

Narkomanvårdskommitténs slutbetänkande



Nils Bejerot

Nils Bejerot har sedan hösten 1966 tjänstgjort som forskningsläkare i socialmedicin (narkomani) vid statens medicinska forskningsråd. Han har tidigare granskat kommitténs båda första betänkanden i SMT (nr 4 och 7, 1967) och lämnar här sin sammanfattande kommentar med anledning av att kommittén nu framlagt sitt slutbetänkande.

I den sista julbrådskan avlämnade narkomanvårdskommittén sitt slutbetänkande med beteckningen "Samordnade åtgärder" (SOU 1969:52). I en särskild bilaga (SOU 1969:53) redovisas 18 olika socialmedicinska, sociologiska och kliniska undersökningar beträffande svenska förhållanden; flertalet av dessa har initierats av kommittén. Jag har tidigare (Bejerot 1967a, b) granskat de båda första betänkandena ("Kartläggning och vård", SOU 1967:25, och "Kontrollsystemet", SOU 1967:41), och jag skall här försöka mig på en sammanfattande kritik av kommitténs arbete.

Bakgrunden

Vi måste först erinra oss de mycket säregna förhållandena kring kommitténs tillkomst. Sedan slutet av 40-talet hade ett omfattande missbruk av centralstimulerande medel utvecklats i landet. Detta massfenomen hade fördubblats ungefär var trettonde månad och omfattade 1965 uppenbarligen flera tusen fall, huvudsakligen lokaliserade till Stockholm och Göteborg.

En rad åtgärder mot överförskrivning av centralstimulantia hade insatts etappvis, och distributionen av dessa missbrukningsmedel hade kommit att helt övertas av en omfattande illegal handelsapparat. Juridiska och polisiära åtgärder hade

inletts på allvar redan 1958—59, men påföljderna för illegal befattning med de slutligen narkotikaklassade preparaten var mycket måttliga. Markant var också att missbrukarna av intravenös typ representerade ett helt nytt klientel jämfört med den gamla tidens välkända narkomanifall uppkomna som komplikationer till medicinsk behandling; det var nu till övervägande del fråga om unga, psykiskt instabila och socialt rotlösa människor vilka som regel levde med sitt intensiva missbruk helt vid sidan av samhället. Dessa fall sågs sällan på sjukhusen annat än på jourmottagningarna; det var främst polisen och kriminalvården som kom i kontakt med missbrukarkretsarna.

I detta läge trädde en liten lekmanagrupp, stödd av ett par läkare, fram och förklarade att samhällets hela politik i denna fråga var felaktig, att polisen och juridiken var helt irrelevanta samhällsinstrument i sammanhanget, att det var fråga om "ett socialmedicinskt problem som läkarna borde få möjlighet att ta hand om", att missbrukarnas höga kriminalitet berodde på att man "hade utnämnt missbruksmedlen till narkotika" och därmed tvingat missbrukarna till kriminalitet, både för att komma över medlen och för att kunna finansiera dem; den bästa hjälpen påstods

vara att låta missbrukarna få legal tillgång till centralstimulantia och därmed, som man menade, komma ur sin förödande livsföring präglad av ständig jakt efter medlet.

Att lekmän gjorde sig skyldiga till sådana för-
enklingar och missförstånd i en komplicerad frå-
ga är inte förvånansvärt, inte heller att praktiskt
taget alla massmedia föll för denna pseudohuma-
nism. Märkligare var det onekligen att även den
gamla medicinalstyrelsen föll för kampanjen; all-
ra märkligast var dock att den lilla lekman-
grupp som initierade och med våldsamt frenesi
drev kampanjen för en liberal narkotikapolitik
snart kunde installera sig som sekretariat i den
av omständigheterna snabbt framtvungade utred-
ningsapparaten. Även själva kommitténs samman-
sättning kom att präglas av kampanjläget 1965—
66: där fanns inte plats för någon av psykiatri-
professorerna eller någon av kritikerna mot den
märkliga kampanjen och den ovetenskapliga be-
handlingsmetodiken. Kommittéledamöternas kli-
niska erfarenhet av den aktuella missbrukspopu-
lationen var synnerligen begränsad.

