivit föremål för omfattande socialkurativa insatser. Några kontrollserier där dessa båda komponenter varierats föreligger ännu inte, varför man inte säkert vet vad som kan tillskrivas den ena eller andra typen av åtgärder. Erfarenheterna från behandlingen av de narkomaniserade läkarna tyder dock på att de sociala arrangemangen skulle vara av sekundär karaktär i

sammanhanget. Det återstår också att se hur stor del av New Yorks heroinister som — trots sitt beträngda läge — är beredda att acceptera metadonbehandling och därmed avstå från sina korta stunder av heroineufori.

Ur teoretisk synpunkt kan det vara på sin plats att påpeka att den vid vetenskapliga experiment inom klinisk farmakologi gängse dubbelblindmetodiken inte är etiskt försvarbar i detta sammanhang. Metoden innebär att man eliminerar läkarens och patientens medvetna och omedvetna subjektiva och suggestiva inflytande genom att alternerande tillföra testsubstansen och en eller flera helt eller delvis overksamma kontrollsubstanser ur kodifierade och för såväl läkare som patient okända förpackningar. Om denna metod användes här skulle en patient, som tror sig vara metadonblockerad men en tid fått en overksam kontrollsubstans, kunna avlida omedelbart om han tog en heroindos av den styrka han tidigare varit van vid och som vid metadonblockering skulle ha varit verkningslös.

Såväl Dole och Nyswander som Gunne vänder sig med skärpa mot alla former av toxikoman självmedicinering med opiater i behandlingssammanhang över huvud taget.

Synanon

En intressant och framgångsrik behandlingsmetod har utvecklats inom Synanon-rörelsen. Denna startades i Kalifornien 1958 av Charles E. Dederich, en dynamisk, initiativrik och insiktsfull man som själv under många år lidit av ett svårt alkoholberoende. I hans hem samlades en grupp personer tillhörande Alcoholics Anonymous till regelbundna och intensiva diskussioner kring sitt alkoholberoende, och snart upptogs även några narkomaner i denna gruppaktivitet. Många visade sig ha en påtaglig nytta av dessa skoningslöst rättframma symposier, av en deltagare vid ett tillfälle felaktigt benämnt "synanons" vilket kom att bli rörelsens namn.

Verksamheten blev allt mera omfattande, flera hemlösa och vinddrivna kom att slå sig ned hos Dederich eller i det omedelbara grannskapet och en gruppaktivitet av storfamiljskaraktär växte spontant upp kring honom. Efter ett år hade verksamheten

fått en sådan fasthet och struktur att man 1959 kunde etablera ett eget behandlingssamhälle. Ett fyrtiotal f. d. narkomaner (män och kvinnor, unga och gamla, vita och färgade, protestanter, katoliker och judar) övertog då en stor, äldre militärbyggnad i Santa Monica i Kalifornien och upprättade under Dederichs ledning ett fast strukturerat och strängt disciplinerat kollektiv med en omfattande terapeutisk, social och ekonomisk aktivitet.

Gruppen kräver fullständig avhållsamhet från alla former av narkotika ("all kinds of drugs") och alkohol och förbjuder varje form av fysiskt våld. Nya medlemmar tas upp efter prövning. Allvaret i de sökandes önskan att byta livsform prövas genom väntetider, och de nytillkomna (praktiskt taget uteslutande heroinister) måste underkasta sig avvänjning utan fallande doser eller lugnande medel ("cold turkey"). Under avgiftningen behandlas de fast och korrekt men utan medlidande eller pyssel, och den sjuke erinras om att alla i gruppen genomgått samma procedur. Efter avgiftningen får noviserna snabbt ta del i göromålen inom kollektivet, men de första månaderna är de endast medlemmar på prov. Nykomlingarna får ta hand om de smutsigaste uppgifterna och finna sig i att helt underordna sig det strängt patriarkaliska och auktoritära systemet. Successivt erhåller vederbörande allt mera kvalificerade och ansvarsfulla arbetsuppgifter. Ekonomisk ersättning förekommer inte utan belöningar sker i form av ökad status i gruppen, förtroendeuppdrag och bättre arbets- och bostadsförhållanden. Bestraffningar för brott mot gruppreglerna, olydnad, oärlighet etc. har formen av degradering till lägre arbetsuppgifter, klander och avbön inför gruppen och i vissa svåra fall håravklippning. Det strängaste straff som utdöms är en kortare eller längre tids förvisning från kollektivet, men den utstötte är alltid välkommen tillbaka om han lovar bot och bättring och finner sig i att börja om från nedersta trappsteget i kollektivhierarkin.

Kärnan i verksamheten är de dagligen återkommande gruppdiskussionerna i större och mindre enheter. Under ledning av äldre synanonmedlemmar nagelfars vars och ens bakgrund, psykiska och sociala felutveckling och de dagliga komplikationerna i kollektivet. Denna intensiva gruppdynamik har givit upphov till en djup intressegemenskap och stark samhörighetskänsla.

Rörelsen har vuxit snabbt och omfattade redan 1963 400 medlemmar; flera dotterkolonier hade bildas. Man bedriver en omfattande ekonomisk verksamhet och är i huvudsak självförsörjande. Då man slår vakt om fullständigt oberoende och självstyre accepterar man inte kommunala och federala anslag men är i viss mån beroende av privata donationer.

Behandlingsresultaten inom kollektivet har varit utomordentligt goda medan flertalet av dem som lämnat gruppen snabbt har återfallit i sin sjukdom. Rörelsen strävar därför efter att bibehålla medlemmarna inom kollektivets ram, och det förekommer familjebildningar inom gruppen. Yablonsky och Dederich (1965) har lämnat en utförlig redogörelse för Synanons ideologi, struktur och verksamhet, och Kihlbom (1967) har rapporterat från ett studiebesök hos Synanon i Santa Monica.

Förutom att Synanon erbjuder en ordnad och meningsfull tillvaro för ett stort antal tidigare rotlösa narkomaner, som i många fall vandrat in och ut ur fängelser och mentalsjukhus, spelar rörelsen en stor preventiv roll då den eliminerar de smittrisker som medlemmarna under vanliga förhållanden skulle ha utgjort i samhället. Därtill kommer mycket betydande nationalekonomiska fördelar då en amerikansk heroinist enligt Dederich som regel spenderar 25 dollar per dag på sin heroinkonsumtion och tvingas stjäla för cirka 100 dollars värde för att inbringa 25 dollar i valuta.

På samma sätt som ett frivilligt accepterande av metadonbehandling väsentligen grundar sig på en tvångssituation, där toxikomanens "frivilliga" val mellan olika alternativ i realiteten är ytterst begränsat, torde Synanon-rörelsens absolutistiska linje i viss mån förutsätta det indirekta stöd som en restriktiv narkotikapolitik i samhället innebär.

Även om många narkomaner inte passar för Synanons livsform och vice versa så är detta självstyrda terapeutiska samhälle, som drivs utan inblandning av professionella människovårdare av något slag, en utmaning både mot den traditionella narkomanvården och vårt moderna, industrialiserade, urbaniserade, kommersialiserade och anonyma massamhälle med sina växande skaror av rotlösa och alienerade unga människor som upplever tillvaron som meningslös och sig själva som betydelselösa. Det

är från dessa kretsar nya narkomaner av epidemisk typ främst rekryteras.

VAD SKALL VI GÖRA?

Vår situation är prekär. Det intravenösa missbruket sprider sig snabbt över landet, varje dag passerar ett antal missbrukare "kroniseringsgränsen", nya fall tillkommer i allt snabbare takt och grannländerna är allvarligt hotade. Som bönderna i Fontamara ställer sig alla frågan: Vad skall vi göra?

Först måste vi då själva besvara en fråga: Är vi inställda på att fånga in och med kraft driva tillbaka epidemin eller skall vi acceptera en ny missbruksform väsentligt mera förödande än alkoholismen? Flertalet tycks vara inställda på fortsatt motstånd och även kräva offensiva motåtgärder. Då döljer sig svaren på våra frågor i konsten att våga föreslå och genomdriva impopulära åtgärder.

Skärpt narkotikakontroll

Resultaten av den maximalt gynnsamma vård som de narkomaniserade läkarna fick enligt Modlins och Montes' program (s. 426) är nedslående men ytterst viktigt att hålla i minnet. Det är uppenbart att även om vi mobiliserade huvudparten av Sveriges 700 psykiatrer och därtill tusentals andra befattningshavare (psykologer, sköterskor, kuratorer, terapeuter av olika slag och en uppsjö av annan vårdpersonal) från andra redan nu svårt underbemannade vårdgrenar och anslog hundratals miljoner kronor för traditionell institutionsvård samt i ett omfattande eftervårdsprogram skaffade fram bostäder och arbete åt alla rotlösa och vinddrivna intravenösa medicinmissbrukare måste vi troligen ändå räkna med sämre behandlingsresultat än vad man uppnådde med de narkomaniserade läkarna. Fråga är till och med om vi över huvud taget skulle lyckas bota folk i samma takt som de nu dras in i missbruket — ett eller annat tusental per år.

Problemet måste följaktligen angripas från andra utgångspunkter. Ett nödvändigt första steg är att försöka genomdriva en internationell narkotikaklassificering av centralstimulantia (och

kanske även av barbiturater) så att dessa medel inte längre kan köpas mer eller mindre fritt i vissa länder. Den vettigaste radikalboten vore *en internationell överenskommelse om totalförbud för tillverkning av centralstimulantia.* Det obetydliga legitima medicinska behov som våra mycket få narkolepsipatienter representerar kan enkelt täckas genom licensförfarande, och redan tillgängliga fabrikslager torde räcka en mansålder för denna patientgrupp. Just denna missbruksform är nu under snabb spridning även i USA (främst metamfetamin), och detta kommer troligen att påskynda lösningen av de internationella kontrollfrågorna beträffande centralstimulantia.

Vid en diskussion kring narkotikaproblemen vid ett offentligt möte i Medborgarhuset i Stockholm (oktober 1967) poängterade också socialminister Sven Aspling den internationella kontrollens avgörande roll för narkomanibekämpningen och strävandena att framtvinga en indirekt behandling genom att dränera själva giftträsket. Aspling aviserade vid detta tillfälle också en skärpt lagstiftning beträffande olaga befattning med narkotika. Han angreps därvid häftigt av dr Nils Gustavsson, som hävdade att Asplings tal om internationell kontroll endast var dimridåer för att dölja att samhället inte kunde erbjuda våra tusentals vinddrivna medicinmissbrukande ungdomar adekvat vård. När vi med nuvarande metoder troligen inte skulle kunna bota mer än en bråkdel av de allvarligt sjuka blir de högljudda ropen på "adekvat vård" i själva verket opportunistiska bortförklaringar för att man inte vågar föreslå de impopulära åtgärder som är ofrånkomliga.

I vårt land har genom en rad olyckliga omständigheter, som vi tidigare i detalj tagit del av, en stor missbrukarpopulation uppstått och därmed även en stor marknadsefterfrågan på centralstimulantia. Situationen har successivt förvärrats, främst beroende på missbrukets höga smittsamhet, i andra hand på missbrukets destruktivitet som medför att många missbrukare snabbt faller ur produktionen och därefter ägnar sig åt olika former av kriminalitet där olaga narkotikaförsäljning i enlighet med det klassiska kedjebrevssystemet blir en central födkrok.

Denna utveckling synes vara irreversibel, sedan missbrukspopulationen och behovet av missbruksmedlen nått en viss nivå, dvs. man hejdar inte missbruksepidemins vidare spridning genom

att "legalisera" handeln, även om illegaliseringen i sig själv bidrar till spridningsmekaniken. Från juridiskt, sociologiskt och nationalekonomiskt håll har teorier av denna innebörd framförts, men det väl etablerade missbruket följer sina egna biologiska (och inte ekonomiska) lagar — den mekanismen kan praktiskt studeras i frekvensförändringarna för avancerat alkoholmissbruk i anslutning till slopandet av spritransoneringen. Svårare former av alkoholmissbruk har som bekant stigit utomordentligt den senaste tioårsperioden i enlighet med missbrukets biologiska lagar. Analogt med detta bör man heller inte förvänta sig att den socialt (men inte medicinskt) oskyldiga nikotinismen skall dämpas av att man sätter upp ett större antal tobaksautomater i gathörnen.

Från många håll har man starkt polemiserat mot gängse internationell lagstiftning, som kriminaliserar köp och innehav av narkotika vid sidan av legala förskrivningar. Förutom resonemanget ovan om "kedjebrevsmekaniken" har kritikerna hävdat, att lagstiftningen i realiteten kriminaliserar själva toxikomanin, dvs. en sjukdom. Resonemanget torde vara logiskt invändningsfritt så länge det gäller obehandlade narkomanier. Men dessa är inte bara sjukdomar utan ofta svårt smittsamma och medicinskt och socialt allvarliga sjukdomar — för individ och samhälle som regel både medicinskt och socialt vida allvarligare än exempelvis syfilis! Därför bör samhället kräva att narkomaner undantagslöst underkastar sig medicinsk behandling, och de som vägrar detta får räkna med att de kan bli föremål för polisiära ingripanden och juridiska påföljder, om de bryter mot gällande lagar. Om vi i folkhemmet hade några tusen syfilitiker som gick omkring och spred smitta och vägrade att underkasta sig behandling, skulle en upprörd opinion kräva skyndsamma samhällsåtgärder, och dessa skulle heller inte utebli.

Förutom illegal import av och handel med toxikomaniframkallande medel måste vi tyvärr även räkna med illegal tillverkning. Det finns inom den kriminellt belastade populationen i landet åtminstone ett dussintal personer, som behärskar konsten att tillverka amfetaminlösningar, och flera hemkokerier har som bekant beslagtagits under årens lopp. Ingredienserna för amfetamintillverkning kan köpas i apotek och färghandel; att tillverka

det närbesläktade Preludinet är dock något mera komplicerat.

Hittills har lagstiftare och domstolar sett ganska milt på sådant olaga narkotikainnehav som uppenbarligen varit avsett för eget bruk, och vederbörande har praktiskt taget undantagslöst fått åtalseftergift. Men om vi verkligen har för avsikt att kämpa ned epidemin måste även dessa fall bli föremål för aktiva vårdåtgärder, även om den främsta effekten endast skulle bli att man för en kortare tid eliminerade en smittkälla ur epidemidynamiken. Åtgärder av denna art bör rimligtvis verka starkt återhållande på andra ungdomar att av nyfikenhet börja injicera centralstimulantia, men erfarenheterna från heroinepidemin i USA kan lika väl sägas tyda på motsatsen. Många faktorer verkar dock i antagonistisk riktning och vad vi kan avläsa i faktisk epidemistatistik är endast resultanten av alla dessa faktorer.

Frihet och tvång

Innan vi går närmare in på en diskussion om den konkreta utformningen av en framtida svensk toxikomanvård måste vi beröra vissa principiella frågor om frihet och tvång, om individ och samhälle, om rättigheter och skyldigheter.

