

Narkomanvårdskommittén igen

Av socialläkare Nils Bejerot, Stockholm

I nr 4/1967 av Socialmedicinsk Tidskrift anmälde jag på redaktionens anmodan narkomanvårdskommitténs första delbetänkande om kartläggning och vård (SOU 1967:25). Kommitténs sekreterare, hovrättsfiskal Ingemar Rexed, ansåg sig behöva bemöta recensionen med en lång försvarsplädering (SMT nr 6/1967). Den kräver en replik.

Åter till definitionerna

Låt oss återgå till diskussionen om definitioner och terminologi. Jag påpekade att kommittén i sina grunddefinitioner på ett olyckligt sätt sammanblandat olika medels *toxikomaniframkallande egenskaper* (en biologisk referensram) med *medlens legala status* som narkotika respektive vanliga läkemedel (en juridisk referensram); dessutom hade man tappat bort de medel och beroendetillstånd, som ligger utanför en sådan formaljuridisk gränsdragning (thinner- och limsniffning etc). Denna begreppsapparat är ett rötmanadsdjur med två huvuden; den logiska konsekvensen av dessa begrepp blir exempelvis att vi helt enkelt inte hade några amfetaminnarkomaner i Sverige, förrän medicinalstyrelsen tog in amfetaminet i sin narkotikaförteckning. Med den dagen förvandlades, med kommitténs terminologi, hundratal svåra "läkemedelsmissbrukare" genom ett klubbslag till "narkomaner". Här öppnar sig tidigare oanade möjligheter att eliminera hela narkomaniproblemet!

Thinnersniffarna däremot förblir obemärkta för kommittén. Dessa många gånger mycket svårt kroniskt sjuka toxikomaner är inte ens "läkemedelsmissbrukare" och kan knappast påräkna någon åtanke från kommittén eller någon tröst från det idéella förbundet med det långa namnet. Inte

ens nykterhetsnämnderna vill ha med dem att göra; de utgör toxikomaniernas pariaklass.

Rexed försöker i sitt beträngda läge krypa bakom andra och hänvisar till att en av landets främsta farmakologer givit terminologin sin välsignelse. Men begreppsanalys, definitioner och semantik är ju inte någon exklusivt naturvetenskaplig idrott, så Rexed kunde mycket väl ha försökt tänka själv.

Frågan om begrepp och terminologi är särskilt fascinerande i det här sammanhanget, för den är ett visst mått på hur allvarligt man försökt betrakta problemkomplexet som en tvärvetenskaplig totalitet. I sin inträngande analys av narkomanidefinitioner, publicerad som bilaga till betänkandet, konstaterar kommitténs biträdande sekreterare Kaj Håkansson på tal om WHO:s definitioner: "I föreliggande texter är det ofta svårt att avgöra vad som är själva definitionens element. Olika definitioner är heller inte klart åtskilda. Man kan följaktligen hävda att *intentionsdjupet* inte är stort i flertalet av de behandlade definitionerna". Kommitténs egen begreppsapparat tycks Håkansson inte ens ha ansett vara värd ett omnämnande.

Håkansson avslutade sin begreppsanalys med en serie egna definitionsförslag. Om dessa hade jag skrivit, att han använder sig av "en abstrakt matematisk modellbyggnad enligt kunskapsteoretisk metodik men hamnar tyvärr i en lek med ord. Toxikomanierna är biologiska fenomen och problemkomplex som uppenbarligen är svåra att fånga i ett matematiskt ruttmönster". Rexeds kommentar till detta är: "Man kan med Håkansson fråga sig om Bejerots biologiska disciplin inte skulle vara åtkomlig för logisk analys". Det är onekligen en smula genant att behöva förklara

för Rexed att ett ruttmönster endast har två dimensioner och att komplicerade begreppsbyggnader inte alltid låter sig manglas ut så enkelt utan att förlora likheten med den verklighet de skulle åskådliggöra. Toxikomanikomplexet är mångfasetterat — mångdimensionellt om man så vill — och det gäller att försöka fånga detta i definitionssystemet.