Mot denna bakgrund är det uppenbart att kom-
mitténs vandring varit lång och svår, och i vä-
sentliga avseenden — beträffande missbrukets
spridningsdynamik och erforderliga vårdarrange-
rang — hann kommittén aldrig fram till slut-
satser som var uppenbara för den initierade re-
dan 1965. Det ligger mycket tragik och missrik-
tad prestige i allt detta.

Kommittén blev överspelad

Narkotikamissbruket accelererade ytterligare myc-
ket snabbt i samband med den liberala förskriv-
ningsverksamheten 1965—67: en fördubbling av
frekvensen intravenöst missbruk i polisklientelet
i Stockholm inträdde plötsligt på 12 månader —
från våren 1965 — i stället för som tidigare på
30 månader (Bejerot 1968, 1969 a, b). Den in-
tensiva debatten kring den alarmerande utveckling-
en tvingade statsmakterna att handla över huvudet
på den sittande kommittén. Genom regeringens
tiopunktsprogram i december 1968 lades grunden
för en framgångsrik motoffensiv mot missbruks-

vågen: en skärpning av maximistrafpen för grov
narkotikabrottslighet från fyra till sex år, väsent-
ligt vidgade resurser och befogenheter för polisens
arbete med den illegala narkotikahandeln, en
komplettering av den psykiatriska vårdlagen in-
fördes 1.7.1969 och kom att medge vidgade möj-
ligheter till tvångsvis initierad slutna psykiatrisk
vård vid narkotikamissbruk — allt åtgärder av
den karaktär som kommittén tidigare ställt sig
mycket kallsinnig till. Kommittén blev helt en-
kelt överspelad genom händelsernas gång. Genom
den kraftfulla upprensningen av langarverksam-
heten under 1969 har den tidigare våldsamma
spridning av narkotikamissbruket inte bara dämpats
upp: den tjuugoåriga geometriska stegringen i in-
cidensen av missbruk av intravenös typ (Bejerot
1969 a, b) har 1969 ersatts med fallande såväl
absoluta som relativa tal i missbrukets kärnpopu-
lation — kriminellt aktiva svenska män i
Stockholm. Tillgången på narkotika sjönk dras-
tiskt under 1969 och antalet debutanter i miss-
bruk av intravenös typ började falla redan i årets
början. Det har därför kommit att ligga något
gengångaraktigt över kommittén och dess arbete,
och detta präglar också mycket av dess nu redo-
visade resonemang och slutsatser.

Begreppsapparaten

Kommittén har bibehållit sin olyckliga och ove-
tenskapliga terminologi från det första betänkan-
det: narkomani är enligt kommittén ett tillstånd
som endast kan uppträda i anslutning till använd-
ningen av narkotikaklassade droger. Av detta föl-
jer exempelvis att de svenska amfetaministerna
genom ett administrativt beslut 1959 över en natt
förvandlades från läkemedelsmissbrukare till nar-
komaner. Barbiturismen är enligt samma språk-
bruk inte en narkomaniform utan liktydig med
"sömnmedelsmissbruk" etc.

Kommittén gör inte heller någon boskillnad
mellan missbruk och narkomani utan termerna
används synonymt. Vissa uttalanden gör att man
allvarligt frågar sig om kommittén verkligen har
gjort klart för sig att droghungern vid narkoma-
ni fått en driftsmässig karaktär och styrka, att
kvantiteten "missbruk" slagit om i den nya kva-

liteten "narkomani". Kommittén talar exempelvis om (kursiveringarna är gjorda här) "... det i och för sig allvarliga och vårdkrävande *symtomet* missbruk..." (sid. 328) och inte om det sjukdomstillstånd som uppenbarligen avses nämligen narkomani; "... kategorin drogmissbrukare (utgör) en heterogen grupp med ett gemensamt *symtom* men olika bakomliggande störningar..." (sid. 329); "Narkomanerna har ett stort *beteende* som ofta inte låter påverka sig av enbart sedvanlig psykiatrisk individuell terapi... Inom traditionell psykiatrisk sjukvård väntar man sig ofta att finna *manifest sjukdom* som förklaring till ett provocerande *beteende*. Denna *förväntan sviks*." (Sid. 336). På sid. 338 deklarerar man klart att narkomani endast är ett symptom: "Allmänt kan sägas att en ständigt aktuell fråga gäller balansen mellan att å ena sidan betona de behandlingsproblem som *själva symtomet* — *beroendet* — medför, och att å den andra betona de bakomliggande störningarna."