Frihet är alltid ett relativt begrepp; frihet är insedd nödvändighet lärde Friedrich Engels redan för mer än hundra år sedan. Vi betalar frivilligt vår restskatt därför att vi inser att vi inte har något egentligt val. Av samma anledning släpar vi oss varje vardagsmorgon ur sängen för att gå till arbetet etc. Men vårt viljeliv kan spåra ur, vi kan förlora kontrollen över oss själva och bli slavar under destruktivt giftberoende. Själv inbillar sig toxikomanen att han är en fri människa ("jag kan sluta när som helst om jag vill") och hans närmaste brukar också tro det (annars skulle de inte tjata på honom att "rycka upp sig"), men den sjukes förödande livsföring bevisar motsatsen.

Vi har tidigare visat att många, sannolikt huvudparten av de narkotikasjuka, inte önskar underkasta sig den långvariga vård som på ett tidigt stadium av sjukdomen skulle kunna hjälpa dem att bli kvitt sitt giftberoende. Vi vet att vi sällan lyckas bota kroniska alkoholister vare sig med eller utan frihetsberövande, men vård mot vederbörandes vilja blir ändå många gång-

er ofrånkomlig vid en rad tillfällen (delirium tremens, när vederbörande är så nedsupen att han är helt ur stånd att ta vård om sig själv, när han terroriserar och misshandlar sina närmaste eller utgör ett allvarligt hot för dem). Om vårdåtgärderna skulle ha fått någon effekt mot själva alkoholberoendet skulle de ha satts in på ett mycket tidigare stadium, kanske ett eller annat decennium tidigare.

Vad beträffar narkotikamissbruk bland yngre människor, främst det intravenösa missbruket av centralstimulantia, barbiturater och opiater, vet vi att ett svårt beroendeförhållande etableras mycket snabbare än vid alkoholmissbruk, där vederbörande först efter 5—10 års intensivt missbruk företer en fullt utvecklad alkoholism. Vid regelbundet opiatmissbruk är det endast fråga om veckor innan vederbörande fastnar i missbruket, när det gäller centralstimulantia och barbiturater är det fråga om månader upp till ett eller annat år. När missbruket pågått över dessa tidsrymder synes en kvalitativ förändring inträda i sjukdomstillstånd och prognos: vederbörande har kroniserats och möjligheterna till framgångsrik behandling har som regel försuttits. Att med hänvisning till tal om individens frihet i sådana fall argumentera emot vård mot vederbörandes vilja är en till humanitet förklädd okunnighet och kortsynthet; i bästa välmening förvägrar man i själva verket dessa patienter den enda chans som står dem till buds att få möjlighet att utveckla en positiv vårdmotivation, hitta sig själva och vägen tillbaka till hälsa innan det är för sent.

Vi måste acceptera att den narkotikaberoende är så svårt sjuk på viljelivets område att han i sin belägenhet inte kan bedöma vad som på längre sikt är bäst för honom själv. Dessa tankegångar kan verka provocerande för den som inte har djupare kunskaper om och erfarenheter av allvarliga psykiska sjukdomstillstånd i allmänhet och narkomani i synnerhet, men det är en banal självklarhet för den som under en tioårsperiod har utfärdat vårdattest eller vårdintyg för s. k. tvångsinläggning av ett tusental patienter på mentalsjukhus och praktiskt taget aldrig erfarit att någon patient efter tillfrisknandet haft någon invändning mot vårdarrangemanget.

Vid giftberoende måste den avgörande frågan för ställningstagande till vårdåtgärder mot den sjukes önskan baseras på a)

tillståndets allvarlighetsgrad, b) tillståndets behandlingsbarhet och/eller c) dess smittsamhet. Däremot är det helt sekundärt vilket toxikomaniframkallande medel som vederbörande är beroende av: alkohol, thinner, opiater, centralstimulantia, barbiturater, hallucinogener etc. Medlens kemiska natur i sig har ingen betydelse i detta sammanhang men väl ur epidemi- och preventionssynpunkt. En lagstiftning som föreskriver vård vid alkoholmissbruk (av endemisk typ) men inte beaktar missbruk (av epidemisk typ) av betydligt farligare medel är ålderdomlig och helt inadekvat.

Den svårt giftberoende skadar inte bara sig själv och sina närmaste, han skadar också allvarligt hela samhället, dvs. alla medmänniskor i samhället. Här betyder samhällsformer och ideologier ingenting; den svårt giftberoende blir mer eller mindre socialt insufficient och därmed får de friska dra också hans del av lasset. Detta gör de friska som regel utan att knorra men de bör å sin sida ha rätt att begära att den sjuke i gengäld underkastar sig den behandling som möjligen kan hjälpa honom att bli frisk och därmed lätta bördan för de friska. Om den giftberoende därtill är höggradigt smittsam (vilket bestäms av sjukdomsformen och inte av honom själv) är de friska i sin fulla rätt att kräva att den sjuke underkastar sig vård. Detta är självklart när det gäller våra traditionella epidemiska sjukdomar och måste bli lika självklart när det gäller narkomani av epidemisk typ. I sista hand blir det ändå en fråga om hur många utslagna toxikomaner ett samhälle kan bära — och frågan är lika aktuell oavsett samhällssystemet.

Principiella synpunkter på vårdapparaten

Hela den mycket omfattande vårdsektorn — kropps- och mentalsjukvården, barn- och ungdomsvården, socialvården, nykterhetsvården etc. — är i skriande behov av en genomgripande strukturrationalisering. De olika vårdgrenarna har vuxit fram kring olika sjukdomsgrupper eller sociala insufficienssymtom och utvecklats var för sig. Samordningen mellan vårdorganisationerna och även mellan olika avsnitt inom varje gren har varit obetydlig eller obefintlig. De olika vårdorganen har i mycket kommit

att fungera som symtomorgan, och den hjälpbehövande människan eller problemfamiljen kan samtidigt vara mer eller mindre aktuell för behandling vid dussintalet olika enheter som alla gör sina utredningar, för sina journaler och har sina egna assistenter, kuratorer, läkare etc. Delvis har vårdapparatens splittring haft sin grund i skilda huvudmannaskap (primärkommuner, landsting och stat har svarat för olika sektorer, där gränsdragningarna ibland blivit horribla: en skröplig åldring skall skötas av kommunen, en kroppssjuk åldring av landstinget och en psykiskt sjuk skulle till helt nyligen skötas av staten), men samordningen har tidigare inte varit bättre i våra storstäder med samlat huvudmannaskap. En långtgående integrering av de sociala sektorerna har dock de senaste åren kommit till stånd på flera håll i landet, och Malmö har lett utvecklingen på detta område.

En långt driven specialisering har många fördelar att bjuda både patienten/klienten, vårdpersonalen och samhället; detta kan bäst exemplifieras av den avancerade medicinen. Men en organisatorisk integrering måste föra de människovårdande specialiteterna närmare varandra för att bättre kunna hjälpa hela människan, som ofta lider av mer än en sjukdom eller brottas med mer än ett slags problem, men också för att bättre tillvarata samhällets resurser. Det gäller således att bibehålla specialiseringens förtjänster och samtidigt söka eliminera olägenheterna med nuvarande splittring samt att bryta ut oförenliga funktioner och element som av ålder sammanförts i samma vårdorgan.

Uppenbarligen är det dags att göra en genomgripande funktionsanalys av alla vårdsektorerna. Troligen skulle det visa sig ändamålsenligt att försöka samla preventivt verkande och uppspårande aktiviteter för sig, socialkurativt och medicinskt vårdande för sig och på olika sätt kontrollerande och repressiva funktioner för sig. Likaså bör alla de former av tvångsåtgärder som av och till blir oundgängliga inom vårdsektorn och som nu regleras av epidemilagen, lex veneris, sjukhuslagen, den psykiatriska vårdlagen, barnavårdslagen, nykterhetsvårdslagen etc. sammanföras i en gemensam vårdbalk där såväl medborgarnas som samhällets rättigheter och skyldigheter utförligt preciseras. Som huvudregel bör troligen gälla att organ och befattningshavare som är ansvariga för själva vården inte skall vara ansvariga för

administrativa frihetsberövanden och liknande tvångsåtgärder. Inom den psykiatriska vårdgrenen har detta varit reglerat sedan länge, och nykterhetsnämndernas och barnavårdsnämndernas beslut i sådana frågor skall även godkännas av länsstyrelse. En fullständig separation av vårdfunktioner och tvångsbeslut bör dock eftersträvas.

Nykterhetsvårdens svårigheter kan illustrera vådan av det nuvarande systemet. Frånsett att en ålderdomlig lagstiftning avgränsat vårdorganets kompetensområde alltför snävt (man kan som regel inte ingripa med kraft förrän det är för sent, vilket sedan tas till intäkt för att nykterhetsvård är gagnlös; därtill kommer att det missbrukade medlet oundgängligen måste vara alkohol) kan det knappast råda någon tvekan om att de kontrollerande, repressiva och dömande funktionerna ställer de sociala eller medicinskt vårdande funktionerna i misstänkt dager i de vårdbehövandes ögon; de alkoholskadade fylls som regel av misstro och motvilja mot nykterhetsnämnderna, som många därför vill avskaffa.

Vad beträffar toxikomanivården (behandling av alkohol- och narkotikamissbruk, thinnersniffning m.m.) bör alla direkta vårduppgifter förläggas inom det samlade och integrerade vårdblocket, där huvudansvaret för dessa patientgrupper skulle komma att åvila de psykiatriska, socialmedicinska och socialkurativa elementen. Nykterhetsnämnderna skulle därmed befrias från alla vårduppgifter men skulle troligen med fördel kunna bibehålla och utvidga sina preventiva, uppspårande, kontrollerande (eftervården!) och repressiva funktioner. På samma sätt borde en uppspaltning ske av barnavårdsnämndernas vårdande och repressiva funktioner. Även socialnämndernas kurativa uppgifter skulle överföras till vårdblocket och deras ekonomiskt stödjande verksamhet samordnas med försäkringskassorna, barnavårdsnämndernas bidragsförskottsbyråer och andra samhälleliga organ med liknande ekonomiska stödfunktioner. Det är möjligt att vårdande och repressiva funktioner med fördel skulle kunna separeras även inom kriminalvården.

Även om toxikomanivården i ett sådant system helt faller inom vårdblocket, skulle ett stort antal av de giftberoende komma att åläggas vård av kontrollnämnderna, som liksom vårdorganen bör

organiseras på landstingsbasis med nuvarande primärkommunala vårdnämnder förvandlade till utredande, föredragande och kontrollerande instans under länsnämnderna.

Inom vårdblocket måste givetvis en mångskiftande differentiering ske både med avseende på vårdgrenar, subspecialiteter och klientelgrupper. Genom en fortlöpande organisations- och vårdforskning får apparaten hela tiden successivt modifieras allteftersom nya vårduppgifter, klientelgrupper, behandlingsmetoder etc. påkallar detta.

Praktiska vårdarrangemang

De psykiatriska lasarettsklinikerna och de psykiatriska sjukhusen (tidigare kallade mentalsjukhus) har allt mera tagit sig an patienter med avancerade alkoholproblem, dels personer i början (det betyder i det här sammanhanget första decenniet) av sitt alkoholberoende, dels såväl äldre som färskare fall i akut fas. Mera kroniserade och socialt sedimenterade fall (men inte enbart sådana!) har hittills väsentligen vårdats på särskilda anstalter, de flesta mot sin vilja eller med den frivillighet som en insedd nödvändighet utgjort. Från Finland vet man att det inte är ändamålsenligt att vårda alkoholister och narkomaner tillsammans, vilket bör bero på att dessa klientelgrupper är alltför olikartade (alkoholisterna är toxikomaner av endemisk typ, narkomanerna är av terapeutisk, autoetablerad eller epidemisk typ och vi minns att dessa tillstånd drabbar helt olika grupper).

I vårt land har man av ålder betydande erfarenheter av narkomanvård vid våra psykiatriska kliniker och sjukhus. Som allmän regel torde man kunna säga att de psykiatriska lasarettsklinikerna inte kan erbjuda adekvat långtidsvård för socialt svårt missanpassade narkomaner av epidemisk typ. I den mån dessa fall hittills kommit under vård har detta varit vid de psykiatriska sjukhusen, ungdomsvårdsskolorna och inom kriminalvårdens ram. Sannolikt utgör dock varken psykiatriska sjukhus eller fängelser den mest rationella vårdformen för dessa patienter utom under den inledande akutfasen.

De tusentals unga intravenösa narkotikamissbrukare som driver omkring i hundratals knarkarkvartar i våra storstäder utgör ett

mycket heterogent klientel som omfattar allt från tidigare välanpassade skolungdomar på — i bästa fall — tillfällig nyfikenhetsutflykt i träskmiljöerna till utpräglat kriminellt identifierade, svårt karaktärsstörda återfallsförbrytare med sekundärt narkotikamissbruk, personer vars livsföring i stort troligen hade tett sig likadan även utan narkotikamissbruk, många av dem hade då i stället sannolikt varit svåra alkoholmissbrukare. Detta hade kanske för deras egen del inte inneburit någon större skillnad jämfört med det aktuella narkotikamissbruket, men de hade i så fall inte utgjort epidemiska smitthärdar på samma sätt som nu.

Om epidemin skall stoppas — och vi kan inte gärna slå oss till ro och förlita oss på att WHO snart skall utfärda totalförbud för tillverkning av centralstimulantia och att illegal amfetamintillverkning i så fall inte snabbt skulle komma att ersätta den reguljära fabrikationen — måste kvartarna rensas upp och nyrekryteringen till missbrukarkretsarna stävjas. Men om man inte är inställd på att bereda en stor del av de sjuka lämplig långtidsvård skulle uppröjningen av kvartarna endast innebära att smitthärdarna skingrades och slog rot på andra platser; det vore troligen lika obetänksamt som att utvisa nedsmittade utlänningar utan att veta att myndigheterna i deras hemländer får dem under betryggande kontroll.

a) Toxikomanipolikliniker. Utan en basorganisation för sluten toxikomanvård är det helt utsiktslöst att etablera en väl fungerande öppen vård. En utbyggd organisation med toxikomanipolikliniker är dock nödvändig som ett komplement till den slutna vården, både för ambulant behandling av lättare fall och för eftervård av utskrivna fall från den slutna vården. *Starka skäl talar för en centralisering av denna verksamhet till ett fåtal specialistinstitutioner, som i våra större epidemicentra bör hållas öppna dygnet runt.* Genom en koncentrerad verksamhet samlas erfarenheter snabbare för vidareutveckling av behandlingsmetoder och praxis, våra kroniskt bristfälliga resurser blir bättre utnyttjade och man förebygger att toxikomanerna vandrar runt till en rad olika läkare och glider undan eller ur en rationell vårdplan.

