

Hälsotillståndet hos intagna på ungdomsfängelse



Gunnar Wallin

Inledning

Ungdomsanstalten i Uppsala är intagningsanstalt för det manliga klientelet inom kriminalvårdens ungdomsrådjong, d. v. s. samtliga pojkar i åldern 18—21 år som i Sverige döms till ungdomsfängelse (uf) tillbringar de första veckorna av påföljden vid Uppsalaaanstalten. För varje intagen genomföres under denna tid en tämligen omfattande utredning i vilken bl. a. psykologbedömning samt somatisk och psykiatrisk läkarundersökning ingår. Utredningsresultatet används sedan av ett s. k. placeringskollegium för beslut om vid vilken anstalt (öppen?, sluten?, specialanstalt?) den intagne skall vistas under huvuddelen av fängelsetiden.

Man kan tycka att denna organisationsform med individuell bedömning av varje pojke vid en central intagningsanstalt borde ha utnyttjats för att erhålla kännedom om uf-klienteletets karakteristika, såväl ur social som medicinsk synvinkel. Tyvärr har kriminalvården hittills ej använt sig av denna möjlighet; efter att en utredning slutförts och den intagne erhållit sin definitiva placering läggs resultaten till handlingarna och någon sammanfattande statistik av tillgängliga data göres

Intagna på ungdomsfängelse synes i större utsträckning än normalbefolkningen råka ut för vissa somatiska och psykiska sjukdomar. Dessa slutsatser kan dras av en undersökning som genomförts vid ungdomsanstalten i Uppsala i samarbete med Socialmedicinska institutionen, Uppsala universitet.

Denna högre sjuklighetsfrekvens kan ha flera orsaker. Den kriminelle lever många gånger ett "farligt" liv, där risken för olycksfall är större än för genomsnittssvensken. I andra fall är sjukdomen en följd av det stora missbruket av olika stimulerande medel. Beträffande de psykiska besvären är sambandet säkerligen komplext.

Oavsett den mekanism som opererat i det enskilda fallet blir dock följdverkningarna likartade. En risk måste vara att sjukligheten medför ytterligare svårigheter till anpassning i den sociala miljön.

Kunskapen om det somatiska och psykiska tillståndet hos ungdomsfängelseintagna har hittills varit bristfällig. Det är angeläget att berörda myndigheter i framtiden skaffar sig en fortlöpande "produktstatistik" på detta område.

Docent Gunnar Wallin, centrallab. för klinisk neurofysiologi, Akademiska sjukhuset är anstaltsläkare vid ungdomsfängelset i Uppsala.

ej. Som nybliven anstaltsläkare vid ungdomsanstalten i Uppsala erfor jag snart en naturlig konsekvens av detta — kunskapen om de uf-intagna är bristfällig och beträffande det somatiska hälsotillståndet är dokumentationen ytterst knapphändig och dessutom inaktuell. För att i någon mån råda bot på detta och samtidigt söka avgöra om den uf-intagne ur medicinsk synpunkt skiljer sig från genomsnittssvensken har jag gjort en sammanställning av erfarenheterna från den somatiska läkarundersökningen erhållna under en tid av c:a 1/2 år. För jämförelse med normalpopulationen har data från tillgängliga värnplikts- och skolundersökningar utnyttjats.

Material och metoder

Materialet omfattar 104 fall fördelade på två tidsperioder, 70 undersöktes under tiden december 1968 — mars 1969 och resterande 34 under tiden februari—april 1970. Uppdelningen på två perioder förorsakades av en brand på anstalten, varigenom verksamheten nedlades under knappt ett års tid. I 9 fall kunde av olika skäl läkarundersökning och i 12 fall provtagning ej genomföras, varför materialet i dessa delar består av 95 resp. 92 personer. Av de 104 pojkarna bedömdes 44 st ha tillbragt sin huvudsakliga uppväxttid i en storstadsregion (Stockholm, Göteborg, Malmö) och resten i småstads- eller landsbygdsområde. Siffran kan dock endast betraktas som en mycket grov uppskattning, de flesta hade bott på mer än ett ställe under uppväxttiden och det var ofta svårt att avgöra till vilken grupp pojkar skulle föras.

Kontrollgrupper. Som jämförelsematerial har huvudsakligen använts data erhållna vid inskrivning av värnpliktiga enligt nya inskrivningsförfarandet. Medelåldern vid värnpliktsinskrivningen låg vid 18,8 år och uf-materialet vid 19,5 år. Beträffande *somatiska anamnesdata* omfattar vpl-gruppen 1262 pojkar från 1965 års inskrivningsförrättning inom Hallands inskrivningsområde. Uppgifterna har erhållits från Militärmedicinska undersökningscentralen (MMUC). Beträffande *narkotikadata* omfattar vpl-gruppen drygt 20 000 pojkar från Stockholm, Göteborg och Malmö (79 %) samt Bergslagens inskrivningsområde (21 %) som undersöktes 1968 (Agrell, Netz och Wolff, 1969). Där så varit möjligt har dessutom resultaten från Herulfs enkätundersökning rörande narkotikavanor bland 4 200 pojkar i klass 9 bland Stockholms grundskolor inkluderats (Herulf 1969 a och b).