Ingen förnekar väl att alkoholmissbruk och narkotikamissbruk liksom kriminalitet och prostitution som regel är symptom på bakomliggande individuella och sociala störningar, men *narkomani och alkoholism är inga symptom, de är djupgående sjukdomsprocesser som präglas av en egen dynamik sedan de väl en gång etablerats*. En av världens främsta farmakologer på detta område, amerikanen M. Seevers, kom särskilt till Sverige för att demonstrera dessa fenomen för kommitténs medicinska ledamöter vid det internationella symposiet i Stockholm 1968, men allt tycks ha fallit på hälleberget, och Seevers (1969) epokgörande forskning nämns över huvud taget inte i betänkandet. Man tvingas instämma med Seevers som i ett resignerat privatbrev nyligen skrev: "When it comes to addiction even pharmacologists seem to forget such simple phenomena as dose-response-curves."

Narkomanins bakgrund

I många sammanhang kommer kommittén fram till att det är de "bakomliggande faktorerna" och "det bakomliggande behovet att ta narkotika" (sid. 41) som är det essentiella i problemkom-

plexet. Tolkningen är korrekt — om man inkluderar smittmekanismerna bland de "bakomliggande faktorerna" — så långt det gäller missbrukets *initiering*, men resonemanget blir gravt felaktigt då det utsträcker att gälla den utvecklade narkomanins dynamik.

"Varför människor röker är inte så lätt att svara på", skriver kommittén (sid. 168). För dem som en gång i sin barndom eller ungdom började röka för att verka vuxna kan just denna för initieringen avgörande "bakomliggande faktor" knappast förklara varför vederbörande 30 år senare röker ett paket cigaretter om dagen. En fruktbar hypotes synes vara att vederbörande har utvecklat ett *nikotinberoende*.

Kommitténs inventering av och utförliga diskussioner om alla tänkbara individuella och sociala stigmata (som alla är mycket viktiga i sammanhanget!) som "orsak" till narkotikamissbruk sammanhänger direkt med kommitténs massiva ovilja att vidgå det för varje initierad bedömare *mest frapperande draget i missbruksvågen — dess utomordentligt höga smittsamhet*. Redan i första betänkandet förklarade kommittén att det var en missvisande analogi att tala om missbruks-epidemi och smittsamhet, och man framhårdar, numera dock betydligt ensammare skulle jag tro.

Kommittén arbetar efter modellen missbruksmedel-missbrukare-miljöfaktorer, men beroendebildningens mekanismer, narkomanins djupgående biologiska karaktär och missbrukets viktigaste spridningsmekanismer tappas bort i sammanhanget.

Olika narkomaniformer sammanblandade

Verkligt allvarlig ter sig kommitténs oförmåga att skilja mellan socialmedicinskt i grunden olikartade narkomaniformer, främst A) de traditionella, iatrogena fallen (huvudsakligen neurotiker och andra ångestplågade människor *som ursprungligen inte tagit medlen i euforiserande syfte*, som inte brukar förete tecken på primär social missanpassning, som vanligen är djupt bekymrade och generade över sitt drogberoende och *som sällan eller aldrig drar in andra i sitt missbruk*), och B) fallen av epidemisk typ (psykiskt

omogna och instabila personer, ofta med trasslig social bakgrund, som genom initiering av annan missbrukare tar medlen i euforiserande syfte, som upplever drogeffekterna som en väsentlig del av sin livsföring, som ingår i en — ofta asocial — subkultur och som *alltid är potentiella spridare av missbruket* till andra i sin omgivning).