Toxikomanipolikliniken får mångskiftande uppgifter och måste, förutom kvalificerad psykiatrisk expertis, erhålla avse-

värda socialkurativa resurser. Hit skall morfinister som blivit inställda på metadon kunna komma och få sin dagliga bägare metadonsaft. Om omsorgsfulla undersökningar objektivt skulle visa att vissa kroniska amfetaminister verkligen fungerar bättre socialt med en viss dos centralstimulantia bör de kanske på samma grunder och villkor kunna få dagliga doser durettdragerade och därmed långtidsverkande amfetamingranulat uppslammade i saft, men ur teoretisk fysiologisk-farmakologisk och psykiatrisk synpunkt ter sig problemet ytterst dubiöst då *centralstimulantia inte normaliserar utan intoxikerar vederbörande.* Denna fråga bör bli föremål för ingående farmakologisk och psykiatrisk forskning innan ett sådant uppslag bör tillmätas större praktiskt värde. Metadontillförseln enligt Dole kan däremot sägas "normalisera" den opiatberoende. På detta område har falska analogislut redan förorsakat svåra missbedömningar i behandlingssammanhang. Personligen är jag övertygad om att *självmedicinering med narkotika och injektionsförfarande måste bort ur rationell toxikomanivård i allmänhet och vård av epidemiska fall i synnerhet.*

Toxikomanipoliklinikerna bör ha tillgång till ett mindre antal vårdplatser för akutinläggning, avgiftning etc. Där bör patienterna utredas, findiagnostiseras och differentieras med avseende på planerade åtgärder, och standardiserade prognosbedömningar bör göras för framtida bearbetning. Verksamheten bör ha en vetenskaplig inriktning och ledas av folk med motsvarande kompetens, så att erfarenheterna kan bearbetas på ett korrekt sätt och verksamheten utvecklas och modifieras rationellt. Från toxikomanipoliklinikerna slussas patienterna vidare till de vårdformer som bedöms som mest rationella i varje enskilt fall, det kan vara försök med direktplacering i arbete och lämplig bostad för de lättare fallen, placering i fadderhem inom eller utom epidemiområdena (varvid smittspridningsrisken måste bedömas och beaktas), arrangemang med arbetsvård etc.

För de mera nedgångna intravenösa missbrukarna och särskilt för dem som varit indragna i en längre tids missbruk och redan utvecklat ett starkt beroende är dock öppna vårdarrangemang av denna typ orealistiska och kan till och med bidra till att patienterna försämras ytterligare och kroniseras. Flertalet av de allvarliga fallen kommer att mobilisera all kraft och övertalnings-

förmåga för att undgå en rationell sluten vård, och detta kommer att dupera oerfaren vårdpersonal av alla kategorier. Troligen skulle man statistiskt kunna påvisa en direkt proportionalitet mellan vederbörandes motstånd mot vården å ena sidan och sjukdomens allvarlighetsgrad och prognos å andra sidan. Dåliga vårdresultat kan senare misstolkas och tas som argument mot vården som sådan om man inte beaktar att den sjuke hade varit ännu sämre ställd utan den slutna vården. Det är därför utomordentligt viktigt att korrekta kontrollserier samplas från början. Denna möjlighet är störst innan full vårdkapacitet är uppbyggd och medan endast en mindre del kan omhändertas på ett adekvat sätt; det är viktigt att sådana unika kontrollmöjligheter inte försittes. Vi kan exemplifiera betydelsen av detta resonemang med ett tillspetsat exempel. Av personer som självmant söker sjukhusvård i största allmänhet är prognosen bäst för dem som går hem redan samma dag och betydligt sämre för dem som läggs in; prognosen blir sedan allt sämre ju längre vårdtiden utsträckes!

b) Psykiatriska sjukhus. Narkomanvårdskommittén har i sitt första betänkande (SOU 1967:25) föreslagit att det aktuella narkotikaklientelet, dvs. väsentligen de intravenösa missbrukarna av centralstimulantia, i första hand skall vårdas vid de psykiatriska sjukhusen, i storstadsregionerna vid några få låsta specialavdelningar med lågt platsantal och hög personaltäthet. Med hänvisning till personalrekryteringssvårigheter vid sanatorier och alkoholistanstalter vänder sig kommittén mot tanken på mera isolerat belägna specialsjukhus av den typ som Hov utanför Oslo representerar.

De föreslagna arrangemangen synes ändamålsenliga för kvalificerad utredning, bedömning, differentiering och för vård under den första oroliga behandlingsfasen (en eller annan månad). Däremot torde dessa små slutna avdelningar inte vara särskilt väl ägnade för den långtidsvård som vi vet blir ofrånkomlig i ett stort antal fall. Det kan inte vara humanitärt acceptabelt att låsa in unga människor halvårsvis på sådana avdelningar. Inte heller är det försvarligt att äventyra de uppnådda vårdresultaten genom tidiga permissioner eller frigång, eftersom en stor del av

patienterna då med visshet kommer att avvika och omedelbart återfalla i sitt missbruk.

Om man för dessa patienter har tänkt sig frigång inom sjukhusområdet tillsammans med andra patienter (neurotiker, reaktivt insufficienta, karaktärsstörda, psykosfall, personer med toxikomana problem av annan typ än epidemisk etc.) måste man förutom den överväldigande rymningsrisken även beakta smittrisken, då det bland övriga patientgrupper finns talrika fall med låg resistens mot denna smitta. Tyvärr är det inte bara på fängelser och ungdomsvårdsskolor som smitta av denna typ spritt sig i institutionell miljö utan åtskilliga nya fall har blivit indragna i detta missbruk under vård vid våra psykiatriska sjukhus. T. o. m. under hepatitbehandlingen vid Roslagstulls sjukhus inträffade som nämnts smittspridning till andra patienter. All epidemivård bygger på principen att man inte skall blanda de epidemiskt sjuka med andra sjuka (och inte heller folk med olika slags epidemiska sjukdomar med varandra). Inom ungdomsskolevården har man insett smittriskerna och försökt differentiera klientelet till olika institutioner och detsamma gäller kriminalvården.

Om de överväldigande svårigheterna att vårda dessa missbrukargrupper tillsammans med psykiatriska patienter av annan kategori föreligger flera rapporter. Thysell (1967) visar att det är närmast ogörligt att klara ett enda fall av denna kategori på en ungdomspsykiatrisk klinik: "En enda sådan patient bland mentalt sjuka ungdomar omöjliggör psykiatrisk vård, eftersom personalens aktivitet då nästan helt måste inriktas på att balansera missbrukarens svårt provocerande och destruerande beteende." Böttcher (1967) rapporterar från Statshospitalet i Glostrup, där man på en öppen avdelning det senaste året vårdat 16 unga eufomaner med utpräglat blandmissbruk av opiater, cannabis, amfetaminer, barbiturater etc. Det torde i dessa fall inte ha rört sig om intravenösa missbruk: "Adfærdmønstret gav sig også sine udslag i afdelingen. Således konstateredes fortsat misbrug under inlæggelsen hos 10 patienter, 7 patienter søgte at missionere for euforiserende midler blandt medpatienterne, og 9 bortgik fra afdelingen. I relation hertil recidiverede 6 af dem, hvilket medførte nogle typiske intoksikationstilstande. — — — Behandlingsmulighederne er, selv med de faciliteter et psykiatrisk

hospital råder over, langt fra tilfredsstillende. Især er hyppigheden af misbrug i afdelingen og under bortgang for stor, og derved vakler hele behandlingsgrundlaget."

För den ofrånkomliga långtidsvården är sannolikt såväl toxikomanerna, medpatienterna på de psykiatriska sjukhusen som samhället bättre betjänta av arrangemang av annat slag, men andra vårdprojekt ställer större krav på personalen som därför måste utväljas med större omsorg och ersättas efter arbetets exceptionella karaktär. Vården måste dock i första hand organiseras med tanke på de sjuka, möjliga behandlingsresultat och vårdekonomi och får inte främst organiseras med tanke på personalens bekvämlighet. Vårt samhälle har drabbats av en masssjukdom av ny typ och sjukdomen affekterar en ny typ av människor (alienerad, miljöskadad, vilsen och desillusionerad storstadsungdom). I denna situation måste vi befria oss från traditionellt vårdtänkande och pröva helt nya behandlingsvägar.

c) Ungdomsvårdsskolor. Dessa är under snabb utbyggnad och differentiering, och flera skolor är speciellt inriktade på vård av medicinmissbrukare. Tyvärr förefaller inte heller denna vårdform vara särskilt väl lämpad för det unga missbrukarklientelet, och de praktiska svårigheterna är överväldigande vilket Thysell, Karlsson och Johnsson (1967) rapporterat från Råby: "Elevmaterialet på Råby yrkesskola 1967 är i väsentliga avseenden helt nytt medan däremot yrkesskolan i sin struktur är den traditionella. Yrkesskolan är otillräcklig för sina psykiatriska vårduppgifter och en allvarlig krissituation föreligger." Behovet att pröva radikalt nya behandlingsvägar synes utomordentligt starkt.

d) Behandlingsbyar. De krav man bör ställa på långtidsvården är att den skall vara drogfri, att drogfriheten skall kunna uppnås på ett naturligt sätt och inte genom övervakning och kontroll. Vårdarrangemangen bör vara öppna utan att patienterna för den skull skall kunna avvika vid första impuls av droglängtan. Vårdmiljön bör så mycket som möjligt likna vanlig vardagsmiljö utan murar, bevakning, korridorer, vita rockar etc. Vårdtillvaron måste göras naturlig, vardaglig och meningsfull. Sjukhus- och anstaltsmiljöernas uppdelning i vårdare och vårdade bör ersättas

med en samvaro på jämställd fot mellan terapeuter-rådgivare och patienter med fullt ansvar för sig själva och det terapeutiska kollektivet.

Terapeutiska samhällen eller byar av detta slag kan utformas på många olika sätt och inplanteras i varierande miljöer. Man får börja i liten skala på olika platser och experimentera sig fram. Två miljöer som synes särskilt gynnsamma är skärgårdsöar och avlägsna avfolkningsbygder. Viktigast är att geografin erbjuder den avskärmning och relativa isolering som de terapeutiska byarna behöver. Enklast, billigast och trivsammast är att försöka överta äldre bebyggelse med färdig atmosfär och komplettera med erforderliga nybyggnader, som med råd och hjälp av några fackmän bör kunna uppföras av byborna själva.

Troligen kan man med fördel sikta på att planera flera och kanske på olika sätt differentierade terapeutiska byar i nära anslutning till varandra och med vissa specialister och organ gemensamma. Den naturliga platsen för en samordnande distriktscentral blir den närbelägna tätorten. Där skulle också personalen kunna få möjlighet att vila ut på fridagarna och i vissa fall kanske ha sina familjer placerade. Det kommer troligen inte att vålla några svårigheter att engagera unga entusiastiska praktikanter, psykologi- och sociologistuderande etc. och förmå dem att bo och verka månader upp till något år i byalagen, men för den långsiktiga kontinuiteten behövs också folk (administrativ, teknisk och akademisk personal) som är i behov av en egen lugn familjevrå att dra sig tillbaka till för att orka med arbetet i det långa loppet. Med ett litet distriktscentrum av denna typ skulle man troligen kunna attrahera personal med den stabilitet som fordras för att svara för kontinuiteten och föra arbetet vidare sedan den första entusiasmen lagt sig och vardagsknoget tagit vid.

En psykiatrisk differentiering av patienterna till olika byar blir sannolikt nödvändig men eljest skall givetvis manliga och kvinnliga, yngre och äldre bybor ingå i gemenskapen. Kvinnorna bör i förväg erhålla livmoderspiraler, då preventivpiller kan vålla komplikationer (vägran att ta dagsdosen etc.). Alla former av medikamenter bör bannlysas i miljön. Möjligen skall bydoktorn ha penicillin i reserv, men även detta kan ifrågasättas. Likaså måste byn sannolikt vara helt alkoholfri och detta inkluderar då

givetvis också personalen som inte får smygsupa på fritid; någon fritid i egentlig mening kommer det heller knappast att bli tal om för terapeuternas del.

Man kan tänka sig många olika slags organisation av byalaget, men tillvaron bör centreras kring några smärre produktionsenheter som byborna själva bör administrera och driva affärsmässigt för leveranser till det vanliga samhället. Man kan tänka sig olika former av smärre verkstadsrörelser, konsthantverk etc.

Man bor enklast i olika gårdar, sköter sig själv i små- eller storhushåll, mat- eller gårdslag, driver sin lilla kooperativa byaffär av lanthandelsmodell och sitt bykafé, man organiserar sitt eget jazzkapell, ordnar med byklubb, dansar, tittar på TV, läser, diskuterar, driver studiecirklar, umgås, flyttar ihop, grälar, separerar, prövar på nytt osv. precis som i det vanliga samhället, och man försöker göra det bästa av tillvaron för sig själv och byn.

Byalaget sammanträder i bytinget som utser bystyrelsen som utarbetar förslag till bystadga som diskuteras på nästa byting som återremitterar förslaget som diskuteras, förändras, justeras, antas, omarbetas och utvecklas i det oändliga.

Den terapeutiska personalen kan sannolikt vara fåtalig men bör vara desto mer kvalificerad. Psykiater, psykolog, gruppterapeut och arbetsterapeut, en professionell administratör (och förbindelseman till myndigheter etc.) och en eller annan fackman inom den bransch som byns produktionsrörelse inriktas på bör troligen ingå. Huvudparten av personalen skall givetvis bo och leva i byn, och de skall sträva efter att verka terapeutiskt och normbildande genom sin existens och dagliga samvaro med byborna. Ansvaret för alla sidor av bylivet bör så mycket som möjligt tas av byborna själva och deras förtroendeorgan. Personalen får medla och jämka, råda och avråda, stimulera och kritisera, se till att bystadgan respekteras, att klass- och klickvälde inte uppstår, avstyra tendenser till pennalism och våld och på olika sätt hjälpa till att få behandlingsbyn att fungera.

Tusen och en frågor och problem hopar sig, men man bör akta sig för att i förväg binda planeringen för hårt. Man får börja i liten skala, kanske med ett par terapeuter och ett tiotal knarkare i ett övergivet skärgårdspensionat eller en avlägsen norrlandsby. Flera enheter bör startas oberoende av varandra,

man får pröva och söka sig fram och successivt utveckla bygemenskapen och alla mer ändamålsenliga former och metoder.

Man torde få räkna med att byvistelsen åtminstone bör vara årslång. Den som inte passar in i behandlingsformen får gå tillbaka till den traditionella vårdapparaten, den som avviker eller återfaller kanske tas till nåder av byalaget, den som växer ihop med byn skall kunna stanna där, få fastare uppgifter och komma över på de statliga avlöningslistorna.

Under den inledande uppbyggnadsfasen får man ägna sig åt att diskutera sig fram till en första bystadga, man får måla och rusta upp de hus man dragit in i, möblera och inreda, resa monteringsfärdiga baracker och organisera upp bylivet och tillvaron. Tidigt börjar man också planera för de olika former av produktion för avyttring som skall byggas upp. Givetvis kommer lönsamheten för produktionsverksamheten under lång tid att bli låg, och betydande initiala investeringar blir erforderliga; kanske bör denna finansiering formellt ske i form av ränte- och amorteringsfria lån från det allmänna. Säkerligen är det bättre att byn får ett fast subventionsanslag per bybo och dag (kanske motsvarande hälften av vårdkostnaden per patientdag vid psykiatriska sjukhus och ungdomsvårdsskolor) än att anslag skall begäras för än det ena än det andra. Denna totalinkomst får sedan efter en viss grundtablå disponeras av byalaget för investeringar, kollektiv och individuell konsumtion, utskrivningspremier etc.

Grundprincipen i bymetoden skall vara en strävan att förvandla den traditionella vårdapparatens omhändertagna, inlåsta, regredierade, ansvarslösa, agerande, utspelande och vårdnegativa patient under doktorligt förmynderskap till en (inom den insedda nödvändighetens ram) fri bybo som i sista hand är ansvarig för och inför sig själv, sitt hushåll och sin by men som också skall kunna få den psykiatriska hjälp han känner sig behöva, individuellt och i grupp. Efter byvistelsen skall en intensiv eftervård ta vid, bäst organiserad från och kring toxikomanipolikliniker och särskilda eftervårdshem.