Undersökningens uppläggning. Uppgifter rörande de intagnas hälsotillstånd erhöles på följande sätt:

1) *Anamnestiska uppgifter från den intagne själv:*

Varje intagen fick fylla i ett frågeformulär rörande sitt hälsotillstånd. Före läkarundersökningen gick en sjuksköterska igenom formuläret

med den intagne och vid behov kunde svaren därvid kompletteras eller förtydligas.

2) *Anamnestiska uppgifter från sjukhusjournaler:* BB-journal rekviderades där så var möjligt och erhöles i 58 fall. Om den intagne tidigare vårdats på sjukhus rekviderades kopia av journal eller slutanteckning i de fall där osäkerhet om diagnos eller behandling förelåg. Diagnosen hjärnskakning är sålunda verifierad från sjukhusjournaler i alla fall utom två; i det ena hade patienten vårdats på sjukhus i annat land och i det andra på ungdomsvårdsskola under läkaruppsikt (enl. anteckning i journal från skolan).

3) *Läkarundersökningen* omfattade vanligt somatiskt rutinstatus.

4) *Laboratorieundersökningar:* Sjuksköterskan gjorde sedvanliga stixanalyser på urin samt tog blodprover för undersökning av SR, hämatokrit och transaminaser. Proverna togs i allmänhet efter att eleven vistats 3—10 dagar på anstalten.

Anamnesdata

1) *Hereditära förhållanden:* På grund av svårigheten att erhålla korrekta svar medtogs endast ett fåtal frågor rörande hereditära eller övriga familjeförhållanden. De viktigaste resultaten redovisas i tabell 1.

Tabell 1. Hereditära förhållanden.

Sjukdomar eller missbruk hos föräldrar eller syskon	Uf-elever	
	Antal	%
Magsår	21	20
Psykisk sjukdom	12	12
Alkoholmissbruk	28	27
Narkotikamissbruk	1	1

Med tanke på att kunskaperna om familjeförhållandena är dåliga hos många uf-elever är siffrorna generellt sett sannolikt för låga. Den höga frekvensen alkoholmissbruk inom närmaste familjen är ej förvånansvärd. Jonsson (1967) fann att 41 % av Skå-pojkaras fäder var alkoholmissbrukare och i hans kontrollmaterial var siffran så hög som 18 %. Man kan i detta sammanhang fråga sig huruvida de anhörigas alkoholvanor eventuellt påverkat uf-elevernas egen konsumtion. En jämförelse gjordes därför mellan uf-elever

med resp. utan alkoholmissbruk i familjen men någon skillnad i alkoholkonsumtionen mellan dessa grupper kunde ej påvisas.

2) *Sociala förhållanden*: Frågorna rörande de intagnas sociala förhållanden var mycket begränsade och avsåg väsentligen att klarlägga eventuellt missbruk av sprit, tobak, narkotika etc. Eftersom både ansökan om körkort och mönstring till vpl omfattar somatisk läkarundersökning inkluderas frågor om resultatet av dessa procedurer i hopp om att få hälsotillståndet ytterligare belyst.

a) *Spritförbrukningens* omfattning innan intagningen på anstalt framgår av tabell 2.

Tabell 2. *Spritförbrukning.*

Dricker sprit	Uf-elever	
	Antal	%
Aldrig = absolutist	6	6
Högst 1 g/2 veckor	40	38
1 g/vecka	31	30
Flera ggr/vecka	24	23
Varje dag	2	2
Ej svarat	1	1
	104	100

I spritbegreppet har förutom vin och starksprit även mellan- och starköl inkluderats utom när det rört sig om små mängder i samband med måltid. Några gränsdragningsproblem förelåg i allmänhet ej, de flesta uf-eleverna uppgav att när de drack alkoholhaltiga drycker fortsatte de tills de blev berusade. Det bör noteras att bland de 44 % som hade mycket låg spritförbrukning (1 g/2 veckor eller absolutister) fanns flera som tidigare druckit mycket sprit men som radikalt minskat sin konsumtion i samband med att de börjat använda narkotika.

b) "*Sniffning*". Tabell 3 redovisar hur många

Tabell 3. *Sniffning.*

Förekomst av sniffning	Uf-elever	
	Antal	%
Aldrig	34	33
En gång	33	32
Då och då	26	25
Regelbundet	11	10
	104	100

uf-elever som sniffat thinner, trikloretylen eller liknande. Det bör anmärkas att sniffningen i allmänhet skett under de tidiga tonåren och mycket få sniffade vid tiden för uf-intagningen.