Den sjukhusenkät som kommittén föranställt om blir följaktligen helt förvirrad med iatrogena och epidemiska fall huller om buller (sid. 46). Kommittén tycks dock själv inte vara helt tillfreds med denna amorf massa av "läkemedelsmissbrukare" utan försöker analysera problemet (sid. 154): "Det torde vara mera givande att *avgränsa olika typer av missbruk* för att kunna diskutera disponerande personlighetsdrag hos mera homogena grupper av missbrukare. Detta skall här göras i korthet *med hänsyn till preparatval och till ålder*" (kursiverat här). Denna i ett generellt teoretiskt resonemang bizarra indelningsgrund leder förstås till många bizarra konklusioner: De unga narkomanerna i amerikanska slumgetton föredrar heroin därför att "heroinet eller morfinet utgör den lättast åtkomliga hjälpen mot inre och yttre svårigheter som är påfallande hos dessa personligheter" (sid. 154), ett resonemang hämtat från Chein et al. (1964), som jag tidigare ingående dissikerat (Bejerot 1968). (Parentetiskt undrar man om inte alkoholen i så fall är en mera lättåtkomlig "hjälp" än heroin också i Harlem och liknande slumgetton.) Beträffande dessa amerikanska slumheroinister får vi också veta att "de unga narkomanerna är, som vi skall se, inte offer för olyckshändelse eller socialt tryck — de är sjuka människor som välkomnar narkotika för den lindring som det ger dem". Man frågar sig vart euforin och narkomanin-eufomanin tog vägen i sammanhanget.

Heroinet är kraftigt dämpande och skulle enligt dessa teorier således passa särskilt bra för negrer i slumregioner. De centralstimulerande medlen å andra sidan har främst missbrukats i Sverige och Japan. Vad får läsaren lära om denna för teorin ytterst intressanta geografiska preferens? *Ingenting! Världshistoriens största och mest dramatiska missbruksepidemi, som grasserade i Japan*

efter kriget och kulminerade 1954 med över en halv miljon svåra amfetaminister (varav hälften injicerade sig intravenöst) omnämns över huvud taget inte av kommittén (frånsett en halv rad på sid. 175). Detta är dubbelt anmärkningsvärt eftersom den japanska epidemin kämpades ned på några år (Bejerot 1969 b).

Barbituratmissbruket har enligt kommittén "tidigare ansetts uppkomma framför allt hos äldre personer med samma varierande men grava personlighetsstörningar som opiatmissbrukare. På senare tid har, särskilt i Amerika, *barbituratmissbruket gått ner i åldrarna* och därmed kommit att rekrytera en mera ospecifik grupp av blandmissbrukare med asociala drag" (sid. 154).

Hallucinogenerna å sin sida skall enligt kommittén särskilt intressera "intellektuella, konstnärer och akademiker" (sid. 154), men medlen har senare kommit att främst attrahera bohemkretsar och "medelklassungdom, som på ett eller annat sätt är i 'nonkonformisk' protest mot den äldre generationen" (sid. 155).

Om man drar ut konsekvenserna av kommitténs typologi skulle drogeffekterna alltså främst appellera till vissa åldrar (unga föredrar thinner, gamla föredrar barbiturater), hudfärg (svart problemungdom föredrar heroin medan vit och gul föredrar centralstimulantia) och hårlängd (långhåriga föredrar hallucinogener). Undantaget utgöres uppenbarligen av alkoholen som — liksom Jesus i den gamla frälsningssången — sluter alla i sin famn: "Röd och vit och gul och svart gör det samma har han sagt!"

De centralstimulerande medlens genomslagskraft

Vad händer nu om de långhåriga plötsligt lär sig använda amfetamin och får riklig tillgång till medlet. Smith (1968) har haft tillfälle att studera detta på nära håll: "We have seen the situation in which intravenous amphetamine abuse has become a major drug problem in a high drug using population such as the Haight-Ashbury. We have seen a marked increase in this pattern since the operation of our Haight-Ashbury Medical Clinic began in June of 1967. The Clinic saw 12,000

patients in three months during the summer, and since the opening of the Clinic it has been approximately 20,000 patients. We have been alarmed by the marked increase in the use of intravenous amphetamine."