Jag nämnde att Håkanssons aktningsvärda begreppsanalys tyvärr utmynnat i en serie orealistiska definitionsförslag. Rexed är uppenbarligen av annan mening. Vi skall citera Håkanssons definitionsförslag, dels därför att envar skall få möjlighet att bedöma dem själv, dels därför att de ur teoretisk synpunkt är värda att återge.

"Definitionsförslag

Nedanstående definitioner skall gälla individer som brukat toxikotika åtminstone en gång.

1. *Narkomani* = def.¹⁾ en under längre period bibehållen intensiv önskan (begär) hos en individ att tillföra sin kropp toxikotika.
2. *Fysisk narkomani* = def. en under längre period bibehållen intensiv önskan (begär) hos en individ att tillföra sin kropp toxikotika och ett samtidigt fysiskt beroende av toxikotika.

Definition 2 anger endast en undergrupp till fenomenen definierade i definition 1.

3. *Narkoman* = def. individ som karakteriseras av narkomani enligt definition ovan.
4. *Fysisk narkoman* = def. individ som karakteriseras av fysisk narkomani enligt definition ovan.
5. *Narkotikertillstånd* = def. en under längre period bibehållen ej så intensiv önskan hos en individ att tillföra sin kropp toxikotika.
6. *Fysiskt narkotikertillstånd* = def. en under längre period bibehållen ej så intensiv önskan hos en individ att tillföra sin kropp toxikotika och ett samtidigt fysiskt beroende av toxikotika.
7. *Narkotiker* = def. individ som karakteriseras av narkotikertillstånd enligt definition ovan.
8. *Fysisk narkotiker* = def. individ som karakteriseras av fysiskt narkotikertillstånd enligt definition ovan.
9. *Narkotikabrukare* = def. individ som är narkoman eller narkotiker enligt definition ovan.
10. *Läkemedelsmissbruk* = def. införande i kroppen av läkemedel utan ordination eller tillåtelse av individ eller institution som i en given kultur givits rätten till ordination eller tillståndsgivande.

¹⁾ 'Läkemedel' skall i definition 10 beteckna läkemedel av typ eller mängd som kräver ordination eller tillåtelse av i definitionen bestämd typ.

11. *Läkemedelsmissbrukare* = def. individ som utfört handling som betecknas som läkemedelsmissbruk enligt definition ovan.

Kommentarer: Intet av de under punkterna 1—9 definierade begreppen skall konnotera sjukdom, skadlighet eller nödvändighet av samhällsingripande.

¹⁾ " = def." utläses 'är definitionsmässigt lika med'. (SOU 1967:25, S 210—211)

Det kanske låter förmätet, men det fordras faktiskt medicinsk kompetens för att avgöra om Håkanssons terminologi är praktiskt användbar. Personligen anser jag att den ligger så långt från socialmedicinsk och psykiatrisk verklighet att den inte har någon utsikt att bli accepterad.

Kommittén och den Åhströmska verksamheten

Den härnäst viktigaste frågan i Rexeds replik är nog den som gäller dr S. E. Åhströms enorma narkotikaförskrivning för självmedicinering, i praktiken ad libitum, d.v.s. så mycket som patienterna själva önskade. För denna "försöksverksamhet", som har alla utsikter att bli herostratisk ryktbar, hävdade jag "har kommittén — och särskilt vårdgruppen — ett tungt ansvar men ingen acceptabel ursäkt."

När jag trampar på denna ömma tå blir Rexed alldeles ifrån sig: "Vad menar Bejerot? Han bör väl som medarbetare i kommittéarbetet känna till att det inte var kommitténs eller vårdgruppens verksamhet?" Först en precisering för att förebygga missförstånd: Jag har i en socialmedicinsk arbetsgrupp hjälpt kommittén med kartläggningsavsnittet, men jag har inte tillhört kommittén och har för övrigt inte haft något inflytande på dess göranden och låtanden.