Totalt hade alltså 67 % sniffat någon gång. Som jämförelse kan nämnas att bland pojkarna i klass 9 i Stockholms grundskolor hade 20,4 % sniffat vid något tillfälle (Herulf 1969 b).

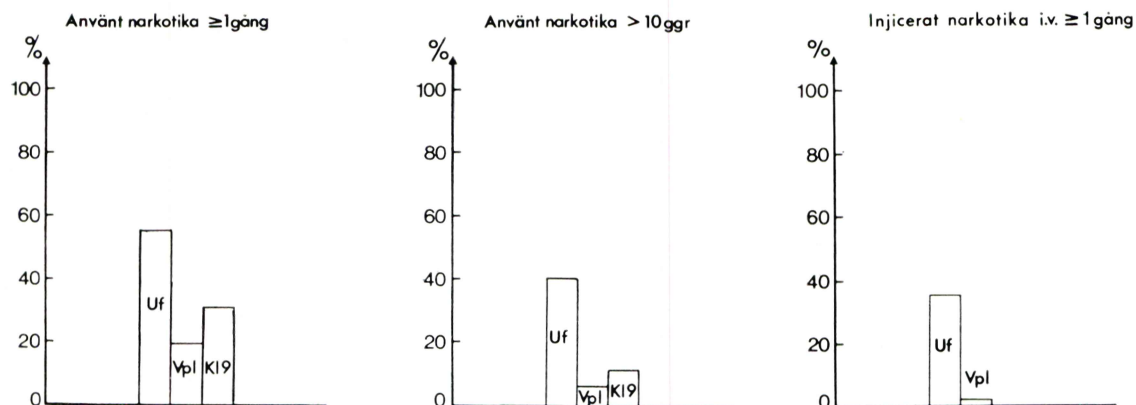
c) *Narkotikavanor*. En rad frågor i anamnesformuläret behandlade uf-elevernas narkotikavanor. Tabell 4 sammanfattar frekvensen bruknings-tillfällen (inkluderar även cannabispreparat).

Tabell 4. *Narkotikavanor.*

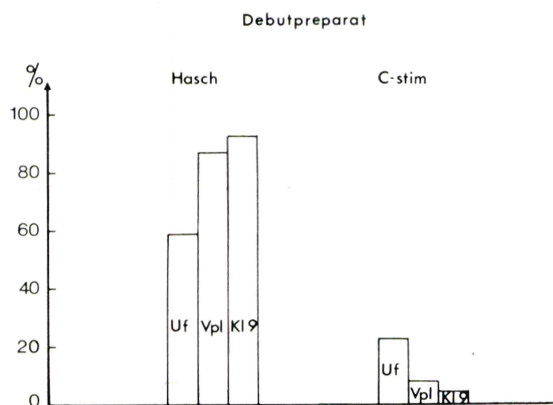
Antal ggr som narkotikaförbrukning skett	Uf-elever	
	Antal	%
Aldrig	46	44
1	5	5
2—4	5	5
5—10	6	6
11—50	14	13
>50	28	27
	104	100

Som synes har en majoritet av uf-eleverna prövat narkotika och mer än 1/4 kan betecknas som vaneförbrukare. I figur 1 jämföres några av siffrorna från tabellen med motsvarande data från både vpl-materialet och Stockholms manliga skolelever i klass 9 och det framgår klart att narkotikamissbruket är flera gånger större bland de uf-intagna än i jämförelsegrupperna. Tendensen är ännu tydligare när det gäller intravenöst missbruk och som framgår av figuren har c:a 35 % av uf-eleverna men bara 2 % av de värnpliktiga någon gång tagit en "sil". Även när det gäller typ av debutpreparat finns skillnader mellan å ena sidan uf-eleverna och å andra sidan värnpliktiga resp. skolelever. Visserligen är hasch det klart vanligaste debutpreparatet i alla tre grupperna men som framgår av figur 2 är det relativt sett vanligare att uf-eleverna redan vid debuten använder tyngre narkotika (centralstimulantia). Till detta kommer att c:a 12 % av uf-eleverna vid första kontakten med narkotika prövade mer än ett preparat under det att motsvarande siffra för värnpliktsgruppen var mindre än 2,5 %.

Figur 1. Jämförelse av narkotikakonsumtion hos uf-elever (uf), vpl och pojkar i klass 9 i Stockholms grundskolor. Vpl-data hämtade från Agrell et al (1969) och uppgifter om klass 9 från Herulf (1969 b).