Hur upplever nu den "nonkonformistiska" överklassungdomen i Californien amfetaminet och varför använder den detta medel: "In describing the action-reaction phenomenon what we basically see, in varying degree, is the 'high'. No individual who described the amphetamine experience in our studies gave any esoteric reasons for his use of the amphetamines other than just to get high or to escape reality. Particularly, when he began to use the substance intravenously, his expectation was the 'flash' or the 'rush', not consciousness expansion, cosmic consciousness, or all the esoteric statements that we have heard associated with LSD use. With the onset of the drug effect one sees the action phase or high. As the drug effect wears off we see the reaction phase or depression. Often the depression was so profound that the individual used more amphetamine to get 'high' or 'to feel normal again'."

Av detta bör man våga dra slutsatsen att "nonkonformism", hårlängd, hög socialgruppsstillhörighet, god ekonomisk nivå, hög bostadsstandard etc inte håller medel- och överklassungdomen till cannabis om centralstimulantian bryter in i deras sociala miljö. Följaktligen bör det vara några andra mekanismer som är mera relevanta i sammanhanget än tillfälliga missbruksmönster och modebetonade drogpreferenser i olika åldrar, grupper, sociala skikt, raser och länder.

Epidemimodellen

Epidemimodellen, som numera finns utförligt presenterad (Bejerot 1968, 1969 c), är ett sätt att beskriva den snabba spridningen av narkotikamissbruk i termer som socialt predisponerande faktorer (som är utomordentligt viktiga), individuell mottaglighet respektive resistens, smittkon-takter, smittmassivitet i den sociala miljön, historisk, geografisk, kulturell och etnisk avgränsning, tendens till geometrisk progression av incidensen inom den infekterade gruppen i det af-

fekterade området etc. Detta är en modell som starkt uppfordrar till handling, och den verkar därför ångestprovocerande på bristfälligt initierade administratörer och politiker som i första hand måste undersöka "vad som är politiskt möjligt här och nu" och naturligtvis inte vill riskera att göra bort sig i onödan. Följaktligen tenderar man att avvakta, och denna passivitet drabbar även det fackfolk som av skilda anledningar finner det angeläget att inte stöta sig med överheten. Det är lugnare att på ett fatalistiskt sätt diskutera det sociala arvet (trots att vi inte kan göra så mycket åt förfäders missgärningar), om predisponerande faktorer som dömer folk till missbruk och narkomani eller om "samhällssituationen", som således skulle ha försämrats så snabbt att missbruksfrekvensen under ett par decennier regelbundet fördubblats med några års mellanrum och plötsligt givit oss den såvitt bekant högsta narkomanifrekvensen utanför Hongkong.

När kommittén satte sig ned och började grubbla över amfetaminismen fanns det endast ett par hundra helt obemärkta haschrökare i Sverige, nästan alla centrerade kring jazzrestaurangen Gyllene Cirkeln i Stockholm. Medan kommittén arbetade spred sig cannabissmissbruket till tusentals studenter och skolungdomar över hela landet utan att kommittén försökte ingripa i händelseutvecklingen eller i efterhand har förmått tolka fenomenet på ett meningsfullt sätt. Att de individuella predisponerande missbruksfaktorerna i folkhavet skulle tillta i geometrisk progression med en regelbunden fördubbling vart (cannabis) eller vartannat år (centralstimulantia) av de personer som passerar drogvalen borde väcka kommittén till misstanke om att den förklaringsmodell man arbetar efter inte håller måttet. Om man i detta läge dessutom får smittmekanismen påtalad bör man förstås ägna den en allvarlig och ingående diskussion. Detta underlåter kommittén helt.

Vårdproblemet

Om man uppfattar att man främst skall behandla "symtom och bakomliggande individuella störningar" och inte den djupgående sjukdomsprocessen narkomani (som kan förekomma med eller utan

allvarliga bakomliggande psykiska och sociala störningar), om man inte inser att missbruksvågen utgöres av fall av epidemisk och smittsam natur och om man inte förstår att det främst är personer med grava karaktärsdefekter och långvarig social missanpassning bakom sig, som utgör epidemins kärngrupp, då måste den behandling man förelår bli mer eller mindre meningslös.

