

Den faktiska situationen i de nordiska länderna

Nils Bejerot:

Narkomani är ju inte någon ny sjukdom även om man efter de senaste årens förvirrande debatt i Sverige skulle kunna vara benägen att tro det. Som vi vet i den här kretsen är narkomani en urgammal sjukdom, och vi har en mycket stor samlad historisk erfarenhet av den.

Före kriget skiljde sig narkomanisituationen i Sverige inte från situationen i de andra skandinaviska länderna. Vi hade en period av ganska utbredd brommissbruk på trettioalet liksom ett visst barbituratmissbruk; därtill förekom opiatmissbruk bland medicinalpersonal, men det var likartade problem i alla nordiska länder. Sedan kom amfetaminerna in och förändrade bilden. De hade introducerats redan på trettioalet — syntetiserats 1935 — och man hade ett begynnande amfetaminmissbruk på många ställen i världen redan före kriget, framför allt i studentkretsar i USA och i någon mån också här i Skandinavien.

Under kriget kom amfetaminerna till massanvändning i alla krigförande länder för att hålla soldaterna fit for fight flera dygn i sträck osv. Jag tror att denna militära massanvändning av amfetaminer kom att spela en ödesdiger roll när ett massmissbruk ute bland civilbefolkningen började sprida sig omedelbart efter kriget. Det var framför allt i Japan, USA och Skandinavien som amfetaminmissbruket tog fart. Jag skall inte närmare gå in på utvecklingen i Japan och USA utan hålla mig till Skandinavien.

I Sverige hade vi 1946—48 en liten begynnande missbruksepidemi i bohemkretsar i Stockholm. Fram till 1948—49 var gängmissbruket exklusivt för ett litet kotteri kring ett litterärt sällskap, som hette Metamorfos, den första "klubben" i Stockholm. Ganska snart spred sig missbruket utanför denna lilla, löst formade krets. Byråchef Lars Bolin, som på den tiden skötte

Socialstyrelsens placering av problemungdom på ungdomsvårdsskolorna, hävdar att också det intravenösa missbrukssättet uppstod i den här lilla kretsen. Från Metamorfos-gruppen skall den intravenösa applikationen ha vandrat ut i de asociala och kriminella kretsarna via ett par modeller från Konstakademin, flickor som stod med ena benet i Metamorfos och med det andra på gatan.

Som alltid vid geometrisk progression gick spridningsprocessen långsamt i början, men 1954 — min första sommar som vikarierande socialläkare i Stockholm — hade vi redan ett utbredd amfetaminmissbruk, framför allt peroralt men också redan ett begynnande intravenöst, bland rotlös, asocial och kriminell ungdom i Stockholm.

Utvecklingen av epidemin gick långsamt under första hälften av femtioalet. Det var olika amfetaminpreparat och synonymer till dem, som kom till användning, och Medicinalstyrelsen hade uppmanat läkarna till restriktivitet med förskrivningarna. 1955 introducerades bantningsmedel av typen fenmetralin (Preludin), och deras centralstimulerande effekt uppmärksammades snart i missbrukarkretsarna. 1957 började Preludinet bli ett mycket populärt missbruksmedel, och 1958 var preludinmissbruket redan omfattande och accelererat snabbt. När medlet äntligen klassificerades som narkotika den 1 april 1959 var preparatet så allmänt efterfrågat att den ökade restriktiviteten i förskrivningen påskyndade uppkomsten av organiserad illegal import och utvecklingen av den svarta-börsverksamhet, som hade kommit igång redan i början av femtioalet. Utvecklingen har hela tiden accelererat och gör så fortfarande.

Personligen tror jag att själva smittintensiteten inte är förändrad utan att den geometriska progressionskonstanten varit ungefär densamma hela tiden. Men om man har två fall ett år, fyra nästa och sedan får 16—32—64 etc så kan epidemin vara dold för myndigheterna under lång tid. Men när man ena året har 500 fall, nästa kanske 1 000, året därpå 2 000, då börjar det märkas på ett annat sätt. Från 1956—57 och framåt föreligger en mycket kraftig numerär ökning, fram till de senaste åren nästan uteslutande i

våra storstadsområden. Numera syns den intravenösa missbruksformen ha slagit ut den peroralen när det gäller centralstimulantia, och redan börjar barbiturater (särskilt Nembutal) missbrukas på detta sätt av hundratals ungdomar.