Figur 2. Jämförelse av debutpreparat hos de som använt narkotika bland uf-elever, vpl och 1967 års pojkar i klass 9 i Stockholms grundskolor. Vpl-data hämtade från Agrell et al (1969) och uppgifter om klass 9 från Herulf (1969 a).



I tabell 5 sammanfattas uf-elevernas yttre levnadsomständigheter vid debuten.

Tabell 5. Levnadsomständigheter.

	Uf-elever	
	Antal	%
Gick i grundskola	8	14
Slutat skolan. Hade arbete	17	29
Arbetslös	15	26
Sjukskriven	3	5
På ungdomsvårdsskola eller annan anstalt	14	24
Oklart	1	2
	58	100

Man noterar här att 14 st (24 %) debuterat på anstalt. 57 % av dessa hade debuterat på tyngre narkotika (centralstimulantia eller morfin) under det att bland dem som debuterat under andra yttre omständigheter motsvarande siffra var 36 % ($0,1 > P > 0,05$). Siffran för debut i grundskola är relativt låg, vilket förklaras av att flertalet uf-elever hade slutat grundskolan när den stora narkotikaepidemin började.

d) Värnpliktsinskrivning. 74 st, d. v. s. 71 % av hela materialet hade mönstrat till värnplikt. Av de 30 som ej mönstrat hade en del ännu ej mottagit någon inkallelse men för de flesta var orsaken att de vid mönstringstillfället varit intagna på anstalt. Tabell 6 redovisar inskrivningsresultatet.

Tabell 6. Värnpliktsinskrivning.

Resultat av mönstring	Uf-elever		Hela riket*) 1969—70 %
	Antal	%	
Antagna till vpl-tjänstgöring	42	57	87.3
Frikallad	25	34	9.1
Anstånd	5	7	3.6
Vet ej	2	2	

*) Enligt Värnpliktsverkets inskrivningsstatistik.

Av visst intresse i detta sammanhang är det förhållande att resultaten från vpl-inskrivningen skilde sig markant mellan de uf-elever som intogs

på anstalten 1969 och de som kom 1970. Bland de som intogs under 1969 var 39 antagna till vpl-tjänstgöring och 16 frikallade, medan motsvarande siffror för 1970-gruppen var 3 och 9. Sannolikt är orsaken att hela 1970-gruppen hade genomgått det "nya inskrivningsförfarandet" med dess betydligt noggrannare penetration av bl. a. socialanamnestiska förhållanden. Vanliga orsaker till frikallandet var enligt uf-eleverna själva narkotikamissbruk eller rätt och slätt kriminell belastning. Som framgår av *tabell 7* finns också en påtaglig överrepresentation av olika missbruk bland dem som frikallats eller fått anstånd.

Tabell 7. Missbruk.

Typ av missbruk	Frikallad el.	Antagna till
	anstånd med	vpl-tjänst
	vpl (n = 30) %	(n = 42) %
Prövat narkotika någon gång	73	36
Dricker sprit 1 g/v eller oftare	67	33
Sniffat någon gång	87	50

3) *Körkortsinnehav.* Endast 4 st (4 %) innehade giltigt körkort. Ytterligare 3 st hade haft körkort men fått det indraget. Bland de 44 st (42 %) som sökt men ej fått körkort angavs orsaken vara kriminalitet, fylleriförseelser eller att lämplighetsintyg ej erhållits. Rent medicinska skäl för avslag fanns ej.

4) *Tidigare genomgångna sjukdomar.* BB-journaler kunde kontrolleras i 58 fall. Icke i något fall förelåg enligt journalen tecken till perinatal hjärnskada.

I anamnesformuläret specificerades en lång rad sjukdomar och den intagne fick sedan för var och en av dessa ange om och i så fall när han haft sjukdomen i fråga och även om han vårdats på sjukhus. De viktigaste resultaten redovisas i *tabell 8*, där även en jämförelse med värnpliktiga från Hallands Io finns medtagna i de fall där så varit möjligt.

Tabell 8. Genomgångna sjukdomar.

Tidigare genomgången sjukdom	Uf-elever		Vpl %
	Antal	%	
1. Kikhosta	43	41	*
2. Scharlakansfeber	17	16	9.0
3. Tbc	0	0	0.6
4. Magkatarr el. magsår	9	9	2.0
5. Blåskatarr	11	11	0.6
6. Gulsot	13	13	*
7. Syfilis	2	2	0.2
8. Gonorré	20	19	
9. Nervösa besvär el. psyk sjukdom	33	32	5.9
10. Hjärnskakning	18	17	6.0
11. Ryggskott	6	6	5.0
12. Armbrott	15	14	*
13. Benbrott	6	6	2.4

*) Uppgift saknas

Kommentarer: Ad 5) Något uppenbart samband tycks ej råda mellan de höga siffrorna för blåskatarr och gonorré. Av de 11 uf-eleverna som haft blåskatarr hade endast 3 haft gonorré.