För dem som länge arbetat kliniskt med denna avancerade problemgrupp stod det tidigt klart att det här var fråga om en ny sjukdomsform som krävde nya behandlingsformer (Bejerot 1965). Kommittén föreslog dock 1967 att "missbrukarna så långt möjligt borde vårdas tillsammans med övriga patienter" (sid. 352). Nu är kommittén något bättre informerad: "Genom att de ofta negativt påverkar vården för andra patienter blir de över huvud taget inlagda för vård i för liten utsträckning och allt för snart utskrivna. Utan specialavdelningar kan inte de särskilda vårdrutiner tillskapas som är nödvändiga för att vården skall bli — och uppfattas vara — meningsfull."

Det är dock inte för att de intravenösa missbrukarna är besvärliga för medpatienter och personal, som de blir "inlagda för vård i för liten utsträckning", utan främst därför att man inte kan behandla denna typ av patienter framgångsrikt på traditionella psykiatriska sjukhus. Det är heller inte främst för att de är besvärliga som dessa patienter blir "alltför snart utskrivna"; den väsentligaste orsaken till de korta vårdtiderna är helt enkelt att patienterna snabbt brukar avvika från klinikerna eller begära utskrivning. Eftersom man inte kan bereda dem en meningsfull vård är det givetvis svårt att motsätta sig begärd utskrivning.

Narkomanerna av intravenös typ åker för närvarande ut och in som pingpongbollar på våra sjukhus. "Det förtjänar påpekas att varje sjukhusvårdad missbrukspatient under ett år vårdas i medeltal 5 gånger på sjukhus för missbruk, varav detta rubricerats som huvuddiagnos 3 gånger" (sid. 48). Kommittén måste nu ansluta sig till kritiken och konstatera att "en så utformad vård

(ter sig) som föga rationell från medicinsk och social synpunkt" (sid. 48). Från det sjukhus som har den största erfarenheten av de intravenösa fallen (Beckomberga) rapporterar en överläkare: "Någon patient som helt lyckats avbryta sitt missbruk känner vi inte till" (sid. 314), och kommittéledamoten Ljungberg, också verksam vid Beckomberga, har i ett särskilt yttrande klart fastslagit att "svårigheten att vårda dessa patienter tillsammans med, i konventionell mening psykiskt sjuka (har) varit så betydande och störande för den övriga vården, att särskilda resurser bör tillskapas för dessa patienter utanför det psykiatriska sjukhusets ram. Därigenom skulle möjligheterna öka att utforma vården på ett för detta klientel mera meningsfullt sätt".

Även de barnpsykiatrer som stött på några av dessa massiva fall rapporterar liknande erfarenheter. Herulf skriver i en citerad rapport (sid. 341): "Inför dessa människor upplever man ofta en terapeutisk impotens som saknar motstycke."

Kommittén är dock envetet fixerad vid de traditionella klinikernas avgörande roll i behandlingen av denna typ av narkomaner. Visserligen vill man nu ha fallen samlade på särskilda "specialavdelningar", men tilltron till denna vårdform rubbas inte av att överläkaren vid narkomanvårds-kliniken vid Rålambshovs sjukhus endast kan rapportera ett framgångsrikt fall (av 65 i slutet vård behandlade) det första verksamhetsåret, och detta på en avdelning med dubbelt så stor personalitet som vid vanliga psykiatriska avdelningar (faktiskt en i personal på varje patient och fem läkare för de 21 patienterna). Hittills torde väsentligt fler ha smittats i narkomani av epidemisk typ på våra sjukhus och ungdomsvårdsskolor än de som har botats där.

Behandlingshem

Kommittén föreslår också en serie behandlingshem, där patienterna skall tas om hand efter de mycket korta slutna vårdtider som kommittén tänkt sig. I den mån behandlingshemmen utformas som terapeutiska vårdbyar långt bortom träskmiljöerna kommer de att bli en hörnsten i vården — under förutsättning att det ges lagliga me-

del att kvarhålla patienterna där tillräckligt länge (kanske något år). Om det å andra sidan blir fråga om behandlingshem av vanlig inackorderingstyp, förlagda till missbrukscentra, och om de tidigare endast korttidsvårdade patienterna där får tillfälle att själva forma sina villkor — d. v. s. fortsätta drogmissbruket — är det hela dömt att misslyckas.