Vi har inte råd att vänta med att starta små experimentbyar av detta slag. Det viktigaste är att hitta de rätta eldsjälarna som har kunskaper, handlag, intresse, omdöme, initiativkraft, fantasi, tålamod, uthållighet och den portion av äregirighet som krävs

för att ro projektet i land. Någon sinekur blir det inte för pionjärerna.

d) Rätten att knarka. Många veteraner från epidemins begynnelsestadium är sedan många år svårt kroniserade, i några fall efter snart 20 års intravenöst missbruk av centralstimulantia. Flertalet av dem som varit med längst (de är nu i 40-årsåldern) har vårdats vid psykiatriska sjukhus i upprepade perioder eller varit intagna på fängelser och öppna fångvårdsanstalter. Även om man torde kunna säga att just ingen av dem genomgått vad vi skulle vilja beteckna som en adekvat avvänjnings-, omställnings- och rehabiliteringsbehandling (en minst årslång behandling av den typ vi skisserat, följd av flerårig stödjande eftervård och kontroll) torde beroendet numera vara så fixerat att dessa kroniker endast i undantagsfall skulle kunna botas varaktigt. De hävdar att amfetaminkonsumtionen är oumbärlig och avgörande för deras tillvaro, att de inte kan tänka sig leva utan centralstimulantia och att samhället inte har moralisk rätt att förvägra dem det medel som "gör det möjligt för dem att fungera".

Sannolikt är det mycket oklokt att nonchalera dessa kroniker och deras problem och hävda att de skall anpassa sig efter samhällets krav och gå i takt med lag och ordning. Många av dem är djupgående primärt psykiskt skadade, och detta tillsammans med deras svåra amfetaminberoende har gjort många av dem till sociala invalider som inte är i stånd att klara samhällets krav. Att förvänta sig något annat vore att förneka den väletablerade narkomanins främsta karakteristika: drogfixeringen, terapiresistensen och den allvarliga prognosen.

Man måste ta sig an dessa kronikers problem på ett rationellt och affektfritt sätt, dels av individuella och humanitära skäl, dels av samhälleliga och preventiva. Många av de terapiresistenta veteranerna — liksom naturligtvis många av de färskare men ännu inte hopplösa fallen — utgör svåra smittkällor, antingen genom att direkt förleda andra till missbruk eller genom att praktiskt och ideologiskt motarbeta och undergräva samhällets försök till konstruktiva åtgärder på narkotikaområdet. Såväl dessa patienter som samhället har rättmätiga krav att ställa på varandra beträffande rättigheter och skyldigheter.

Om praktiskt-kliniska försök skall göras med daglig peroral tillförsel av långtidsverkande centralstimulantia uppblandad i fruktsaft är det dessa kroniker som i första hand bör komma i fråga. I gengäld får de avstå från intravenösa injektioner och olaga befattning med narkotika. I den mån de inte kan uppfylla sin del i ett sådant ömsesidigt förtroendeförhållande mellan patient och samhälle måste de av preventiva skäl beredas annan vårdform. Det är också möjligt att en årslång vistelse i en drogfri behandlingsby borde föregå en underhållsbehandling av denna typ, men det verkar ur vetenskaplig och etisk synpunkt försvarligt att pröva behandlingsmetoden utan detta krav, då den under alla omständigheter innebär ett väsentligt framsteg jämfört med en mer eller mindre okontrollerbar legal eller illegal medicinering på egen hand.

Men de kroniker som inte är beredda att acceptera denna form av underhållsbehandling eller återfaller till intravenöst missbruk kan inte bara lämnas åt sitt öde i missbrukarmiljöerna eller behandlingsbyråkratin (upprepade tvångsinläggningar på sjukhus med meningslöst korta vårdperioder, polisomhändertaganden för primär eller sekundär kriminalitet, domstolshandläggningar, kriminalvård etc.) i det oändliga. De far själva illa fysiskt, psykiskt och socialt och de utgör trots längre och kortare frihetsberövanden ständigt återkommande smittkällor, de dras in i och förstärker den illegala droghanteringen där de genom sina omfattande missbrukskontakter och sitt svåra beroende intar en särställning, och de åsamkar samhället stora bekymmer och kostnader.

Om dessa kronikers beroende är så massivt att de inte kan klara en ur smittsynpunkt riskfri underhållsmedicinering (som dock kan vara ägnad att försvåra avvänjning av andra och färskare fall genom att undergräva behandlingsmotivationen) och avstå från intravenöst missbruk på egen hand måste dessa patienter varaktigt skiljas från det öppna samhället. De får emellertid inte åsamkas onödigt lidande p. g. a. sitt kroniska giftberoende och sin smittfarlighet. Det torde vara medicinskt och etiskt försvarligt att i dessa välselekterade fall, där alla behandlingsförsök misslyckats, låta patienten leva med sitt missbruk och underhålla det på samma sätt som vederbörande tidigare gjort på egen hand under många år men bringa det under socialt och medicinskt kon-

trollerade former. Ett sådant arrangemang — för vilket vederbörande kanske bör kvalificera sig genom ett sista allvarligt upplagt behandlingsförsök — kan inte innebära annat än att man etablerar en speciell behandlingsby för dessa kroniker på någon mycket isolerad skärgårdsö och hjälper dem till rätta på bästa sätt. Här är det dock ett oeftergivligt krav att medicinsk expertis hela tiden finns tillgänglig.

Förslaget är kanske kontroversiellt både i medicinska och politiska kretsar och kan vara det av helt andra skäl bland missbrukarna, men det är allvarligt menat. Om giftberoendet är så fundamentalt som kronikern hävdar och den kliniska bilden utvisar måste kronikern rimligtvis själv vara tacksam för att få leva i lugn och ro med sitt giftmissbruk i en trivsam och skyddad miljö. Friska nära anhöriga bör givetvis kunna leva där också och eventuellt erhålla vårdnadsbidrag. Även om en sådan knarkkoloni blir en dyrbar historia för samhället är dock priset lågt jämfört med alla andra tänkbara lösningar. Värdet av att ur samhällsmiljön eliminera riskerna kring ett antal kroniska smittspridare är utomordentligt stort, och arrangemanget torde bli ofrånkomligt om vi skall kunna bryta djävulscirkeln utan att fylla fängelser och psykiatriska sjukhus med kroniskt sjuka och terapiresistenta fall. Åtgärden är dock närmast meningslös om den inte inordnas som ett led i en större attack på bred front mot hela epidemin.

För den kroniker som vill försöka återgå till det vanliga samhället igen står givetvis alla hjälpmedel till buds — de drogfria byarna som mellanlandningsstationer, peroral underhållsmedicinering vid toxikomanipoliklinik etc. (detta senare arrangemang måste förstås vara obligatoriskt vid permissioner från "Knarkö"). Som intravenösa missbrukare och smittkällor skulle dock knarköborna elimineras ur epidemidynamiken.

EPIDEMIOLOGISKT HANDLINGSPROGRAM FÖR NARKOMANIBEKÄMPNING

Avslutningsvis skall vi mot bakgrunden av redogörelserna för de olika avsnitt av toxikomaniproblematiken se hur de viktigaste

punkterna kan sammanföras till ett generellt socialmedicinskt handlingsprogram för narkomanibekämpning.

Vi vet att den form av narkomani, som utgör ett svårt socialt problem, är den smittsamma epidemiska typen, i vårt fall främst det omfattande intravenösa missbruket av centralstimulantia. Vi vet också att sjukdomens inverkan på de drabbade som regel är allvarlig, att hittills kända och praktiserade behandlingsmetoder har visat sig föga framgångsrika och att prognosen i många fall är allvarlig eller dålig. *Den kliniska epidemiologin lär oss att bekämpningsmetodiken i en sådan situation måste inriktas på prevention och tidig och radikal behandling.* Detta gäller principiellt även allvarliga men inte smittsamma sjukdomar som exempelvis cancer.

På samma sätt som tuberkulosen var den begynnande industrialismens folksjukdom hotar de epidemiska toxikomanierna att bli det moderna, alienerade industrisamhällets nya folksjukdom. Båda dessa massfenomen vilar på en djupgående social dynamik men manifesterar sig främst som individuella sjukdomstillstånd. Båda dessa folksjukdomar smittar främst unga människor i socialt missgynnade grupper i större befolkningscentra. Båda tillstånden har ett utpräglat lömskt och förrädiskt förlopp; de kan vara kliniskt dolda tills sjukdomen framskridit till svåra eller obotliga stadier. Båda sjukdomarna är allvarligare än vad de sjuka själva är benägna att tro, båda kräver långvarig och rationell vård med fortlöpande efterkontroll under många år och med särskilt beaktande av smittsamheten. Det finns många fler paralleller mellan tuberkulos och narkomani av vår epidemiska typ liksom det förstås finns många olikheter dem emellan. Det är dock viktigt att anlägga samma sociala, epidemiologiska och individuella helhetssyn på vår nya folksjukdom som vi vant oss vid beträffande den redan klassiska tuberkulosbekämpningen; annars kan vi inte vidta rationella motåtgärder utan riskerar ständigt att fastna för enstaka och slumpbetonade punktinsatser som blir verkningslösa om de inte inordnas i större sammanhang. Båda sjukdomstillstånden kräver omfattande socialt saneringsarbete på lång sikt, men de redan infekterade personerna måste bli föremål för behandling både som individer och som grupp. Sjukdomar av detta slag är aldrig den enskildes ensak utan angår hela samhället, och be-

handlingen av dem är därför en samhällsangelägenhet av högsta rang.

Tvångsmässig behandling (i de fall då patienten vägrar frivillig medverkan) och långtgående preventiva samhällsåtgärder blir nödvändigare ju allvarligare, mera smittsam och svårbehandlad en sjukdom är. Vi är väl förtrogna med dessa resonemang, när det gäller våra klassiska epidemiska sjukdomar som kolera och smittkoppor, och på epidemisjukhus världen runt finns många symtomfria tyfusbärare som är tvungna att tillbringa resten av sin livstid på sjukhus (eller i isolat), därför att man inte kan eliminera smittämnet från deras tarmkanal. Medicinskt sett är narkomani en lika allvarlig åkomma som många av de klassiska epidemiska sjukdomarna, där man ju som regel antingen avlider eller så småningom tillfrisknar helt. På den tiden då man inte hade någon effektiv behandling mot lepra, blev långtidsisolering av de sjuka den enda meningsfulla åtgärd samhället kunde vidta. En principiell skillnad mellan de klassiska epidemiska sjukdomarna och de epidemiska narkomanierna är onekligen att de förra kan drabba vem som helst (inklusive våra lagstiftare), medan de senare drabbar vissa särskilt utsatta riskgrupper i samhället (dit våra lagstiftare inte hör men i vissa fall deras barn).

Vi skall granska en rad epidemiologiska faktorer i orsakskedjan och se hur man skall kunna gripa in i processen på olika orsaksnivåer. För att göra resonemanget mera åskådligt skall vi kursivera de epidemiologiska nyckelorden.

Vi har alltså vissa farliga *agens,* de toxikomaniframkallande drogerna, som affekterar en *population.* De flesta är helt *immuna* mot faran, men vissa grupper är särskilt *mottagliga.* Om dessa mottagliga konfronteras med agens uppstår en *allvarlig sjukdom,* toxikomani, och genom patologisk gruppaktivitet "smittas", *infekteras,* andra individer i de mottagliga grupperna. Motåtgärderna måste här följa *de fem stegen i det klassiska epidemibekämpandet.*

I. För det första bör vi *angripa själva agens* som så långt det är möjligt måste elimineras. Om man inte kan eliminera agens helt (mänskligheten klarar sig utmärkt utan Preludin men ännu knappast utan morfingruppens läkemedel), måste man undersöka om

det går att *försvaga* agens, dvs. byta ut de farligaste medlen mot mindre farliga läkemedel (forskning med dessa målsättningar pågår på många håll i världen).

II. För det andra måste vi försöka få *kontroll över spridningsvägarna* för våra farliga agens. Detta innebär att försöka *blockera* illegal produktion, import och försäljning och uppnå *adekvat kontroll* över legala förskrivningar av toxikomaniframkallande medel. Som nämnts har man i Danmark — trots de mycket livliga internationella kontakterna mellan dansk ungdom och exempelvis tiotusentals amerikanska soldater på permission från Tyskland — lyckats förhindra ett utbrett epidemiskt missbruk av centralstimulantia och heroin; många hundra utländska missbrukare måste rimligtvis ha gästat landet under efterkrigstiden. Den danska Sundhedsstyrelsens smidiga och effektiva kontrollsystem över förskrivning av toxikomaniframkallande medel (s. 122) kan tjäna som förebild även i vårt land.

III. Det tredje steget i den epidemiologiska kontrollen är *preventiva åtgärder* beträffande de mottagliga och riskhotade men ännu inte infekterade befolkningsgrupperna. Genom epidemiologisk forskning måste man försöka lokalisera de grupper och individer, som är särskilt mottagliga eller på annat sätt särskilt utsatta och riskhotade. *"Vaccination"* av eller *resistensökning* hos dessa individer och grupper motsvaras av en rad preventiva åtgärder, där *upplysning,* byggd på faktiska kunskaper om sjukdomens karaktär och spridningsdynamik, måste spela en central roll.

IV. Det fjärde steget är *behandling av de redan drabbade.* Den internationella narkomaniforskningen har hittills huvudsakligen sysslat med dessa problem, men resultaten har som nämnts varit nedslående. En ljusning har dock inträffat i fråga om behandlingen av morfinister och heroinister, som numera kan behandlas med en blockeringsmetod (metadonmetoden); denna befinner sig ännu på försöksstadiet men den har redan visat sig framgångsrik i ett stort antal fall (s. 430). Hittills existerar inte någon liknande behandlingsmetod för toxikomaner tillvanda till centralstimulantia, men en tänkbar behandlingsmöjlighet efter i viss mån likar-

tade linjer har diskuterats (s. 445). Denna behandling ("durettmetoden") är dock teoretiskt, principiellt och praktiskt av betydligt mera begränsat värde än metadonbehandlingen, men metoden kan möjligen under speciella omständigheter bli till hjälp för vissa kroniker. Adekvat narkomanvård kräver eljest långvarig personlighetsutvecklande behandling i drogfri miljö, och behandlingstvång blir i många fall ofrånkomligt om behandlingen skall kunna genomföras på ett meningsfullt sätt.

V. Det femte och sista steget enligt det klassiska programmet för epidemibekämpning innebär *isolering och långtidsvård av de höggradigt smittsamma* på samma sätt som vid andra och mindre allvarliga epidemiska sjukdomar. Eftersom de epidemiska toxikomanierna inte smittar genom bakterier eller virus är detta en principiellt ny frågeställning medicinskt och juridiskt, och den är utomordentligt komplicerad och intrikat ur alla synpunkter. Även om det strider mot gängse medicinska behandlingsprinciper att underhålla en toxikomani kan detta kanske vara socialt och humanitärt befogat i långtidsisolat av terapiresistenta och höggradigt smittsamma kroniker för vilka isoleringen därmed skulle kunna bli relativt lätt att fördra eller t. o. m. uppskattad och eftertraktad.