Ad 6) Av de 13 gulsotsfallen var 11 inokulationshepatit, 10 i samband med narkotikamissbruk och 1 efter tatuering. Av de 13 hade 10 patologiska GPT vid intagningen på anstalten.

Ad 7 och 8) Av de 20 personer som haft gonorré hade 11 (= 11 % av hela materialet) haft sjukdomen mer än en gång. 2 hade haft gonorré 4 eller 5 gånger. Av de 21 personer som haft könsjukdom (en person hade haft både gonorré och syfilis) hade 76 % prövat narkotika någon gång jämfört med 51 % för de som ej haft någon könsjukdom ($0,1 > P > 0,05$). Eftersom gonorréfrequensen stiger snabbt är siffran för vpl-materialet inaktuell. Enligt Statens Bakteriologiska Laboratorium var förekomsten av gonorré i åldersklassen 15—19 år 0,8 % för 1969 och 1,6 % för 1970 (räknat för hela landet).

Ad 9) Av de 33 som uppgav sig haft psykiska besvär hade 76 % prövat narkotika jämfört med 45 % för de som ej haft psykiska besvär ($P < 0,01$). Vidare hade 82 % sniffat någon gång mot 61 % för de som ej haft psykiska besvär ($P < 0,01$).

5) *Tidigare genomgångna operationer.* 54 % av uf-eleverna hade aldrig opererats. I vpl-materialet

var motsvarande siffra 76 %. De vanligaste operationerna fördelade sig enligt tabell 9.

Tabell 9. Genomgångna operationer.

Typ av operation	Uf-elever	
	Antal	%
Allvarlig skada efter olycksfall	12	12
Tonsillectomi	6	6
Appendectomi	13	13
Annan operation	24	23

Hälsotillstånd vid intagning på anstalten

1) *Anamnestiska uppgifter.* 47 st, d. v. s. 45 % av samtliga uf-elever angav att de var helt friska vid intagningen. Tabell 10 anger de vanligaste symptomen hos de resterande 57 pojkar.

Tabell 10. Sjukdomssymptom.

Symptom vid intagningen	Uf-elever	
	Antal	%
Huvudvärk ofta	17	16
Ryggbesvär	11	11
Nervösa besvär	39	38

Bland de 39 som hade nervösa besvär vid intagningen hade 69 % prövat narkotika någon gång jämfört med 48 % bland de som ej hade psykiska besvär. Omvänt gäller att av de 56 som prövat narkotika någon gång hade 48 % psykiska besvär vid inkomsten under det att siffran bara var 25 % för de som aldrig använt narkotika.

2) *Undersökningsresultat.* Sedvanlig rutinundersökning gav relativt få positiva fynd. Man kan notera att hos 27 % palperades förstörade lymfkörtlar i axiller. Förhållandet förklaras av att praktiskt taget alla dessa uf-elever brukade antingen injicera narkotika i. v. eller också var de taterade på armarna. Mera anmärkningsvärt är att av de 35 sist undersökta pojkar hade 5 st (= 14 %) permanent nedsatt syn på ena eller båda ögonen (ej korrigerbart av glasögon), i ett fall p. g. a. strabism men i hela 4 fall p. g. a. trauma. Laboratorieundersökningar gjordes på 92 uf-elever och de positiva fynden redovisas i tabell 11.

Tabell 11. Undersökningsresultat.

	Uf-elever	
	Antal	%
SR 11—20 mm	8	9
21—30 mm	3	3
Albuminuri	5	5
Glykosuri	0	0
Hämaturi	0	0
Hämatokrit < 40	7	8
GPT 28—40 I. E.	3	3
>40	23	25

De lätta SR-förhöjningarna var i allmänhet orsakade av någon banal infektion och albuminurin var i samtliga fall ortostatisk — kontroll av mornonurin visade negativ albustix-reaktion. Gränsen för patologisk GPT var enligt laboratoriet 28 I.E. men för att ge en uppfattning om antalet gränssfall har även antalet mellan 28 och 40 I.E. angivits. Av de 26 med förhöjt GPT hade 21 st injicerat narkotika någon gång. Dessa 21 utgör 58 % av samtliga som någon gång injicerat narkotika och det bör påpekas att endast 9 av dem hade haft kliniskt manifest hepatit.