Sedan åter till ansvarsfrågan. "En subkommitté i denna narkomanvårdskommitté är vårdgruppen med docent Ljungberg som ordförande och artikelförfattaren som sekreterare. Denna grupp skall utreda vårdfrågan, men har också av generaldirektör Engel som särskild uppgift fått att övervaka dr Åhströms verksamhet. Dr Åhström själv ingår i vårdgruppen", skrev den numera upplösta vårdgruppens sekreterare Frank Hirschfeldt i Dagens Nyheter den 1 december 1966. Även om

vårdgruppen var oförmögen att lösa sina uppgifter bör ju sekreteraren i varje fall veta vilka uppgifter som ålagts gruppen. Att man sedan vill springa ifrån sitt ansvar när soppan kokar över är en annan sak: "Jag önskar framhålla att samtliga ledamöter i huvudkommittén och vårdgruppen torde vara tämligen överens om att den legala förskrivningen vållat åtskilliga bekymmer och att ansvarsfördelningen för utvecklingen av dr Åhströms verksamhet är en ytterst invecklad fråga", skrev Hirschfeldt urskuldrande i ett PM till narkomanvårdskommittén den 26 januari 1967. Därför att en intrikat fråga är "ytterst invecklad" bör man dock inte sopa den under mattan.

Rexed skriver vidare: "Kommittén har låtit verkställa olika undersökningar som efter bearbetning kommer att kunna ge mer grundliga data om Åhströms förskrivning; i avvaktan därpå kan man konstatera att bitr. överläkaren Margit Krantz till kommittén rapporterat, att i varje fall omkring en tredjedel av dr Åhströms patienter också för framtiden borde behandlas med ambulantly förskrivning."

Till detta kan man anmärka att det först var genom åklagarmyndighetens ingripande att infordra alla Åhström-recepten för granskning av eventuella förfalskningar etc. som de praktiska möjligheterna skapades för ett vetenskapligt studium av förskrivningsverksamhetens omfattning och utveckling; några i föreskriven ordning förda journaler fanns ju inte att utgå ifrån. Varken kommittén eller medicinalstyrelsen hade dock visat något intresse för detta nyckelmateriel, som borde ha insamlats kontinuerligt under verksamhetens gång och fortlöpande redovisats för kommittén.

En annan omständighet, som belyser bristerna i bevakningssystemet, kan nämnas i förbigående. Ute i landet visiterar länsläkarna varje år apoteken och granskar narkotikarecepten. I Stockholm, det svårast narkotikainfektade området, har en lika noggrann granskning inte skett, utan landets tre läkemedelsinspektörer, som också skall inspektera landets alla andra apotek vart femte år, har i Stockholm gjort större inspektioner vart fjärde

år och en kompletterande mindre en gång där emellan. I Danmark har sedan 1950 samtliga narkotikarecept över huvud taget kontrollerats varje månad av hälsovårdsmyndigheterna, och den preventiva effekten av detta synes ha varit utomordentlig. Om vårdgruppen åtminstone beträffande den s. k. "försöksverksamheten" hade praktiserat det danska systemet hade kommittén minst ett år tidigare än vad som skedde kunnat konstatera vart det hela bar hän. Detta är en allvarlig försummelse, som belastar alla som ytterst delar ansvaret för "försöksverksamheten".

Dr Krantz anser sålunda att endast (eller åtminstone) en tredjedel av Åhström-gruppen bör behandlas med ambulanta narkotikaförskrivningar. Detta måste rimligtvis innebära att omkring (eller närmare) två tredjedelar av Åhströmpatienterna enligt dr Krantz inte borde behandlas på detta sätt. Till detta vill jag tillfoga att enligt min bestämda uppfattning inte heller den resterande tredjedelen bör ha några ambulanta narkotika-förskrivningar, utan narkotikamedicineringen bör i förekommande fall ske direkt av behandlingspersonal vid toxikomanipoliklinik eller liknande.