Vi gör klokt i att räkna med att narkomanierna, såväl de klassiska som de moderna varianterna, har kommit för att stanna som massfenomen. Sannolikt kommer det att ta lång tid innan samhället är moget att på bred front tackla dessa ytterligt komplicerade och i fråga om orsaksfaktorer så utomordentligt intrikata problem. Ännu så länge är endast ungefär en à två procent av vår manliga storstadsbefolkning i de aktuella åldrarna drabbade av den nya folksjukdom som intravenöst missbruk av centralstimulantia blivit, medan alkoholismen omfattar drygt fem procent av den vuxna manliga befolkningen i landet som helhet; för både alkoholism och narkomani är frekvensen betydligt lägre bland kvinnorna, men en snabb stegring av det kvinnliga missbruket pågår. Utan skyndsamma och effektiva motåtgärder kan de nya missbruksformerna bli ett ännu större hot mot folkhälsan än alkoholsjukdomarna.

Ordlista

Då detta arbete riktar sig till en bred publik och kanske kommer till användning i studiecirklar och kursverksamhet lämnas förklaringar till medicinska termer och begrepp som används i boken. Även en rad utommedicinska termer har medtagits, antingen därför att de är mindre vanliga eller därför att de i detta sammanhang har en ovanlig eller mycket speciell innebörd; i sådana fall har som regel endast den här aktuella innebörden av varje ord angivits. Kanske borde ytterligare ett antal termer ha upptagits i förteckningen, andra skulle kanske med fördel kunna utgå och vissa termer kan säkerligen ges en mera träffande eller exakt förklaring. För en eventuell ny upplaga är alla sådana påpekanden av stort värde.

abstinens	avhållsamhet
accidentell	tillfällig; genom olyckshändelse
adekvat	fullt motsvarande; anpassad till gällande krav
administration (av läkemedel)	sätt att tillföra
affekt	stark sinnesrörelse
affektlabilitet	benägenhet för hastigt växlande affekter
affinitet	frändskap; dragningskraft; "bundenhet"
agens	verkande medel
agiterad	häftigt orolig; upphetsad
alkaloid	basiskt ämne från växt- eller djurriket
ambulant (behandling)	den sjuke går till och från behandlingen
anafylaktisk chock	häftig överkänslighetsreaktion (förekommer särskilt vid injektioner)
analgetika	smärtstillande medel
anamnes	(sjukdoms) förhistoria
anestetika	bedövningsmedel
anorexi	sjuklig aptitlöshet

applikation — påläggning; användning
autoetablerad — av patienten själv grundlagd
banal — alldaglig; obetydlig
benign — godartad
cirkulationskollaps — hastigt insättande livshotande tillstånd på grund av sviktande cirkulation
delirium — övergående förvirringstillstånd med hallucinationer, vanföreställningar och motorisk oro
diskrepans — bristande överensstämmelse
dissekera — sönderdela i studiesyfte
dragerad — överdragen med lämplig substans
duration — varaktighet
durett — plastskelett som möjliggör att den aktiva substansen kan avges tidsreglerat
dysfori — känsla av allmän olust
ejakulation — sädesuttömning vid orgasm
embryonalstadium — fosterutvecklingsskede
endemi — lokalt begränsad inhemsk sjukdom
epidemi — massjukdom med snabb spridning
epileptiform — epilepsiliknande
episodisk — tillfällig; snabbt övergående
etnofarmakologi — läran om ett visst folks eller en viss stams läkemedel
eufori — känsla av höggradigt välbefinnande
excitantia — uppiggande medel
exkommunicera — utesluta ur gemenskap
feedbacksystem — intern kommunikation för självreglering av styrningsprocess
fixerad — fast; överdrivet känslomässigt bunden
folie à deux — mental rubbning som genom ömsesidig påverkan drabbar två närstående personer samtidigt eller efter vartannat
genes — uppkomst
  genererande: alstrande
  generisk: angivande ursprung
habitué — vanemässigt bunden person
habituell — inrotad; vanemässig

hallucinationer	förnimmelseartade upplevelser utan yttre retning (sinnesvillor) hallucinos: psykiskt tillstånd med hallucinationer
hallucinogener	medel som framkallar hallucinos
hospitaliserad	intagen för vård på sjukhus
hybrid	korsningsform; blandart
hypnotika	sömnmedel
iatrogen	genom läkares åtgärder orsakad sjukdom eller skada
incidens	anger hur ofta någonting, t. ex. en sjukdom, inträffar i en bestämd population
indikationer	omständigheter som motiverar åtgärder indikationsställning: samvägda motiv för åtgärder
inducerad	föranledd av någon yttre faktor
inebriantia	rusframkallande medel
inhalation	inandning (av finfördelat agens)
inkoordinerad	utan ändamålsenlig samordning
in manu medici	i läkarens hand, särskilt beträffande läkemedel för applikation direkt av läkaren
integrera	bilda ett samordnat helt
intoxikation	förgiftning intoxikerad: påverkad av gift
intramuskulär (i.m.)	in i en muskel
intravenös (i.v.)	in i en ven
irreversibel	(process) som ej kan vändas
karaktärsneuros	genom tidiga, ogynnsamma miljöfaktorer störd karaktärsutveckling
kasuistik	beskrivning av sjukdomsfall
kausal	innebärande en orsak
klinik	här: vad som rör en sjukdoms symtom och förlopp
kombinationspreparat	läkemedel sammansatt av flera verksamma substanser
kompenserad	fullt utjämnad genom mot varandra verkande likstora krafter

kontraindicerad	avgörande skäl föreligger mot viss åtgärd eller behandling
korrelation	ömsesidigt förhållande, samband eller växelverkan
kriminell identifikation	genom omedvetet accepterande av kriminella värderingar präglad personlighet
kriminogen	brottslighetsframkallande
kupera	undertrycka
latent	fördold; utan igenkännbara tecken
libido	sexualdrift
lobbysystem	utomstående intressegruppers påverkan på ansvariga myndigheter
malign	elakartad
manifest	uppenbar; ådagalagd
marastisk	förtvinad; avtärd; utmärglad
megaloman	storhetsvansinnig
mimik	minspel och åtbörder som uttrycksrörelser
motivation	bevekelsegrunderna till ett beteende och dettas intressestyrka
motorisk	avseende rörelser och nervkontrollen över dessa motorik: samtliga rörelser som helhet
mutation	plötslig förändring av arvsmassan utan samband med korsning
narkolepsi	tillstånd med attacker av obetvinglig sömn
pandemi	sjukdom som drabbar flera länder eller en hel världsdel
paranoia	förryckthet med hänsyftnings- och förföljelseidéer men opåverkat minne och intelligens paranoid: höggradigt misstänksam
parenteral	avseende tillförsel av substans utanför mag-tarmkanalen, exempelvis genom injektion
patofysiologisk	avseende livsfunktionerna under sjukdom
patologisk	sjuklig

peroral — som sker per os, dvs. genom munnen

perseverera — tvångsmässigt fasthålla ett nyss uttalat ord eller tanke

perversioner — förvända inriktningar av driftlivet

polyhistor — mångkunnig person

population — samling av individer eller enheter som ingår i en undersökning

praxis — vedertaget bruk; handling; verksamhet

preferens — företräde

premorbid — före sjukdomens framträdande

prevention — förebyggande åtgärder
preventiv: i förebyggande syfte

prioritering — ge företräde eller förtur

profylax — förebyggande; skyddande åtgärder, mest mot sjukdom
profylaktisk: förebyggande; skyddande

prognos — förhandsbedömning av förlopp och utgång

progrediera — fortskrida; gradvis stiga

prohibitiv — hindrande; tillbakahållande; förbuds-

psoriasis — viss kronisk hudsjukdom

psykedelisk — "medvetandevidgande"

psykomotorisk — avseende psykiskt betingade rörelsemekanismer

psykopati — medfödd själslig abnormitet som vållat varaktiga störningar i tanke-, känslo- eller viljelivets utveckling; jämför: karaktärsneuros

recidiv — återfall i en sjukdom
recidiverande: återfallande

remedium — hjälpmedel; botemedel

repression — undertryckande; ingripande eller åtgärd mot redan inträffade icke önskvärda företeelser
repressiv: undertryckande

residualgrupp — återstående; kvarblivande grupp

resistens — motstånd; motståndskraft

retentionsrätt — kvarhållningsrätt

rigid — stel; omedgörlig

rudimentär	outvecklad; förkrympt
samvariation	samtidiga och likartade förändringar hos olika variabler
sample (sampel)	urval; representativ del; stickprov
schizofreniform	schizofreniliknande
sedativa	lugnande medel
sekundärfall	till en individs sjukdom härlett insjuknande hos annan; andrahandsfall
selektion	urval selektiv: utväljande selektera: utvälja
senil	gubbaktig; genom (ev. förtidigt) åldrande förändrad
sinologi	vetenskapen om Kinas språk, kultur etc.
sponsor	den som lovat stödja eller bekosta en verksamhet; "fadder"
spontanläkning	tillfrisknande utan behandling
status	tillstånd, ibland i betydelsen ställning (kroppslig status, psykisk status, legal status)
stimulantia	stimulerande, pådrivande medel; retmedel centralstimulantia: stimulantia som verkar på centrala nervsystemet
subakut	ej fullt akut
subkronisk	ej fullt kronisk
subkultur	undergrupp i samhället med egna normer, levnads- och tänkesätt
subkutan (s.c.)	under huden
supplementera	tillägga; utfylla
symbios	samlevnad mellan två organismer till ömsesidig nytta
syndrom	grupp av karakteristiska symtom; ibland sjukdomsbild
synonymer	läkemedel med samma verkande substans men olika varunamn
terapiresistent	motståndskraftig mot behandling
terapeutisk	avseende behandling

tolerans	förmåga att tåla viss belastning eller kvantitet av läkemedel
toxicitet	giftighetsgrad
toxisk	giftig; framkallad av gift
tremor	darrning; skakning
variabel	föränderlig storhet (under studium)
virulens	sjukdomsframkallande förmåga
vulnerabilitet	sårbarhet; ömtålighet

Narkomanslang

andralösning	genom förnyad urlakning av tablettslam beredd, svagare lösning
avtändning	dämpning av centralstimulerande effekt, spontant eller genom tillförsel av rogivande medel
bit	tablett
blåsa av	dämpa centralstimulerande effekt genom tillförsel av sömnmedel
buske	gammal bil (rishög)
desäng	organiserad plan
dingbit	i vatten olöslig tablett
dingrita	Ritalina-tablett som är svårlöslig i vatten
docka	deponera hos annan
dra svar	aspirera blod i injektionssprutan
dubbelkick	den kombinerade effekten av stimulerande och rogivande preparat
von Goghare	förfalskat recept, även receptförfalskare
godnattsil	injektion före insomnandet (särskilt för opiatmissbrukare)
gottkiosk	apotek
grön	vid visitation: utan narkotikainnehav
gägg	uppslammade tabletter
gäggarkvart, gäggarlya	lägenhet — tillhåll för narkomaner
gäggarparty	narkotikafest
gökur	gammalmodigt kassaskåp
hak	inköpsställe för narkotika
het	misstänkt av polisen
hög	narkotikapåverkad
högtänd	kraftigt narkotikapåverkad
jobba i snösvängen	langa narkotika
jungfrupump, jungfrusil	den första narkotikainjektionen
kanylrost	gulsot

kick	den snabba euforieffekten av en narkotikainjektion
knapra	äta tabletter
knark	narkotika
knarkarkvart, knarkarlya	lägenhet — tillhåll för narkomaner
knarkarparty	narkotikafest
knarksot	gulsot
knas	någonting galet, särskilt i anslutning till polismisstankar eller tjallning
komma snett	uppleva oönskad, obehaglig effekt av en injektion ("dåligt ölsinne")
kvart	lägenhet, tillhåll (även säng)
lax	tusenlapp
linka	bedriva koppleri
lya	lägenhet, tillhåll
lägga	försälja narkotika eller tjuvgods
meter	milliliter
moffe	morfin
mått	(brännvins)glas
nebb	Nembutal
nebbpump, nebbsil	nembutalinjektion
nerslag	polisrazzia
neråttjack	rogivande preparat
noja	psykotiskt intoxikationstillstånd, vanligen med förföljelseidéer
P	preludin
pep	centralstimulantia
party	narkotikafest
pat	cannabis (marihuana)
pump	injektionsspruta, även injektion
pumpsot	gulsot
pundig	omtöcknad och orolig
pundning	meningslös aktivitet under påverkan av centralstimulantia
påtänd	stimulerad
ren	utan narkotikainnehav vid visitation
resa	hasch- eller LSD-rus
sil	injektionsspruta; även injektion
slagg	rester efter uppslammade tabletter
släng	hundralapp
snedtändning	oönskad, obehaglig effekt av en in-

	jektion ("dåligt ölsinne") (snedtända någon även = lura någon)
sniffa	inhalera ångor av lösningsmedel
snutnoja	psykotiskt intoxikationstillstånd då patienten tycker sig se poliser överallt
spela över	oro, vanligen simulerad
starkmeter	milliliter av mera koncentrerad lösning
stoff	narkotika
strita	prostituerad
städnoja	psykotiskt tillstånd med osystematisk städiver
sökning	sinnesundersökning
tegel	tusenlapp
tjack	narkotika
torska	åka fast
tova	tusenlapp
tripp	hasch- eller LSD-rus
tändning	att bli stimulerad
uppåttjack	centralstimulantia
volta	avtjäna straff

Litteraturförteckning

Agell, B. O., Lundbergh, P. & Svanbom, Maj, *Hepatit hos narkotikamissbrukare.* Nordisk Medicin nr 27, 74: 672, 1965.

Ahrgren, Leif & Larsson, Janerik, *Låt systemet sälja narkotika.* Stockholms-Tidningen 22.3.1965.

Alpert, Richard, Cohen, Sidney & Schiller, Lawrence, *LSD.* The New American Library, New York, 1966. (128 s.)

American Bar Association & American Medical Association (Eds), *Drug Addiction: Crime or Disease?* Interim and Final Report of the Joint Committee on Narcotic Drugs. Indiana University Press, Bloomington, 1963. (173 s.)

Apotekens informationsavdelning, *Synonymregister för farmaceutiska specialiteter.* 1966—67. Stockholm. (322 s.)

Aronsson, Sidney, *Narkotika och frihet.* Dagens Nyheter 30.7.1961. Referat i Sv. farmaceutisk tidskrift 24: 616—617, 1961.

Ausubel, David P., *Controversial Issues in the Management of Drug Addiction: Legalization, Ambulatory Treatment, and the British System.* Mental Hygiene 44: 535—544, 1960. I: O'Donnell & Ball (Eds), *Narcotic Addiction* (195—209).

Bejerot, Nils, *Sjukvårdens journal- och arkivproblem.* Läkartidningen nr 17, 62: 1346—1359, 1965.

— *Intravenöst medicinmissbruk bland stockholmspolisens klientel.* Läkartidningen nr 27, 62: 2143—2146, 1965.

— *Aktuell toxikomaniproblematik* (Preliminär version). Stencil 1965.