Diskussion

En av avsikterna med detta arbete var att jämföra hälsotillståndet hos uf-elever med normalbefolkningen i motsvarande åldersgrupp. Eftersom ingen egen genomgång av en representativ normalgrupp var möjlig var det naturligt att utnyttja data från undersökningar vid vpl-inskrivningen. Vpl-gruppen har fördelen att vara praktiskt taget helt jämförbar i ålder och eftersom den omfattar alla svenska pojkar födda ett visst år är den teoretiskt sett helt representativ. I praktiken försvårades dock jämförelsen av att anamnestiska data rörande det somatiska hälsotillståndet hos värnpliktiga finns sammanfattade endast för den pilotundersökning som gjordes i Hallands Io år 1965. Jämförelsegruppen är sålunda genomgången c:a 4 år innan uf-gruppen och detta gör att den beträffande sjukdomar relaterade till narkotikamissbruk måste betraktas som något inaktuell. En annan nackdel är att Hallands Io omfattar endast landsbygd, samt små och medelstora städer under det

att en stor del av uf-klientelet vuxit upp i storstadsregioner. Sjukdomar som ulcus-gastrit, psykiska besvär och könssjukdomar är vanligare i en storstadsregion (Inghe och Inghe 1970, Johansson 1970). Skillnaderna mellan landsbygd och stad tycks dock vara relativt måttliga och i de flesta fall uppgår översjukligheten i staden ej till det dubbla jämfört med landsbygden. Det bör också anmärkas att en viss skillnad föreligger mellan grupperna vad avser sättet för insamlande av anamnesdata. Varje uf-elev fick efter ifyllandet av frågeformuläret gå igenom svaren med en sjuk-sköterska som kunde förtydliga eller komplettera ofullständigt eller inkonsekvent ifyllda uppgifter. Någon motsvarande kontroll gjordes ej i vpl-gruppen vars anamnesdata därför möjligen kan vara mindre noggrant ifyllda.

Beträffande narkotikadata är det lättare att göra jämförelser mellan uf-elever och vpl. Dels är uppgifterna inhämtade ungefär samtidigt, dels innehåller vpl-gruppen 79 % pojkar från storstadsregioner vilket bättre motsvarar fördelningen hos uf-eleverna. Siffrorna från Herulfs narkotikaenkät i klass 9 i Stockholm är representativa för den rena storstadsregionen men man får komma ihåg att dessa pojkar är ett par år yngre än de uf-intagna.

Sjukdomar: De anamnestiska uppgifterna rörande tidigare sjukdomar visar att ett flertal sjukdomar är vanligare inom uf-gruppen än bland värnpliktiga. Även om en viss försiktighet i bedömningen är motiverad på grund av skillnaderna i materialens sammansättning och även om man i enstaka fall kan ifrågasätta diagnosens riktighet (ex. blåskatarr) så är det osannolikt att skillnaderna rörande hjärnskakning, nervösa besvär, magkatarr och könssjukdomar kan förklaras enbart av dylika faktorer. Några jämförelsesiffror finns ej för hepatit men siffran är säkert betydligt högre än i normalbefolkningen. Beträffande hjärnskakning stämmer resultatet med tidigare litteraturuppgifter. I en undersökning från 1948 fann Ekblad högre frekvens av svår skallskada (= sjukhusvårdad commotio) hos kriminella värnpliktiga jämfört med icke kriminella. Johansson (1968) undersökte 1951 års uf-elever och fann

en signifikant högre frekvens skallskador bland de uf-intagna än i kontrollmaterialet och likaså fann Jonsson (1967) en högre frekvens hjärnskakning hos Skå-Edebypojkarna, vilket är av intresse eftersom dessa var betydligt yngre än uf-eleverna. Det kan här tilläggas att om siffran 14 % för permanent synnedsättning kan verifieras i ett större material så är den sannolikt högre än man har anledning att förvänta i ett normalmaterial.

Även ifråga om nervösa besvär, dit i detta sammanhang sannolikt även magkatarr kan räknas, finns litteraturuppgifter som talar för att det föreligger en verklig skillnad mellan kriminella och icke kriminella. Jonsson (1967) fann en högre frekvens psykosomatiska besvär (sömnrubbingar, nervös huvudvärk, nervösa magbesvär) och psykopatologiska stigmata (ex. tics, nagelbitning, stamning) hos Skå-Edebypojkarna än i jämförelsematerialet. Enligt Gordan och Näs (1969) hade 47 % av de pojkar som 1964 intogs på ungdomsvårdsskola varit i kontakt med barnpsykiater. Någon jämförelsesiffra presenterades ej men det kan exempelvis nämnas att enligt SOU 1958:38 hade endast 22 % av manliga Stockholmare över 20 år någon gång sökt läkare för nervösa besvär. Johansson (1972) fann ökad förekomst av psykiska insufficiensstillstånd (sjukhusvårdade) även efter uf-tiden hos 1951 års uf-elever. Det är av speciellt intresse att de psykiska besvären i hennes undersökning inte i någon högre grad kan ha samband med narkotikamissbruk; mycket få av 1951 års uf-elever har blivit narkotikamissbrukare.