Återigen måste jag understryka att vad jag såväl nu som tidigare angripit är *själva utportioneringen av narkotika på recept till epidemiskt smittade narkomaner för självmedicinering, inte fortsatt gifttillförsel som sådan*. Många skäl — överväldigande skulle jag vilja säga — talar nämligen för att man i vissa fall måste resignera inför en kronisk toxikomani och efter flera långa och misslyckade allvarliga behandlingsförsök acceptera en daglig — kanske livslång — underhållsmedicinering, men denna bör oundgängligen utdelas av behandlingspersonal, när det gäller narkomani av vad jag kallar epidemisk typ, d.v.s. fall inducerade av annan narkoman. För kroniska fall av annan genes (autoetablerade fall och narkomanier, uppkomna genom terapeutiska missöden eller som accepterad sekundärsjukdom, t.ex. till cancer etc.) bör administrationen av underhållsdoserna givetvis avgöras från fall till fall.

Av Rexeds svar förefaller det som han inte förstått att detta med självmedicinering contra

narkotikatillförsel direkt av behandlingspersonal är *två principiellt helt skilda behandlingsprinciper*. Han påstår dessutom helt grundlöst att jag kritiserar ambulans behandling i princip. Endast om man som kommittén håller sig med en högst egen övertalande definition av begreppet "ambulans behandling" som liktydigt med "utdelning av narkotikarecept för självmedicinering av narkotika i hemmet" är påpekandet riktigt — med ovannämnda inskränkning. Men så enkelt annekterar man inte begreppet ambulans behandling och gör det till något annat än vad det alltid varit i svensk och internationell medicinsk verksamhet.

Nog trodde jag att kommitténs sekreterare kände till att jag redan 1965 deklarerat min ståndpunkt till dessa problem i Läkartidningen (nr 50/1965). Eftersom man av rikliga engelska erfarenheter redan då med bestämdhet kunde hävda att den Åhströmska verksamheten var medicinskt orimlig och dömd att misslyckas lanserade jag ett konkret behandlingsalternativ. Jag skrev: "Grundprincipen för en modifierad ambulans behandling skulle innebära, att inga narkotiska preparat eller recept utlämnas till patienterna utan att reduktions- eller underhållsdoserna ges per os eller i injektion av behandlingspersonalen. Från många håll rapporterar man att exempelvis kroniska morfinister, som aldrig klarat avvänjning utan ständigt återfallit, kan hållas i god form och ordnat socialt liv med regelbundna underhållsdoser. Flertalet av dessa morfinister torde ta ett par injektioner per dygn. Huvudparten av dessa narkomaner (som är starkt urbaniserade) torde utan större olägenhet kunna infinna sig vid den behandlande institutionen för injektion två—tre gånger per dygn. De besvär den dagliga, personliga inställelsen medför är ett mycket lågt pris för att eliminera smittriskerna."

Detta skrevs alltså innan Doles och Nyswanders långtidsverkande metadonbehandling var känd. För en motsvarande behandling av kroniska amfetaminister, som trotsat flera allvarliga behandlingsförsök, vilket i praktiken betyder minst halvårslånga vårdperioder i drogfri miljö, föreslog jag vid den Första nordiska socialmedicinska kongressen i Göteborg (juni 1967) fram-

ställning av durrettdragerade amfetaminpreparat för peroral medicinering genom behandlingspersonal. Genom den fördröjda resorption och prolongerade verkan, som uppnås på detta sätt, får man möjlighet att komma bort från den ur smittsynpunkt — särskilt hos epidemiskt smittade toxikomaner — alltid farliga självmedicineringen även beträffande centralstimulantia. Indikationerna för en underhållsbehandling av kronisk amfetaminism med centralstimulantia måste dock utredas noggrant och preciseras.