— *Aktuell toxikomaniproblematik.* Läkartidningen nr 50, 62: 4231—4238, 1965.

— *Replik i narkotikafrågan.* Dagens Nyheter 8.5.1966.

— *Narkomanvanvård.* Dagens Nyheter 2.6.1966.

— *Den danska Sundhedsstyrelsens narkomanregister.* Nordisk Medicin nr 35, 78: 1109—1113, 1967.

— *Narkotikaproblematiken ur socialmedicinsk synpunkt.* I: *Narkotika. Handbok för polismän* (45—67). Rikspolisstyrelsen,

Stockholm, 1967.

— *Kriminalitet och psykosocialt tillstånd hos "legala narkomaner"*. Läkartidningen nr 36, 64: 3540—3545, 1967.

— *Narkomanvårdsfrågan — ett snett fall framåt*. Socialmedicinsk tidskrift nr 4, 44: 186—189, 1967.

— *Narkomanvårdskommittén igen*. Socialmedicinsk tidskrift nr 7, 44: 395—401, 1967.

— *Replik till S. E. Åhström: Vilken verklighet lever vi i?* Läkartidningen nr 42, 64: 4132—4134, 1967.

Bejerot, Nils & Örtengren, John, *Läkarkårens syn på läkemedelsinformationen*. Läkartidningen nr 45, 62: 3756—3773, 1965.

Berggren, Bengt, *Risker och komplikationer vid behandling med nyare psykofarmaka*. Opuscula Medica nr 3, 4: 112—117, 1959.

Bergsman, Arne, *Alkoholism. Några synpunkter på klinik och behandling*. Klinik och Terapi (Astra), Södertälje, 1967. (22 s.)

Bergsman, Arne & Järpe, Gundla, *Narkomani-problem ur internmedicinsk, psykiatrisk och social synpunkt*. Nordisk Medicin nr 49, 74: 1258, 1965.

Bernholm, Bernt, *Narkomanen hos polisen: "Snacka så får du en pump . . ."* Expressen 18.2.1965.

Blum, Richard & al. (Eds), *Utopiates. The Use and Users of LSD-25*. Atherton Press, New York, 1964. (303 s.)

Borg, Egil, *Misbruk av phenmetrazin*. Nordisk Medicin nr 51, 64: 1609—1611, 1960.

— *Misbruk av metylphenidat*. Nordisk Medicin nr 7, 65: 211—213, 1961.

1. *"Brain-rapporten". Drug Addiction. Report of the Interdepartmental Committee*. Ministry of Health & Department of Health for Scotland, London, 1961. (23 s.)

2. *"Brain-rapporten". Drug Addiction. The Second Report of the Interdepartmental Committee*. Ministry of Health & Scottish Home and Health Department, London. 1965. (14 s.)

Brown, Lucius P., *Enforcement of the Tennessee Anti-Narcotics Law*. American Journal of Public Health 5: 323—333, 1915. I: O'Donnell & Ball (Eds), *Narcotic Addiction* (34—45).

Böttcher, Leif John, *Tilfælde af eufomani hos unge*. Nordisk psykiatrisk tidskrift nr 3, 21: 202—215, 1967.

Centralförbundet för nykterhetsundervisning, *Alkohol — vanor*

och verkningar. CFN, Stockholm, 1967. (177 s.)

Chance, M. R. A., *Aggregation as Factor Influencing Toxicity of Sympathomimetic Amines in Mice.* J. Pharmacol. and Exper. Therap. 87: 214, 1946.

Chapple, P. A. L. & Marks, Vincent, *Letter to the Editor: The Addiction Epidemic.* Lancet I: 288—289, 1965.

Chein, Isidor, Gerard, Donald L., Lee, Robert S. & Rosenfeld, Eva, *Narcotics Delinquency & Social Policy. The Road to H.* Tavistock Publications, London, 1964. (482 s.)

Christiansson, Gunnar & Karlsson, Bengt, *"Sniffning" — berusningssätt bland barn.* Sv. Läkartidningen nr 1, 54: 33—44, 1957.

— *"Sniffning" — berusningssätt bland barn. Toxikologiska synpunkter.* Nordisk Medicin nr 5, 57: 190, 1957.

Ciba Foundation Study Group No. 21. Wolstenholme, G. E. W. & Knight, Julie (Eds), *Hashish: Its Chemistry and Pharmacology.* J. & A. Churchill, Ltd., London, 1965. (96 s.)

Connell, P. H., *Amphetamine Psychosis.* Oxford University Press, London, 1958. (133 s.)

Dalgaard, Jörgen B., *Narkotikamisbruget.* Nordisk Medicin nr 18, 53: 745—747, 1955.

Disciplinnämnden, *Varning för slarvig förskrivning av narkotika inom öppna vården.* Läkartidningen nr 28, 62: 2174—2175, 1965.

Dole, Vincent P. & Nyswander, Marie, *A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction. A Clinical Trial with Methadone Hydrochloride.* J. A. M. A. nr 8, 193: 80—84, 1965.

Erixon, Sven, *Finns det något sätt att stävja narkomanernas framfart?* Sv. Läkartidningen nr 47, 52: 2927—2929, 1955.

Ettlinger, Ruth W., *Psykiatriska synpunkter på Preludin-behandling vid obesitas.* Opuscula Medica nr 5, 4: 175—178, 1959.

— *Barbiturater.* Läkartidningen nr 41, 64: 4060—4062, 1967.

Ettlinger, Ruth W. & Rylander, Ragnar, *Missbruk av läkemedel hos sjukhuspersonal.* Läkartidningen nr 26, 62: 2065—2070, 1965.

Evang, Karl, *Narkotika.* Tidens Förlag — Folksam, Stockholm, 1967. (143 s.)

Evans, J., Lancet II: 152, 1959.

Eysenck, H. J., *Handbook of Abnormal Psychology.* Basic Books,

Inc., Publishers, New York, 1961. (816 s.)

Fabricius, Eric, *Aktuell beteendeforskning*. Dagens Nyheter 17.9. 1967.

Floderus, Birgitta, *Realistisk narkotikakunskap. Allmänhetens reaktion på TV:s narkotikaserie*. Riksförbundet mot alkoholmissbruk, Barkarby, 1967. (52 s.)

Forssman, Hans & Lindberg, Bengt J., *Narkotikaförskrivning än en gång*. Läkartidningen nr 25, 63: 2382, 1966.

Frankau, I. M. & Stanwell, P. M., *The Treatment of Drug-Addiction*. Lancet II: 1377—1379, 1960.

Frankau, Lady, *Treatment in England of Canadian Patients Addicted to Narcotic Drugs*. Canad. Med. Ass. J. 90: 421—424, 1964.

Frey, Torsten S:son, *Om narkomani-eufomani*. Sv. Läkartidningen nr 48, 57: 3381—3408, 1960.

Glatt, M. M., *Reflections on Heroin and Cocaine Addiction*. Lancet II: 171—172, 1965.

Goldberg, Leonard, *Tillvänjningsproblemet*. Nordisk Medicin nr 29, 60: 1004—1009, 1958.

— *Narkomani. Vanebildning och beroende*. Centralförbundet för nykterhetsundervisning, Stockholm, 1967. (16 s.)

Goth, Andres, *Medical Pharmacology*. The C. V. Mosby Company, Saint Louis, 1966 (Third Edition). (668 s.)

Gunne, Lars-M., *Behandling av narkomani med narkotikablockerande medicinering*. Läkartidningen nr 43, 63: 4060—4064, 1966.

Gustafsson, Åke, *Sovjetisk lagstiftning mot narkotikabrott, om narkomanvård*. Läkartidningen nr 42, 62: 3442—3446, 1965.

Görling, Lars, *Unga narkomaner*. Örnsköldsviks Allehanda 24.6. 1960.

Harms, Ernest (Ed.), *Drug Addiction in Youth*. (International Series of Monographs on Child Psychiatry, Volume 3). Pergamon Press, New York, 1965. (210 s.)

Helpern, Milton & Rho, Yong-Myun, *Deaths from Narcotism in New York City*. The International Journal of the Addictions nr 1, 2: 53—84, 1967.

Hess, Albert G., *Chasing the Dragon. A Report on Drug Addiction in Hong Kong*. North-Holland Publishing Company, Am-

sterdam, 1965. (182 s.)

Hesterskog, Hj., *Hur stävja narkomanernas framfart?* Sv. Läkartidningen nr 43, 52: 2664—2665, 1955.

— *Replik i narkomandiskussionen.* Sv. Läkartidningen nr 47, 52: 2929—2931, 1955.

Hirschfeldt, Frank, *Narkotikamissbruket — en katastrofsituation.* Origo nr 6, 4: 11—15. 1964.

— *Narkotika på systemet?* Expressen 26.3.1965.

— *Rädda narkomanen från polisen!* Dagens Nyheter 14.4.1965.

— *Det måste kosta pengar, Hr Aspling!* Expressen 11.6.1965.

— *Fördomar med statsstöd.* Expressen 10.7.1965.

— *Nidingsdåd i narkotikafrågan.* Dagens Nyheter 22.7.1965.

— *Narkomanihärvan.* Dagens Nyheter 1.12.1966.

— *Narkomani.* Ord & Bild nr 3, 76: 206—209, 1967.

Hjelte, Roland & Hirschfeldt, Frank, *Narkotikaserien i TV: Kritik som självändamål?* Läkartidningen nr 5, 63: 398—401, 1966.

Holmstedt, Bo, *Phantastica och dess pionjärer.* Dagens Nyheter 11.3.1965.

Huxley, Aldous, *The Doors of Perception/Heaven and Hell.* Chatto & Windus, London, 1960. (152 s.)

Håkanson, Kaj, *Ingen sprit på lördag, marihuana!* Stockholms-Tidningen 18.12.1965.

— *Om narkomanidefinitioner. Diskussionspromemoria.* SOU 1967: 25, 185—212.

Ideström, Carl-Magnus, *Flicker-Fusion in Chronic Barbiturate Usage.* Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica, Supplementum 91 (ad volumen 30, 1954). Munksgaard, Köpenhamn, 1954.

— *Barbituratnarkomani. Tillvänjningsmekanism, klinisk bild, behandling.* Sv. Läkartidningen nr 40, 52: 2417—2426, 1955.

Inghe, Gunnar, *Symposium om prevention av narkomani.* Första nordiska kongressen i socialmedicin i Göteborg 8—10 juni 1967. Socialmedicinsk tidskrift nr 8, 1967. Separat i Socialmedicinsk tidskrifts skriftserie nr 34, Stockholm, 1967. (36 s.)

Jacobsen, M., Ugeskr. Læg. 122: 521, 1960.

James, I. P., *Correspondence.* Lancet I: 288, 1965.

Janssen, Claes, *Den förhöjda livskänslan.* Ord & Bild nr 1, 76:

20—33, 1967.

Jansson, Bengt, *Behandling av narkomaner.* Göteborgs Handels- och Sjöfartstidning 7.12.1965.

— *Behandling av narkomaner än en gång.* Göteborgs Handels- och Sjöfartstidning 21.6.1966.

Jellinek, E. M., *The Disease Concept of Alcoholism.* Hillhouse Press, New Haven, Conn., 1960.

Johansson, Sten, *Narkotikaträsket.* Stockholms-Tidningen 11.12. 1965.

Jonsson, Gustav & Kälvesten, Anna-Lisa, *222 Stockholmspojkar. En socialpsykiatrisk undersökning av pojkar i skolåldern.* Monografier utgivna av Stockholms kommunalförvaltning, Stockholm, 1964. (684 s.)

Kanekov, Z, *Personligt meddelande,* 1967.

Karlsson, Bengt, *Thinner-, alkohol- och tablettmissbruk bland barn och ungdom. Toxikologiska synpunkter.* Nordisk Medicin nr 32, 70: 893—896, 1963.

Kihlbom, Magnus, *Radikal icke-medicinsk narkomaniterapi.* Läkartidningen nr 46, 64: 4548—4550, 1967.

Kjölstad, Th., *Narkotika og Narkomani.* Arbeidslivets Komité mot Alkoholisme og Narkomani, Oslo, 1966. (46 s.)

Kolb, Lawrence, *Drug Addiction. A Medical Problem.* Charles C. Thomas, Publisher, Springfield, Illinois, 1962. (183 s.)

Krook, Gunnar & Lindgren, Gunnar, *Kontrollen av handeln med narkotika i Sverige. En kommentar till nu gällande bestämmelser.* Sv. farmaceutisk tidskrift 25: 591—597, 1954.

— *I Sverige under år 1954 på sjukhus behandlade fall av narkomani.* Sv. Läkartidningen nr 6, 53: 361—362, 1956.

Krug, Donald C., Sokol, Jakob & Nylander, Ingvar, *Inhalation of Commercial Solvents: A Form of Deviance Among Adolescents.* I: Harms (Ed.), *Drug Addiction in Youth* (36—55).

Leary, Timothy, Alpert, Richard & Metzner, Ralph, *Rationale of the Mexican Psychedelic Training Center.* I: Blum & al. (Eds), *Utopiates. The Use and Users of LSD-25* (178—186).

Lewin, Louis, *Phantastica, Narcotic and Stimulating Drugs. Their Use and Abuse.* Routledge & Kegan Paul, London, 1964. (335 s.)

Lichtenstein, Perry M., *Narcotic Addiction.* New York Medical

Journal 100: 962—966, 1914. I: O'Donnell & Ball, (Eds), *Narcotic Addiction* (23—34).

Lindberg, Bengt J. & Forssman, Hans, *Skandalartad förskrivning av narkotika.* Läkartidningen nr 20, 63: 1906—1907, 1966.

Lindesmith, Alfred R., *Basic Problems in the Social Psychology of Addiction and a Theory.* Paper read before the Chatham Conference, *Perspectives on Narcotic Addiction,* Chatham, Cape Cod, Mass., september 9—11, 1963. I: O'Donnell & Ball (Eds), *Narcotic Addiction* (91—109).

— *The Addict & the Law.* Indiana University Press. Bloomington, 1965. (337 s.)

Linde, Ebbe, *Den unge Freud och kokainet.* Dagens Nyheter 9.10.1954.

Lindström, Folke, *Delirium tremens som abstinenssymtom vid thinner-sniffning.* Sv. Läkartidningen 57: 2214—2219, 1960.

Ljungberg, Lennart, *Narkotikaproblemen måste angripas universellt på bred front.* Läkartidningen nr 52, 63: 4981—4984, 1966.

Lokander, Sven, *Sick Absence in a Swedish Company. A Sociomedical Study.* Acta Medica Scandinavica, Supplementum 377. Munksgaard, Köpenhamn, 1962. (172 s.)

Louria, Donald, *Nightmare Drugs.* Published by Pocket Books, Inc. in association with This Week Magazine. New York, 1966. (96 s.)

Lundquist, Gunnar A. R., *Verklig avvänjning och profylax — inte 'hjälp' med narkotika!* Läkartidningen nr 2, 63: 139—141, 1966.

Läkartidningen: Ledare, *Narkotikamissbrukarna.* Läkartidningen nr 28, 62: 2174—2175, 1965.

Marshall, O., *The Opium Habit in Michigan.* Annual Report, Michigan State Board of Health, 6: 63—73, 1878. I: O'Donnell & Ball (Eds), *Narcotic Addiction* (45—54).