Missbruk av sprit, thinner, narkotika. Det är helt uppenbart att thinnersniffning och narkotikamissbruk är betydligt vanligare bland uf-elever än i en normalbefolkning i motsvarande åldersklass. Redan siffran på hur många som någon gång prövat narkotika är betydligt högre för uf-gruppen (56 % mot 19 % i normalmaterialet) och skillnaden blir än mera markant när man jämför graden och arten av missbruk i de två grupperna. Uf-eleverna debuterar oftare på tyngre preparat, det är 8 gånger vanligare att de vaneförbrukare och det är 18 gånger vanligare att de injicerar narkotika intravenöst. Några direkta jämförelse-

siffror beträffande alkoholförbrukningen har här ej redovisats men sannolikt är tendensen densamma som för thinner och narkotika. Det måste t. ex. betraktas som anmärkningsvärt att 25 % av dessa 18—20-åringar regelbundet dricker sig berusade 2 eller flera gånger per vecka. En ökad förekomst av alkoholmissbruk bland kriminella ungdomar har också rapporterats i tidigare undersökningar (ex. Hermansson 1959, Gordan och Näs 1969).

Vilka samband föreligger nu mellan detta massiva missbruk av olika stimulantia och den ökade sjukligheten?

a) Ur akut medicinsk synpunkt är faran för inokulationshepatit i samband med narkotikamissbruk mest påtaglig och de anamnestiska uppgifterna visar också att ca 10 % av uf-eleverna redan råkat ut för denna långvariga och potentiellt allvarliga sjukdom. Till detta kommer att laboratorieproverna gav vid handen att inte mindre än 25 % hade lätt eller måttligt förhöjda GPT-värden minst 2—3 veckor efter att de blivit omhändertagna av polisen och alltså måst sluta med alla missbruk. Fyndet är förvånande och en närmare utredning synes motiverad för att om möjligt klarlägga orsakerna. Sannolikt finns flera etiologiska moment men man kan redan på detta stadium säga att sambandet mellan förhöjt GPT och intravenöst narkotikamissbruk är alltför slående för att vara en tillfällighet.

b) Den som injicerar narkotika intravenöst löper naturligtvis risk att via förorenade kanyler och sprutor ådra sig inte bara hepatit utan även andra mera okarakteristiska infektioner (Ekman och Ström 1969). Ehuru förekomst av tatueringar säkerligen också bidragit, är det sannolikt att dylika infektioner varit en viktig anledning till förekomsten av förstörade lymfkörtlar hos 27 % av uf-materialet.

c) Förutom dessa direkta följder till narkotikamissbruket tycks det finnas andra mera indirekta medicinska komplikationer och som nämndes i kommentaren till tabell 2 finns ett visst samband mellan narkotikamissbruk och förekomst av såväl psykiska besvär som könssjukdomar.

Sammanfattande synpunkter

De här presenterade resultaten visar att uf-ingtagna oftare än normalbefolkningen råkat ut för vissa somatiska och psykiska sjukdomar. Vilket samband har nu detta förhållande med deras kriminalitet och hur kan de påverka möjligheterna till återanpassning i samhället?

Alla torde idag vara överens om att kriminalitet ej förorsakas av somatiska sjukdomar och även om grava psykiska sjukdomar kan vara en orsak är detta relativt ovanligt. (Mannheim 1948). Eftersom gravt psykiskt sjuka dessutom ej döms till ungdomsfängelse finnes denna grupp sannolikt ej representerad i detta material. Man frågar sig då: Ger kriminalitet upphov till en ökad förekomst av somatiska sjukdomar och psykiska besvär? Ja, till en del är detta sannolikt fallet; den kriminelle lever många gånger ett "farligt" liv där risken för olycksfall med ex. hjärnskakning eller eventuellt permanent handikapp som följd, måste vara större än för genomsnittssvensken. I andra fall (ex. hepatit) är sjukdomen en följd av det stora missbruket av olika stimulerande medel och sambandet med brottsligheten sålunda indirekt. Beträffande de psykiska besvären (psykoser undantagna) är sambandet till kriminaliteten säkerligen komplext men att de ibland torde vara en direkt eller indirekt följd av brottsligheten synes sannolikt.