Auktoriteter och narkotikaförskrivning

Vidare menar Rexed att jag "förbiser att den internationella litteraturen är skarpt delad i denna fråga", d.v.s. narkotikaförskrivning till narkomaner. Även denna uppfattning är grundad på samma missförstånd som vi just diskuterat, nämligen sammanblandningen av utlämning av narkotika på recept contra medicinering genom behandlingspersonal. Vad de av Rexed återopade internationella auktoriteterna beträffar, kan jag nämna att Doles och Nyswander, som våren 1967 inbjödits till Sverige för att tala om sina behandlingsmetoder, blev lindrigt sagt förbluffade av att höra att den svenska "försöksverksamheten" bestod i utdelning av narkotika (efter patienternas eget önskemål) för självmedicinering i hemmet. Även i sitt föredrag hävdade Doles generellt och utan att återopa några undantag att "all självmedicinering är destruktiv, och administrationen vid reduktions- och underhållsdosering skall uteslutas utföras av medicinsk personal; intravenös administration är kontraindicerad."

Rexed refererar också till sociologen Lindesmith, som i många av sina arbeten uppehåller sig kring frågan om de kroniska heroinisternas möjligheter att få tillgång till giftet utan att behöva anlita den illegala marknaden. Såvitt jag kan finna har dock Lindesmith inte på något ställe diskuterat frågan om hur medlen skall administreras; det är möjligt att han liksom Rexed inte insett att just detta är kärnpunkten i problemet. Inte heller Rexeds tredje auktoritet, psykologen Chein, observerar detta problem utan rekomen-

derar fritt fram för en mer eller mindre obegränsad förskrivning av narkotika med hänvisning till att sträng (amerikansk) narkotikalagstiftning medför ökad kriminalisering och sekundärspridning kring missbrukarna, medan en liberal (engelsk) lagstiftning skulle eliminera eller begränsa dessa fenomen. Chein anser dock att det inte finns någon smittsam, epidemisk form av narkomani, och han anför åtta skäl mot epidemiteorin (*The Road to H*, sid. 376—377). Utrymmet medger inte här att vi går in på dessa argument, men jag skall i annat sammanhang vederlägga dem alla. Värt att notera är också att Chein inte tycks inse att narkomani — alltså inte ens morfinism eller heroinism — är en allvarlig sjukdom: "In summary, the attitude that opiate use per se is harmful to health, and the public welfare finds no support in any evidence known to us" (sid. 359 i samma arbete). För Chein och hans medförfattare är narkomani "a way of life" (sid. 364), "a mode of adaptation" (sid. 366) och till och med en i och för sig acceptabel form av anpassning till en störd personlighet, ett sjukt samhälle eller bådadera.

Dessa teorier och resonemang av Lindesmith, Chein m.fl. kring narkomaniernas spridningsdynamik utvecklades innan man ännu hunnit se vad den gamla engelska förskrivningsliberalismen innebar efter det man också i England det senaste decenniet fått ett epidemiskt smittat toxikomantiklientel. Tidigare hade man i England mest haft autoetablerade singelfall bland medicinalpersonal, enstaka narkomaniserade sjömän etc. Den engelska regeringens andra rapport i narkotikafrågan (*Drug Addiction, The Second Report of the Interdepartmental Committee, London 1965*) visade att *heroinismen i de viktigaste debutåldrarna (20—34 år) hade ökat med femtio procent per år*, sedan en liten invandrad canadensisk heroinistgrupp i slutet av 50-talet började få legal tilldelning för självmedicinering. Det engelska systemet hade fungerat hjälpligt, så länge man endast hade isolerade, kroniska singelfall att behandla, men när väl en epidemisk spridning sköt fart, visade sig systemet helt otillräckligt, ja direkt felaktigt. Dessa dystra erfarenheter måste man dra lärdom av, och Chein måste liksom Rexed och

många andra ta sina tidigare ståndpunkter under omprövning.