Frihet och tvång

Eftersom kommittén inte tycks inse narkomanins djupgående, driftsmässiga natur lever den i föreställningen att huvudparten av de svårt drogfixerade människorna frivilligt skall medverka till den långvariga drogfrihet som är grundförutsättningen för en framgångsrik behandling.

I argumentationen mot LSD-propagandisterna hävdar kommittén en fundamental social princip: "Principen om den personliga friheten måste emellertid vika inför principen om hänsyn till det allmännas bästa." Eftersom kommittén vägrar konstatera den epidemiska narkomanins höga smittsamhet lyckas man undvika att diskutera om hänsyn till rikshotade grupper kan utgöra grund för vårdingripande mot den sjukes vilja. Att narkomanin i sig själv har satt den sjukes "fria vilja" ur spel vill man också helst blunda för. Eftersom kommittén inte gör någon klar distinktion mellan missbrukare och narkomaner kan man som belägg för att tvångsingripande sällan är indicerade anföra missbrukare som kunnat hjälpas till rätta med små medel eller kanske slutat på egen hand.

När det slutligen kommer till oundgängliga tvångsingripanden — kommittén medger att det förekommer sådana fall och situationer — vill kommittén lägga ansvaret för dessa administrativa frihetsberövanden på läkarkåren! Såväl Läkarförbundet som Psykiatriska föreningen har bestämt avvisat principen att utvidga den psykiatriska vårdlagen till att i realiteten omfatta tvångsingripanden på sociala indikationer av samma typ som dem nykterhetsvårdslagen lägger till grund för nämndernas och länsstyrelsernas tvångsingripanden. Det borde vara uppenbart att det är nykterhetsvårdslagen — och inte den psy-

kiatriska vårdlagen — som måste utvidgas och moderniseras för att liksom den finska och norska lagen omfatta missbruk inte bara av etylalkohol utan av alla berusningsmedel över huvud taget. *I sista hand måste det vara den beroendesjukets tillstånd och behov av vård — och inte medlets kemiska formel — som skall vara avgörande för om ett tvångsingripande är påkallat.*

Att narkomanerna — liksom alkoholisterna — sedan bör vårdas inom det psykiatriska blocket är givetvis en helt annan sak liksom att läkarna som tidigare bör svara för ofrånkomliga akuta tvångsomhändertaganden enligt den psykiatriska vårdlagen av såväl narkomaner som alkoholister och andra.

Tveksamt om forskning

Kommitténs förslag beträffande forskningens organisation på toxikomaniområdet är otillfredsställande. Medan man i alla våra grannländer har upprättat särskilda tvärvetenskapliga forskningsinstitutioner på detta område rekommenderar kommittén spridda forskargrupper (sid. 409) anslutna till redan befintliga (beteendevetenskapliga och andra) institutioner, vilket enligt kommittén skulle innebära "en garanti om stöd särskilt i metodologiskt avseende". Detta låter inte särskilt övertygande då man vet hur svårt några av världens främsta beteendeforskare — Lindesmith och Chein — haft att orientera sig inom detta område (Bejerot 1968), uppenbarligen på grund av sin brist på biologisk skolning och klinisk erfarenhet.

Toxikomaniproblemet är utpräglat tvärvetenskapligt och berör ett dussintal traditionella discipliner, från kemi, farmakologi och fysiologi över internmedicin, patologi, psykiatri och socialmedicin till psykologi, sociologi, kriminologi, juridik etc. Den vetenskapliga tyngdpunkten ligger, som kommittén påvisade i sitt första betänkande, inom socialmedicin och psykiatri. Det vore därför rimligt att bygga upp en främst socialmedicinskt inriktad basinstitution, där man inriktade sig på att försöka integrera erfarenheter från hela det toxikomanologiska forskningsfältet. De mer eller mindre tvärvetenskapligt sammansatta

forskargrupperna vid olika naturvetenskapliga, beteendevetenskapliga och statsvetenskapliga institutioner skulle kunna repliera på ett sådant centrum beträffande samordning och interdisciplinära kontakter liksom främst beträffande en allsidigt uppbyggd dokumentationscentral.