Matthis, Iréne, *Narkotikaproblemet — en polissak?* Stockholms-Tidningen 29.3.1965.

— *Narkotika — verklighetsflykt.* Aftonbladet 29.3.1967.

Maurer, David W. & Vogel, Viktor H., *Narcotics and Narcotic Addiction.* Charles C. Thomas, Publisher, Springfield, Illinois, 1967 (Third Edition). (411 s.)

McCord, William & McCord Joan, *Origins of Alcoholism.* Ta-

vistock Publications, London, 1960. (193 s.)

Mentalsjukvårdsdelegationen, *Mentalsjukvården. Planering och organisation.* Betänkande III. Inrikesdepartementet, SOU 1958: 38. (548 s.)

Modlin, Herbert C. & Montes, Alberto, *Narcotics Addiction in Physicians.* Am. J. Psychiatry 121: 358, 1964.

Monroe, R. R. & Drell, H. J., *Oral Use of Stimulants Obtained from Inhalers,* J. A. M. A. 135: 909, 1947.

Möller, Knud O., *Eufomani i farmakologisk belysning.* Nordisk Medicin nr 40, 54: 1533—1539, 1955.

Narkomanvårdskommittén, *Narkotikaproblemet.* Del I: *Kartläggning och vård.* Socialdepartementet, SOU 1967: 25. (261 s.)

Narkomanvårdskommittén, *Narkotikaproblemet.* Del II: *Kontrollsystemet.* Socialdepartementet, SOU 1967: 41. (197 s.)

Netz, Björn, *Psykokemiska substanser: effekter, implikationer och applikationer. En introducerande översikt över hallucinogener — psykotomimetika — psykedelika.* Stencil. Militärpsykologiska institutet, Stockholm, 1967. (140 s.)

Nimb, Mogens, *Eufomani blandt læger.* Referat och diskussion i Nordisk Medicin nr 7, 65: 238—239, 1961.

— *Medikamentel behandling af eufomani.* Nordisk Medicin nr 1, 75: 15—16. 1966.

Noreik, K, T. norske Lægeforen. 80: 442, 1960.

Norman, J. & Shea, J. T., New Engl. J. Med. 233: 270, 1945.

Nycander, Svante, *Svenskarna och spriten.* Verdandi-debatt nr XXXII. Bokförlaget Prisma & Föreningen Verdandi, Stockholm, 1967. (195 s.)

Nylander, Ingvar, *Thinner-, alkohol- och tablettmissbruk bland barn och ungdom.* Nordisk Medicin nr 32, 70: 896, 1963.

— *Lösningsmedel.* Läkartidningen nr 41, 64: 4063—4065, 1967.

O'Donnell, John A., *The Relapse Rate in Narcotic Addiction: A Critique of Follow-up Studies.* I: Wilner & Kassebaum (Eds), *Narcotics* (226—246).

O'Donnell, John A. & Ball, John C. (Eds), *Narcotic Addiction.* Harper & Row, Publishers, New York and London, 1966. (248 s.)

Oswald, Ian & Thacore, V. R., *Amphetamine and Phenmetrazine Addiction.* British Medical Journal II: 427—431, 1963.

Pescor, Michael J., *Physician Drug Addicts.* Diseases of the Nervous System 3: 2—3, 1942. I: O'Donnell & Ball (Eds), *Narcotic Addiction* (164—167).

Rasch, Wilhelm, *Finns det något sätt att stävja narkomanernas framfart?* Sv. Läkartidningen nr 40, 52: 2465—2466. 1955.

— *Replik i narkomandiskussionen.* Sv. Läkartidningen nr 45, 52: 2808—2810, 1955.

— *Slutreplik i narkomanfrågan.* Sv. Läkartidningen nr 47, 52: 2931—2932, 1955.

Renborg, Bertil A., *Ny konvention om narkotika har trätt i kraft.* Alkoholfrågan nr 2, 59: 69—71, 1965.

— *Statlig norsk klinik för behandling av narkomaner.* Alkoholfrågan nr 2, 59: 72—75, 1965.

— *Narkotikamissbruket — dess innebörd och följder.* Alkoholfrågan nr 5, 59: 251—255, 1965.

— *Amatören och narkomanin.* Expressen 24.7.1965.

— *Knarkerikvack.* Dagens Nyheter 15.8.1965.

Retterstöl, N. & Sund, A., *Drug Addiction and Habituation.* Acta Psychiatrica Scand. Suppl. 179 (ad volumen 40, 1964). Munksgaard, Köpenhamn, 1965.

Rexed, Ingemar, *Om läkarna fick ansvaret.* Expressen 15.3. 1965.

— *Diskussion om narkomanvårdskommitténs betänkande.* Socialmedicinsk tidskrift nr 6, 44: 342—344, 1967.

— *Slutreplik i narkotikafrågan.* Socialmedicinsk tidskrift nr 9, 44: 528—529, 1967.

RFHL, *Verksamhetsberättelse.* I: 1965—66. II: 1966—67. Stencil. Stockholm.

Rikspolisstyrelsen (utg.), *Narkotika. Handbok för polismän,* Stockholm, 1967. (84 s.)

Rimmerfors, Einar, *Har Sverige ett narkotikaproblem?* Stockholms-Tidningen 24.9.1954.

Rosenthal, Theodore, Patrick, Sherman W. & Krug, Donald C., *The Development of Narcotics Addiction among the Newborn.* I Harms (Ed.), *Drug Addiction in Youth* (5—18).

Rydin, Håkan, *Farmakologi. Lärobok för sjuksköterskor.* Svensk sjuksköterskeförenings förlag, Stockholm, 1966. (347 s.)

Rylander, Gösta, *Narkotikaserien i TV: Varför ströks kritiska*

repliker? Läkartidningen nr 3, 63: 208—212, 1966.
— *Avvänjningsscenerna i TV än en gång.* Läkartidningen nr 7, 63: 586, 1966.
— *Preludin-narkomaner från klinisk och medicinsk-kriminologisk synpunkt.* Läkartidningen nr 52, 63: 4973—4980, 1966.
Silverman, M., Brit. med. J. I: 696, 1959.
Solomon, David (Ed.), *The Marihuana Papers.* The Bobbs-Merrill Company, Inc. New York, 1966. (448 s.)
Stoll, W. A., *Lysergsäurediäthylamid, ein Phantasticum aus der Mutterkorngruppe.* Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 60: 279—323, 1947.
Sundberg, Nils, *Kritiken mot Alkoholfrågan.* Dagens Nyheter 25.7.1965.
Sundhedsstyrelsen, *Cirkulære m. v. om bekæmpelse af eufomani.* Köpenhamn 1956.
Sveriges Läkarförbund (utg.), *Pharmaconomia Svecica med synonymregister* NOM 4. Almqvist & Wiksell, Stockholm, 1967. (526 s.)
Takman, John, *Om narkotikamissbruk bland ungdom.* Sociala meddelanden nr 1: 25—32, 1958.
— *Ökar narkotikamissbruket?* Lanternan nr 1—2: 12—13, 1959.
— *Ungdom och narkotika.* Psykisk Hälsa nr 3, 1: 21—26, 1960.
— *Unga narkomaner.* Sv. Läkartidningen nr 34, 57: 2399—2401, 1960.
— *An Epidemiological Study on Narcotic Use among Stockholm Adolescents: A Preliminary Report.* Proc. of the Third World Congr. of Psychiatry, Montreal I: 412—415, 1961. University of Toronto Press/Mc Gill University Press.
— *Thinner-, alkohol- och tablettmissbruk bland barn och ungdom: Socialmedicinska synpunkter.* Nordisk Medicin nr 32, 70: 899—903, 1963.
— *Narkotikaförskrivningar och narkomaniproblem i Sverige. Ska polisen helt överta handläggningen av ett allvarligt socialmedicinskt problem?* Sv. Läkartidningen nr 9, 61: 640—664, 1964.
— *Förbjuden sjukdom: NARKOMANI.* Expressen 22.2.1965.
— *Den goda tonens narkotikaexperter.* Dagens Nyheter 3.8.1965.
— *Narkomanin: Politik, behandling, forskning.* Läkartidningen nr 12, 63: 1158—1166, 1966.

Takman, J. & Kihlbom, M., *Thinnersniffning och thinnersniffare.* Nordisk Medicin nr 44, 70: 1211, 1963.

— *Thinnersniffning och thinnersniffare.* Sv. Läkartidningen 60: 1565, 1963.

Thorstrand, Curt, *Mortaliteten vid förgiftningar med hypnotika och sedativa under en 10-årsperiod.* Opuscula Medica 10: 270—278, 1965.

Thysell, Torsten, Karlsson, Kajsa & Johnsson, Kristina, *De "medicinska resurserna" på Råby yrkesskola.* Socialmedicinsk tidskrift nr 9, 44: 495—502, 1967.

Warholm, Sten, *Narkotika.* Svensk Polis nr 2: 24—30, 1964.

Way, E. Leong, *Control and Treatment of Drug Addiction in Hong Kong.* I: Wilner & Kassebaum (Eds), *Narcotics* (274—289).

Wikler, Abraham, *Opiate Addiction: Psychological and Neurophysiological Aspects in Relation to Clinical Problems.* Charles C. Thomas, Publisher, Springfield, Illinois, 1953.

— *Conditioning Factors in Opiate Addiction and Relapse.* I: Wilner & Kassebaum (Eds), *Narcotics* (85—100).

Wilner, Daniel & Kassebaum, Gene G. (Eds), *Narcotics.* Mc Graw-Hill Book Company, New York, 1965. (302 s.)

Winick, Charles, *Epidemiology of Narcotics Use.* I: Wilner & Kassebaum (Eds), *Narcotics* (3—18).

Vogel, Victor H., Isbell, Harris & Chapman, Kenneth W., *Present Status of Narcotic Addiction. With Particular Reference to Medical Indications and Comparative Addiction Liability of the Newer and Oldest Analgesic Drugs.* J. A. M. A. nr 14, 138: 1019—1026, 1948.

WHO, Techn. Rep. Ser. 21, 1950.

WHO, Techn. Rep. Ser. 57, 1952.

WHO, Techn. Rep. Ser. 116, 1957.

WHO, Techn. Rep. Ser. 273, 1964.

X, Malcolm, *The Autobiography of Malcolm X.* Grove Press, Inc., New York, 1965. (455 s.)

Yablonsky, Lewis & Dederich, Charles, *Synanon: An Analysis of Some Dimensions of the Social Structure of an Antiaddiction Society.* I: Wilner & Kassebaum (Eds), *Narcotics* (193—216).

Young, D. & Scoville, W. B., Med. Clin. N. America (Boston

Number), 22: 637, 1938.
Åhström, Sven-Erik, *Legal förskrivning av narkotika skapar bättre hjälpmöjligheter.* Läkartidningen nr 8, 63: 745—750, 1966.
— *Ambulant förskrivning av narkotika.* SOU 1967: 25, 253—261.
Älmeby, Harry, *Svarar 1 på 10 för 8/10 av spritkonsumtionen?* Alkoholfrågan nr 8, 59: 363—368, 1965.

ALDUSSERIEN

Fackböcker — populärvetenskap

LITTERATUR, SPRÅK

Margit Abenius *Karin Boye* 14:75
J. Andersson—M. Furberg *Språk och påverkan* 11:50
Kaj Attorps—Tomas Oliv *12 moderna romaner* 12:50
Werner Aspenström *Motsägelser* 10:75
Staffan Björck *Löjliga familjerna* 11:50
Gunnar Brandell *Konsten att citera* 9:50
— *Svensk litteratur 1900—1950* 22:50
— (red.) *Synpunkter på Strindberg* 9:75
Francis Bull *Världslitteraturens historia* 11:50
Fredrik Böök *Analys och porträtt* 9:50
John Chadwick *Mykenes röst — tolkningen av linear B* 6:75
Gunnar Ekelöf *Blandade kort* 11:50
Lars-Olof Franzén (red.) *40-talsförfattare* 13:50
Johannes Friedrich *Glömda skrifter och språk* 11:50
Knut Hagberg *Linneansk linje* 6:75
Nils E. Hansegård *Tvåspråkighet eller halvspråkighet?*
S. I. Hayakawa *Symbol, status, personlighet* 8:75
— *Vårt språk och vår värld* 13:50
Ronald Hingley *De ryska författarna o. samhället 1825—1904* 18:50
Ingvar Holm *Harry Martinson* 15:50
Olle Holmberg *Skratt och allvar i svensk litteratur* 9:75
Olof Lagercrantz *Agnes von Krusenstjerna* 9:75
Karl Erik Lagerlöf (red.) *Femtitalet i backspegeln* 11:50
Martin Lamm *August Strindberg* 16:75
— *Det moderna dramat* 12:50
John Landquist *Gustaf Fröding* 11:50
— *Möten* 12:75
Hans Larsson *Poesiens logik* 7:50
Artur Lundkvist *Ikarus' flykt* 7:50
— *Utflykter med utländska författare* 13:75
Bertil Malmberg *Det spanska Amerika i språkets spegel* 12:50
— *Språket och människan* 11:50
Helen Muchnic *Rysk litteratur före 1900* 13:50
Magnus von Platen *Tvistefrågor i svensk litteraturforskning* 12:75
Velta Rüke—Dravina *Språk i kontakt* 11:75
Gunnar Tideström *Edith Södergran* 8:75
— (red.) *Synpunkter på Pär Lagerkvist* 12:50

Lars Helge Tunving (red.) *Synpunkter på Birger Sjöberg* 12:50
R. Wellek—A. Warren *Litteraturteori* 18:50

KONST, MUSIK, FILM, TEATER

Bertolt Brecht *Liten hjälpreda för teatern* 9:50
Henrik Cornell *Den svenska konstens historia I—II* 16:75/del
Jörn Donner *Djävulens ansikte. Ingmar Bergmans filmer* 9:50
Alfred Einstein *Mozart* 12:50
— *Musikens historia* 7:50
E. Kjellberg—G. Säflund *Grekisk och romersk konst* 15:50
Bo Lagercrantz (red.) *Vi i bild* 10:50
Ton de Leeuw *Nittonhundratalets musik* 15:50
Philip von Schantz *Vad är grafik?* 11:50
Rolf Söderberg *Modern Swedish Art* 11:50
Folke Törnblom *Från underverksopera till TV-opera* 12:50
Peter J. Ucko-Andrée Rosenfeld *Grottkonst* 18:50

HISTORIA, SAMHÄLLSKUNSKAP

Franz Ansprenger *Kolonialväldenas upplösning* 17:50
Isaiah Berlin *Karl Marx* 11:—
Stefan Björklund *Politisk teori* 14:50
Sture Bolin *Från Tacitus till Tage Erlander* 8:50
— *Världskriget och Versaillesfreden* 8:50
Sten Carlsson *Grupper och gestalter* 8:75
David Caute *Vänstern i Europa sedan 1789* 15:—
Isaac Deutscher *Den ofullbordade revolutionen 1917—1967* 8:75
Louis Fischer *Lenin* 27:50
Finn Friis *Förenta Nationerna* 11:50
Lars Furhoff—Hans Hederberg *Dagspressen i Sverige* 13:50
S. Hadenius—H. Wieslander—B. Molin *Sverige efter 1900* 16:75
W. C. Havard *Hur USA styres* 12:50
Jürgen Kuczynski *Arbetarklassens uppkomst* 18:50
Jean Lacouture *Ho Chi Minh* 15:50
Georges Lefebvre *1789* 7:50
Folke Lindberg *Kunglig utrikespolitik* 13:75
Erik Lönnroth *Från svensk medeltid* 8:50
C. B. Macpherson *Den mångtydiga demokratin* 8:75
Richard E. Neustadt *Presidentens makt* 9:75
Ernst Nolte *De fascistiska rörelserna* 16:50
Olle Nyman *Utländska statsskick* 13:50
R. Oliver—J. D. Fage *Afrikas historia* 14:50
Jan Olof Olsson *Leningrad—St. Petersburg* 15:—
George Pendle *Latinamerikas historia* 11:—