Det finns vid sidan av detta en ytterst viktig omständighet av principiellt annan natur; varken kommittén eller Rexed synes ha uppmärksammat den i förskrivningsproblematiken. Vad jag åsyftar är att *hela den internationella debatten kring dessa frågor uteslutande har gällt opiater*, medan argumenten sedan mekaniskt applicerats att även gälla centralstimulantia. Detta är ett tankefel, som har sin grund i att man inte beaktat att toxikomani av opiattyp och amfetamintyp är två i väsentliga avseenden olika sjukdomar, vilket inte hindrar att många toxikomaner kan lida av båda och att medlets natur är sekundärt till toxikomanin som sjukdomsenhet generiskt, prognostiskt men inte i alla avseenden behandlingsmässigt. Amfetaminismen — och beroendet av Preludin, Ritalina etc. — är i allt väsentligt samma sjukdom som kokainismen, och det hade varit rimligare att man försökt finna någon internationell diskussion om underhållsbehandling av kokainism och med utgångspunkt från detta ta ställning till underhållsbehandling över huvud vid amfetaminism och närstående tillstånd. Till och med en underhållsbehandling av alkoholism med rabatterade spritinköp hade i många avseenden legat närmare problematiken kring amfetaminförskrivningen än den åberopade opiatdiskussionen.

Vårdproblemen

Beträffande vårdproblematiken i stort hade jag kritiserat kommitténs i min mening alltför konventionella grepp på problemen. Jag nämnde att man inte kommer långt med "några dussin rostfria sängar, ett uppbåd vitklädda sjuksköterskor och ett par välutrustade laboratorier". Detta föranledde Rexed till att påpeka att överläkare Bengt Berggren på en sammankomst i riksdagshuset våren 1967, sammankallad för att diskutera betänkandet, hade hävdat att åtgärden "att ställa upp rostfria sängar och vitklädd medicinpersonal inte kunde vara tillräcklig lösning. Bejerot tar upp Berggrens formulering och kritik, och synpunkten är väsentlig (även om sängarna är nödvändiga)." Om Rexed slår upp Dagens Nyheter för

den 2 juni 1966 och läser min artikel om "Narkomanvård", så hittar han där dessa magiska sängar, som jag redan då ansåg inte behövde vara rostfria. Visst är det roligt att folk tar upp ens idéer och formuleringar och för dem vidare, men man skall ju inte behöva bli anklagad för plagiat för detta. Sedan är det en helt annan sak att jag under tidigare samttjänstgöring lärt mig mycket av Bengt Berggren, att jag alltid funnit hans okonventionella grepp på frågorna stimulerande och hans drastiska formuleringar förlösande. Kanske fick jag de rostfria sängarna av honom, när vi arbetade tillsammans på Södersjukhuset i slutet av 50-talet, vad vet jag. Detta om sängar.

Epidemiteorin

I min kritik hade jag hävdad: "Kommittén synes motvilligt acceptera teorin att den lavinartade spridningen av maligna toxikomaniformer — främst det intravenösa bruket av centralstimulantia — i princip är en epidemi, även om smittämnet inte utgöres av mikrober...", och "Kommittén har dock inte vågat dra de logiska konsekvenserna av epidemiteorin...". På detta svarar Rexed: "Kommittén, som torde ha varit väl medveten om faran för övertalande definitioner, förklarar emellertid rakt motsatt: Enligt kommitténs bedömning har emellertid analogin epidemi-läkemedelsmissbruk haft ett berättigande främst vid beskrivningen av missbrukets uppkomst och dynamik; såvitt gäller de olika motåtgärderna ger analogin i och för sig ingen vägledning (betänkandet s. 162)."

Jag har alltså hävdad att motåtgärderna bör basera sig på massjukdomens "uppkomst och dynamik", dess epidemikaraktär. Detta skulle i praktiken innebära att man arbetade efter det klassiska epidemibekämpningsprogrammet, som är välkänt för denna läsekrets. Kommittén vågade dock inte dra dessa slutsatser; i stället för att koncentrera sig på själva *smittårdarna*, de i epidemin indragna och särskilt smittsamma fallen, inriktar kommittén hela kontrollsystemet enbart på *missbruksmedlen*. Detta är opinionsmässigt, politiskt och juridiskt enklare och bekvämare men sannolikt lika otillräckligt som det vore att försöka be-