Oavsett vilken mekanism som opererat i det enskilda fallet blir dock följdverkningarna likartade. Även om den omedelbara följden av sjukdomarna eller olycksfallen mera sällan blir ett gravt handikapp så utgör de ändå negativa faktorer som i en del fall kan påverka hälsotillståndet under lång tid. Som exempel kan nämnas att alla kända psykostimulantia kan utlösa psykoser som stundom är påfallande terapiresistenta och som även kan recidivera efter att missbruket har upphört (Mårtens, 1967). Även om en okomplicerad hepatit sällan leder till levercirrhos torde risken för detta öka väsentligt vid upprepade toxiska påverkan av det slag som uppstår vid långvarigt sprit- eller narkotikamissbruk (Ekman och Ström, 1969). *Commotio cerebri* ger stundom upphov till

bestående hjärnskador eller i andra fall post-com-motionella syndrom. Långvarigt alkoholmissbruk leder i många fall till neurologiska komplikationer (polyneurit, ataxi, minnesrubbing, demens, m. m.) som alla kan ge mer eller mindre bestående defekter. Gonorré tycks i ökande grad ge upphov till sekundära infektioner av typen arthrit, meningit, myocardit som kan vara allvarligare än den primära infektionen (Holmes, Counts and Beaty 1971).

Hur viktiga kommer nu dessa negativa faktorer att bli för möjligheterna till social rehabilitering? Något säkert svar går ej att ge förrän en efterundersökning kunnat ske. Det synes emellertid inte osannolikt att sjukdomarna kan få större betydelse än man a priori skulle vänta. En tidigare straffad person har ofta svårt att accepteras av sin omgivning och om han dessutom råkat ut för sjukdomar som påverkat arbetsförmåga eller psykisk stabilitet så torde svårigheterna att smälta in i den sociala miljön bli än större. I en sådan situation förefaller det sannolikt att riskerna för återfall i kriminalitet bör öka. Till detta kan läggas att narkotikamissbrukets explosionsartade ökning gör det mycket troligt att frekvensen av såväl psykiska som somatiska sjukdomar kommer att öka inom kriminalvården. Eftersom detta kan innebära att vi löper en risk att i framtiden få en relativt sett allt större grupp kriminella individer som p. g. a. samverkande sociala och medicinska faktorer ej är rehabiliteringsbara finns all anledning att vi åtminstone håller oss informerade om utvecklingen. Statistiska sammanställningar av här föreliggande typ har visserligen många begränsningar men ger dock, speciellt om de göres fortlöpande, en antydan om vart utvecklingen är på väg och kan möjligen i bästa fall även ge uppslag till vägar att angripa problematiken. Detta borde vara en tillräcklig motivering för berörda myndigheter att genomföra denna typ av "produktstatistik".

REFERENSER

- Agrell, J., Netz, B. och Wolff, B.: Inskrivningsskyldigas narkotikavanor 1968 — frekvenser, attityder och bakgrundsdata. Från SOU 1969: 53, 68—108.
- Ekblad, M.: A psychiatric and sociologic study of a series of Swedish naval conscripts. Acta psych. neurol. Suppl. 49. Munksgaard, Köpenhamn. 1948.
- Ekman, A. och Ström, J.: Beroendeframkallande medel: Somatiska komplikationer. Läkartidningen 66, 5021—5024. 1969.
- Gordan, K. och Näs, N. O.: Socialstyrelsen redovisar en undersökning av 1964 års ungdomsvårdsskolelever. Socialstyrelsen 1969.
- Hermansson, B.: En sociologisk undersökning av ungdomsbrottsligheten i Göteborg under åren 1910—1952. Sid. 9—84. Ur "Ungdom och Brott" av B. Hermansson, S. Björkenhed och R. Björkberg, Lund, 1959.
- Herulf, B.: En undersökning rörande narkotikakonsumenten i Stockholms skolor, klass 9, april 1967. I SOU 1969: 53, sid. 13—42. 1969 a.
- Herulf, B.: Rapport om en anonym enkät i klass 9 i Stockholms skolor i april 1969. Stencil. 1969 b.
- Holmes, K. K., Counts, G. W. and Beaty, H. N.: Disseminated gonococcal infection. Ann. Int. Med. 74, 979—993. 1971.
- Inghe, G. och Inghe, M-B.: Den ofärdiga välfärden. 2:a uppl. Tidens förlag. Sid. 121—130. 1970.
- Johansson, E.: Conditions of birth and disease and injury during years of growth among inmates of youth prisons compared with subjects matched for sex, age and place of birth. Acta psych. scand. Suppl. 203, 75—80. 1968.
- Johansson, E.: Personal communication. 1972.
- Johansson, S.: Den vuxna befolkningens hälsotillstånd. Utkast till kapitel 3 i betänkande om Svenska folkets levnadsförhållanden att avgivas av Låginkomstutredningen. Allmänna Förlaget 1970.
- Jonsson, G.: Delinquent boys, their parents and grandparents. Acta psych. scand. Suppl. 195, 1967.
- Mannheim, H.: Juvenile delinquency in an English middle town. London 1948.
- Mårtens, S.: Narkotikamissbruk: Centralstimulerande medel. Läkartidningen 64, 4066—4069. 1967.
- SOU 1958: 38. Mentalsjukvården, planering och organisation. Sid. 193.