Ricardo Rojo *Min vän Che* 14:50
George Rudé *Det revolutionära Europa 1783—1815* 14:50
Karl-Heinz Ruffman *Sovjetryssland* 17:50
Birger Sallnäs (red.) *Tvistefrågor i svensk historia* 10:50
Henry J. Schmandt *De politiska idéernas historia* 19:50
Sven Stolpe *Drottning Kristina* 16:50
Ivar Strahl *Den svenska kriminalpolitiken* 11:50
— *Makt och rätt* 9:75
David Thomson *Världshistoria 1914—1961* 8:50
Herbert Tingsten *De konservativa idéerna* 11:50
— *Demokratins problem* 12:—
— *Den svenska socialdemokratins idéutveckling I—II* 20:50/del
— *Nazismens och fascismens idéer* 11:—
— *Svensk utrikesdebatt mellan världskrigen* 13:50
— *Viktoria och viktorianerna* 15:—
— *Åsikter och motiv* 8:50
Krister Wahlbäck *Från Mannerheim till Kekkonen* 12:50
Curt Weibull *Historiska problem och utvecklingslinjer* 8:50
— *Källkritik och historia* 9:50
K. C. Wheare *Moderna författningar* 12:50

POLITIK, AKTUELL DEBATT

Gunila Ambjörnsson *Skräpkultur åt barnen!* 11:75
Vanna Beckman *Dagbok från en kris* 11:50
Nils Bejerot *Narkotikafrågan och samhället* 23:50
L. Berntson—G. Persson *U-hjälp och imperialism* 12:50
Erling Bjøl *Internationell politik* 9:50
Einar von Bredow *Sydöstasien — sken och verklighet* 11:50
J. William Fulbright *Styrkans övermod* 15:—
Per Gahrton *Barn i Sverige* 11:75
Che Guevara *Dagbok* 10:50
T. Hammarberg—O. Wästberg *Tillträde förbjudet* 8:50
Tom Hayden *Revolt i svart ghetto* 11:75
Jahn Otto Johansen *Tjeckoslovakiens ödestimma* 11:50
— *Östeuropa i omvandling* 12:50
Jonathan Kozol *Skolan som dödar* 13:75
Nils-Erik Landell *Fågeldöd fiskhot kvicksilver* 11:75
Seymour M. Lipset *Den politiska människan* 19:50
Norman Mailer *Nattens arméer* 15:50
Herbert Marcuse *Protest demonstration revolt* 12:50
Eva Moberg *Såvitt jag förstår . . .* 8:75
Birger Möller *U-länder i omvälvning* 13:75
Robert C. North *Kommunismen i Kina* 15:—

Raskrisen i USA 17:50
Andrej Sacharov *Alternativ till världens undergång* 8:50
H. E. Salisbury *En amerikan i Nordvietnam* 15:—
Kurt Samuelsson *Är ideologierna döda?* 11:75
Jonathan Schell *Ben Suc — utplånad by* 10:75
David Schwarz (red.) *Svenska minoriteter* 15:—
P. Seale—M. McConville *Revolution! Frankrike 1968* 13:50
Per Sjögren *Nynazismen* 11:50
— *Vår och höst i Prag* 13:75
Herbert Tingsten *Skall kungamakten stärkas?* 5:50
13 interner: Vår fångvård (red. Peter Curman) 12:50
UKAS och samhället (red. Marina Stenius—Aschan) 12:50
Utrikespolitiska institutet *De Gaulles Frankrike* 15:50
— *Reform ockupation Tjeckoslovakien 1968* (red. Erik Holm) 14:50
— *Svenska kärnvapenproblem* 13:50
Dick Urban Vestbro *Att bygga för jämställdhet* 11:75

EKONOMI, SOCIOLOGI, GEOGRAFI

Jussi Anthal *Engelsmännen från måndag till söndag* 13:75
José Aranguren *Kommunikationssociologi* 18:50
William Ashworth *Världens affärer* 15:—
Vilhelm Aubert *Det dolda samhället* 16:50
Frederic Benham *Ekonomisk hjälp till underutvecklade länder* 7:50
Jagdish Bhagwati *U-ländernas ekonomi* 15:—
Gunnar Boalt *Masskommunikation* 9:25
— *Människa, kontakt, miljö* 6:75
Bengt Danielsson *Dagligt liv på Raroia* 11:50
Robert Dorfman *Prissystemet* 15:50
— *Priser och marknader* 16:75
Åke Elmér *Från Fattigsverige till välfärdsstaten* 8:50
Amitai Etzioni *Moderna organisationer* 12:50
M. L. Ferard—N. K. Hunnybun *Samtal till hjälp* 9:50
Raymond Firth *Människotyper* 12:—
Karl-Erik Forsström *Brottslighet i siffror* 8:75
John Kenneth Galbraith *Den stora börskraschen 1929* 10:50
Richard T. Gill *Ekonomisk tillväxt — förr och nu* 14:50
— *Den moderna nationalekonomin* 13:50
Gregory Grossman *Ekonomiska system* 13:50
Odd Guldbrandsen—Assar Lindbeck *Jordbrukspolitikens mål och medel* 10:50
Torsten Gårdlund *Ekonomi och samhälle* 6:75 e
Peter Hall *Världsstäderna* 15:—
Agne Hamrin *Här är Italien* 12:50

Eli F. Heckscher *Svenskt arbete och liv* 16:75
Alex Inkeles *Vad är sociologi?* 13:50
Joachim Israel *Den vilda strejken* 6:25
— *Välfärdssamhället — och därefter?* 11:50
Joachim Israel—Birger Lindskog *Elevstyre på eldprov* 12:50
Sven-Åke Johansson *Arbetsstudier* 19:—
Peter B. Kenen *Internationell ekonomi* 12:75
U. W. Kitzinger *Spelet kring Europamarknaden* 12:50
Claude Lévi-Strauss *Kulturspillror* 17:50
Assar Lindbeck *Svensk ekonomisk politik* 17:50
Sven och Cecilia Lindqvist *Asiatisk erfarenhet* 12:50
Ulla Lindström *Att ha barn eller inte* 8:75
Seymour M. Lipset *Den politiska människan* 19:50
Karl Marx *Människans frigörelse* 9:50
Margaret Mead *Kvinnligt, manligt, mänskligt* 11:50
Birger Möller *U-länder i omvälvning* 13:75
Thomas F. O'Dea *Religionssociologi* 13:50
A. Oxenfeldt—V. Holubnychy *Hur ekonomiska system fungerar* 15:50
E. Rhenman—B. Strymne *Företagsledning i en föränderlig värld* 12:50
David Riesman *Den ensamma massan* 11:50
Gösta Rylander *Samhället och de psykiskt avvikande* 11:50
J. L. Sampedro *Världsekonomins kraftlinjer* 18:50
Charles L. Schultze *Nationalprodukt och nationalinkomst* 13:75
David Schwarz (red.) *Svenska minoriteter* 15:—
Neil J. Smelser *Ekonomisk sociologi* 11:50
Sveri, Rylander, Eriksson, Asp *Kriminaliteten och samhället* 8:50
Henrik Åkerman (red.) *Ekonomiskt samarbete över gränserna* 17:50

RELIGION

John M. Allegro *Dödahavsrullarna* 6:75
Michael de la Bedoyere *Invändningar mot katolicismen* 9:50
Georges Dumézil *De nordiska gudarna* 7:50
Helmuth von Glasenapp *De fem världsreligionerna* 16:50
Anders Nygren *Eros och Agape* 22:50
Thomas F. O'Dea *Religionssociologi* 13:50
Sven Ulric Palme *Kristendomens genombrott i Sverige* 7:50
Geo Widengren *Religionens ursprung* 5:50

FILOSOFI, PSYKOLOGI, PEDAGOGIK

J. Andersson—M. Furberg *Språk och påverkan* 11:50
J. A. C. Brown *Arbetslivets psykologi* 11:—

Albert Camus *Myten om Sisyfos* 7:50
Chess, Thomas, Birch *Ditt barn är en personlighet* 13:50
Thord Erasmie *Barnets språkutveckling* 13:—
Stig Fhanér *Psykologisk testning* 13:50
C. M. Fleming *Unga människor* 11:50
Selma H. Fraiberg *De magiska åren* 10:75
Viktor E. Frankl *Livet måste ha mening* 10:50
Sigmund Freud *Drömtydning* 15:50
— *Sexualteori* 6:50
— *Vardagslivets psykopatologi* 12:50
Mats Furberg *Vision och skepsis* 12:50
Arnold Gesell *Barnet i utveckling* 7:50
Calvin S. Hall *Freuds psykologi* 11:50
Peter Hays *Den nya psykiatrin* 12:50
Ingemar Hedenius *Livets mening* 9:50
— *Tro och livsåskådning* 11:50
— *Den omoraliska anständigheten* 14:50
Winfred F. Hill *Inlärning — undervisning* 17:50
Jonathan Kozol *Skolan som dödar* 13:75
R. D. Laing *Det kluvna jaget* 14:75
Herbert Marcuse *Den endimensionella människan* 13:50
— *Människans befrielse* 9:50
Jean-Paul Sartre *Existentialismen är en humanism* 5:50
Johannes Sløk *Existentialism* 8:—
Eric B. Strauss *Psykiatri i vår tid* 4:50
John Vaizey *Undervisning i det moderna samhället* 18:50
Wolff—Moore—Marcuse *Kritik av den rena toleransen* 11:75
G. H. von Wright *Logik, filosofi och språk* 10:50

ASTRONOMI, FYSIK, MATEMATIK, STATISTIK

Hannes Alfvén *Atomen, människan, universum* 7:50
— *Världen spegelvärlden* 10:50
David L. Andersson *Upptäckten av elektronen* 8:75
Lincoln Barnett *Einstein och universum* 5:25
J. E. Berglund—R. Grubbström *Företagsspel — lek och verklighet* 13:50
J. E. Berglund—L. Halldén *Vad är operationsanalys?* 11:50
Niels Bohr *Atomteori och naturbeskrivning* 8:50
Irwin Bross *Beslutsplanering* 13:50
Tobias Dantzig *Talen — vetenskapens språk* 12:50
Hans Freudenthal *I matematikens värld* 18:50
David H. Frisch—Alan M. Thorndike *Elementarpartiklar* 12:50
George Gamow *Ett två tre . . . oändligheten* 9:50

— *Solen* 11:50
Tor Ragnar Gerholm *Fysiken och människan* 12:75
G. Th. Guilbaud *Cybernetik* 7:50
Britt Hartmann *Laser — det nya ljuset* 11:75
Fred Hoyle *Galaxer, atomkärnor och kvasarer* 13:50
— *Människor och vintergator* 5:50
— *Världsalltets byggnad* 6:75
André Kaufmann *Att forma beslut* 18:50
Poul Chr. Mathiessen *Befolkningsutvecklingen* 9:50
Kurt Mendelssohn *Vägen mot den absoluta nollpunkten* 18:50
Patrick Moore *Planeterna* 9:50
Robert Oppenheimer *Den flygande trapetsen* 7:50
Gunnar Pleijel *Solenergi* 8:50
Anatol Rapoport *Teori för tvåmansspel* 12:50
David Sciama *Världsalltet som enhet* 9:50
Alex G. Smith—Thomas D. Carr *Radioastronomi* 10:50
Jan Tinbergen *Utvecklingsplanering* 18:50
Staffan Ulvönäs *Tekniken kring människan* 14:50
W. A. Wallis—H. V. Roberts *Vad är statistik?* 8:50

BIOLOGI, MEDICIN

Göran Bergman *Varför gör hunden så?* 11:50
Gunnar Biörck *Själ och hjärta* 11:—
Rémy Chauvin *Insekternas värld* 18:50
W. H. Dowdeswell *Djurens ekologi* 16:50
O. G. Edholm *Arbetets biologi* 18:50
Gösta Ehrensvärd *Tanke — liv som medvetande och känslospel* 9:50
John E. Eichenlaub *Att älska* 9:50
R. L. Gregory *Öga och hjärna. Seendets psykologi* 15:—
F. Kissmeyer-Nielsen *Transplantation av mänskliga organ* 8:50
Björn Kurtén *Dinosaurernas värld* 18:50
— *Istidens djurliv* 8:50
— *Människans utveckling* 8:50
Martin Lindauer *Binas språk* 8:75
Gregor Mendel *Försök med växtbastarder* 4:50
Adolf Portmann *Kamouflage i djurvärlden* 7:25
Knut Schmidt-Nielsen *Djurens fysiologi* 7:75
Maurice Sussman *Från cell till organism* 8:50
B. Wallace—T. H. Dobzhansky *Människan och strålningsriskerna* 7:50
B. Wallac—A. M. Srb *Adaptation* 8:50
Dean E. Wooldridge *Hjärnans maskineri* 16:50
— *Livets maskineri* 13:50

Narkotikafrågan och samhället ger en allsidig belysning av ett komplicerat och utpräglat tvärvetenskapligt problem som med våldsam kraft trängt sig på oss de senaste åren. Läsaren får stifta bekantskap med narkotikafrågan ur både teoretisk och praktisk synpunkt, får lära känna de narkomaniframkallande medlen och de sjukdomsbilder de ger upphov till, får en ingående redogörelse för de sociala mekanismerna kring massmissbruk och ett klart svar på frågan varför vi drabbats av en narkotikaepidemi men inte våra grannländer. Den internationella narkotikadebatten refereras utförligt och de senaste årens intensiva inhemska debatt och omstridda narkotikapolitik blir föremål för en mycket närgången och hård granskning. Olika behandlingsmetoder vid narkomani diskuteras ingående och boken avslutas med ett socialmedicinskt handlingsprogram för att bringa det snabbt expanderande intravenösa narkotikamissbruket under kontroll.
Som informationsbok är **Narkotikafrågan och samhället** grundläggande och utan motsvarighet i landet.

Nils Bejerot är psykiater och socialläkare i Stockholm. Som WHO-stipendiat har han studerat teoretisk socialmedicin vid London School of Hygiene och tjänstgör sedan 1966 som forskningsläkare i socialmedicin (narkomani) vid statens medicinska forskningsråd.

"Bör ingående studeras av envar, därför att den angår oss alla. Inte minst föräldrar."

Karl-Ivar Gabrielson i Accent

"Lättläst intill att vara spännande. Bejerot skriver inte bara fränt utan också livligt och effektivt."

Hans Forsman i GHT

"Dette er en høyst stimulerende og tankeveckende bok."

Karl Evang i Socialmedicinsk Tidskrift

Bokförlaget Aldus/Bonniers