kämpa syfilis med kyskhetsbälte; redan medeltidens klensmeder kom runt sådana hinder. För att fortsätta denna parallell så är intravenöst medicinmissbruk enligt min uppfattning både medicinskt och socialt en mera allvarlig och smittsam sjukdom än exempelvis syfilis, och *behandlings-tvång* (vilket i flertalet fall inte behöver betyda tvångsbehandling) bör övervägas — enligt min mening införas redan nu. När jag uppfattade kommitténs försiktiga hållning som brist på perspektiv och mod, svarade Rexed med att in extenso återge den text som jag tidigare kritiserat som otillräcklig — utan att bjuda på några nya argument. En sådan diskussionsmetod är ofruktbar och kan inte föra frågan ett tuppfnät framåt.

Om man beaktar problemen kring sjukdomsformen (opiat-kokain-amfetamin-toxikomani), förskrivningsriskerna (ansvarskännande kroniker kontra asociala) och smittspridningsdynamiken (epidemiteorin) skulle man litet tillspetsat kunna sammanfatta kritiken och säga att kommittén och Rexed inte gjort klart för sig 1) vilken *sjukdomsform* det är fråga om att bekämpa, 2) vad slags *individer* (premorbid personlighet) det är som är sjuka och 3) vilken *social dynamik* som råder mellan sjukdomsformen, de sjuka individerna och deras miljö i stort (samhället) och i smått (den samtidiga förekomsten av en legal och en illegal drogmarknad vid sidan av varandra). Ingen bör förvänta att förslag om motåtgärder, baserade på en så ofullständig analys av problematiken, skall kunna bringa epidemin under kontroll.

Kommitténs andra betänkande

Någon skulle av denna replik kunna förledas tro att jag anser Ingemar Rexed vara en dålig kommittésekreterare. Men det menar jag verkligen inte; jag vill bara försöka göra klart att han i vissa avseenden kommit in på ytterligt intrikata socialmedicinska och psykiatriska gebit, som han inte behärskar och som det vore orimligt att begära att han skulle behärska. Därtill kommer att han i vårdfrågorna haft ett svagt stöd av en insufficient arbetsgrupp. När Rexed däremot kommer in på sitt eget gebit, juridiken, är det en fröjd att läsa honom. Om första betänkandet till stora de-

lar representerar ett lågvattenmärke i svenskt utredningsväsende är kommitténs andra delbetänkande, som behandlar det juridiska kontrollsystemet, ypperligt. Där finns erforderliga historiska och internationella översikter, olika kontrollåtgärder är utförligt redovisade och diskussionen utmynnar i en rad vettiga och välmotiverade förslag; stilen är genomgående klar och elegant och dispositionen föredömlig. Av kärnfrågorna är det endast en, "illegaliseringen" av injektionssprutor och kanyler, som man kan ställa sig tveksam till; inte därför att det inte skulle vara värdefullt att dämpa överflödet och lättåtkomligheten på sprutor utan därför att principen är ytterligare ett

moment i den ensidiga inriktningen och betoningen av kontrollen på medel och utensilier på bekostnad av adekvata och resoluta åtgärder beträffande de kroniska smitthärdarna. Därtill kommer att denna sprutkontroll rent praktiskt kommer att bli mödosam för kontrollorganen, betungande för sjukvården och troligen av mycket begränsat värde som bekämpningsmetod.

Att man bland bilagorna i det andra betänkandet inte återfinner min utförliga rapport beträffande det danska kontrollsystemet, som kommittén till stor del bygger på då den skisserar kommande svenska kontrollåtgärder, är anmärkningsvärt; man får vara tacksam att den föll i den goda jorden.

ELITSTENOGRAFENS SKRIV- & BOKFÖRINGSBYRÅ AB

**RENSKRIVNING AV VETENSKAPLIGA
UPPSATSER, TABELLER, osv.**

ADRESSKRIVNING, DUPLICERING
ELEKTROSTENCILERING
FOTOKOPIERING
UTSKRIFT EFTER REX RECORDER OCH
BANDSPELARE

Tel. Skrivbyrån 21 67 01

Tel. Bokföringsbyrån 21 70 19