Kommitténs förslag att baselementet för den tvärvetenskapliga forskningen — dokumentationscentralen — skall förläggas till socialstyrelsens byrå SN4 förefaller inte bara orimligt utan även illavarslande. Dels företräder byrå SN4 inte någon som helst vetenskaplig kompetens, dels kommer den centrala hälsovårdsmyndighetens göranden och låtanden — för att inte säga underlåtenheter — att tränga sig på mycket starkt i det intrikata problemkomplex som toxikomaniforskningen utgör. Att i detta läge låta forskningen få sin tyngdpunkt förlagd inom själva tillsynsmyndigheten låter närmast som ett dåligt skämt. Det skulle oundgängligen innebära att den i narkomanifrågan så uppenbart livskraftiga svenska varianten av lysenkoism definitivt skulle slå fast rot i folkhemmet. Sedan kan seriösa forskare nog gå hem och lägga sig. De kommer snabbt att ersättas av ungt och osjälvständigt folk som anställs för att påvisa den outgrundliga visheten i administrationens åtgärder.

Kommitténs arbete har trots allt inte varit förgäves: man har frambringat ett genialt och ytterst viktigt förslag: en central, fortlöpande registrering av hela läkemedelsförskrivningen i landet i ett arbetande dataregister som genom terminaler (på apotek och sjukhus) skulle kunna göra det möjligt för läkaren att omgående kontrollera om hans egna patienter samtidigt erhåller likartade förskrivningar även av annan läkare. Detta kommer att bli en hörnsten i kampen mot iatrogena toxikomanier. Även kommitténs förslag om överförande av ungdomsvårdsskolorna till landstingen synes mycket välgrundat.

Den närgångenhet som det varit ofrånkomligt att ägna narkomanvårdskommittén under dessa år får i fortsättningen överflyttas på socialstyrelsen, där man på ansvarigt håll visat sig haft svårt att förstå vad narkomani är, hur sådana tillstånd uppkommer, hur de sprids och hur de be-

kämpas och behandlas. Samma uthållighet och tålamod som krävs av de narkomananhöriga tarvas av forskarna på detta område: det är nämligen särskilt svårt att hjälpa dem som inte vill bli hulpna.

LITTERATUR:

- Bejerot, N.* Aktuell toxikomaniproblematik. Läkartidningen nr 50, 62:4231—4238, 1965.
- Bejerot N* Narkomanvården — ett snett fall framåt. Socialmedicinsk tidskrift nr 4, 44: 186—189, 1967 (a).
- Bejerot, N.* Narkomanvårdskommittén igen. Socialmedicinsk tidskrift nr 7, 44: 395—401, 1967 (b).
- Bejerot N*, Narkotikafrågan och samhället. Aldus/Bonniers, Stockholm 1968. 480 s.
- Bejerot N*, Intravenöst giftmissbruk bland stockholmspolisens arresterade 1965—68. Läkartidningen nr 8, 66: 781—786, 1969 (a).
- Bejerot, N* Narkotika och narkomani. Aldus/Bonniers, Stockholm 1969 (b). 80 s.
- Bejerot, N* Social Medical Classification of Addictions. The International Journal of the Addictions, nr 4, 3: 391—405, 1969 (c).
- Chein, Isidor, Gerard, Donald L., Lee, Robert S & Rosenfeld, Eva:* Narcotics, Delinquency and Social Policy. The Road to H. Tavistock Publications, London 1964. 482 s.
- Narkomanvårdskommittén: Narkotikaproblemet, del I: Kartläggning och vård. SOU 1967:25. 261 s.
- Narkomanvårdskommittén: Narkotikaproblemet, del II: Kontrollsystemet. SOU 1967:41 197 s.
- Narkomanvårdskommittén: Narkotikaproblemet, del III: Samordnade åtgärder. SOU 1969:52, 445 s.
- Narkomanvårdskommittén: Narkotikaproblemet, del IV: Socialmedicinska och kliniska undersökningar. SOU 1969:53. 520 s.
- Seevers, M. H.* Drugs, Monkeys and Men. Michigan Quaterly Review, nr 1:3: 3—14, 1965
- Smith, D. E.* Speed Kills: Patterns of high dose methamphetamine abuse. Transcript of a presentation made on March 25, 1968, San Francisco, California. Stencil 6 s.