Våren 1965 inledde jag i Stockholm en undersökning med armvansinspektion av alla till kriminalpolisen införda personer, och den undersökningen pågår fortfarande. Den första undersökningsmånaden, april 1965, var 38 procent av de svenska männen i åldern 20—30 år och omhändertagna enligt brottsbalken, intravenösa medicinmissbrukare och hälften av kvinnorna. Nu — två år senare — har procentsiffrorna stigit ytterligare och ännu mera de absoluta siffrorna. Störst har ökningen varit i åldrarna under 20 och över 30 år. Vi har till och med fått svårighet att få fram kontrollfall till kvinnorna i en intensivundersökning, som vi just nu genomför på stockholmspolisens klientel: intervjuer av 250 intravenösa missbrukare och lika många kontroller.

Missbruket har som bekant numera också spritt sig utanför Stockholm; det finns en rejäl dotterepidemi i Göteborg och dussintals små dotterepidemier i olika landsortsstäder. Vi vet också att det numera finns en dotterepidemi i Helsingfors med åtminstone några dussin missbrukare. Däremot har jag ännu inte hittat någon dansk intravenös missbrukare bland de hundratals danskar vi har undersökt i Stockholm, och Sundhedsstyrelsen kände sommaren 1966 inte heller till något fall. Några få norska medborgare har diagnostiserats som intravenösa medicinmissbrukare, likaså ett par briter, några tyskar och ungefär 25 finska medborgare.

Medelåldern bland de diagnostiserade fallen låg 1965—66 omkring 26 år med en ganska snäv spridning. Åldersdistributionen har som nämnts det senaste året blivit betydligt flackare även om medelåldern är ungefär densamma.

Man kan säga att epidemin haft karaktären av en trestegsraket. Den första fasen var bohemkretsarna i och kring Metamorfoz; den andra fasen var den stora spridningen ut bland aktivt kriminella ungdomar. Den tredje fasen karakteriseras av att epidemin också har sprängt den

ramen och nu trängt ut i stora kretsar av rotlös ungdom, som inte är primärt kriminell utan sekundärt kriminaliseras i anslutning till missbrukets destruktiva och kriminogena verkningar — och därmed menar jag inte brott av typen olaga innehav etc utan avancerade egendomsbrott, främst stöld och bedrägerier.

Vi har möjlighet att validera dessa utvecklingstendenser genom att det inom missbruksepidemin uppstått en sekundärepidemi av inokulationshepatit. Sedan hösten 1962, då de första fallen inträffade, har gulsotsfallen hela tiden ökat. 1966 hade vi omkring 300 sådana fall sjukhusdiagnostiserade i Stockholm, men totalantalet har säkerligen varit betydligt större. Bland hepatitfallen har medelåldern sjunkit år från år och var bland de 300 fall, som behandlades vid Roslagstulls sjukhus 1966, omkring 19 år. Denna massspridning i de yngsta åldersgrupperna representerar alltså en ny, tredje fas i utvecklingen av missbruksepidemin.

Detta är vårt centrala problem. Sedan har vi — liksom norrmän och danskar — fått ett snabbt expanderande marihuanaproblem de sista åren. Morfinisterna utgör ännu inte något större kvantitativt problem i Sverige. Vi hade fram till för två år sedan en grupp om knappt 50 morfinister i Stockholm. Kring de rikliga narkotikaförskrivningarna till narkomaner i en misslyckad sk försöksverksamhet har vi fått en rad nya sekundärfall, och vi är nu troligen uppe i hundratalet missbrukare med morfintillvänjning i stockholmsområdet. Jämfört med massmissbruket av centralstimulantia är dock morfinismen ännu ett begränsat problem i Sverige, även om ett marknadsunderlag för en internationell illegal handel av opiater, morfin och heroin med hälsovårdsmyndigheternas benägna medverkan nu skapats i vårt land.

Karl Evang:

Hva situasjonen i Norge angår, har vi ikke kunnet registrere noen vesentlige nye problemer når det

gjelder hva man kunne kalle de "klassiske" narkomane, d.v.s. de som er henfalte til morfin, opium og kokain. Det er ikke skjedd noen økning i antallet av disse narkomane som på noen måte er faretruende. Det er som før i alt vesentlig mennesker i moden alder.

Hva gjelder misbruk av syntetiske legemidler er dette utvilsomt under økning, uten at man kanskje har nådd de tall som er referert fra enkelte grove undersøkelser i U.S.A. og andre steder og hvor man pr. "klassisk" narkoman regner med 10 misbrukere av syntetiske legemidler og 100 misbrukere av alkohol. Jeg nevner disse tal også for å minne om at det jo fremdeles i vår sivilisasjonskrets uten sammenligning er alkoholen som volder de største problemer, men dette spørsmål skal altså her holdes utenfor diskusjonen.

Noen nøyaktig undersøkelse av forholdstallet mellom de forskjellige typer av narkomane, er ikke foretatt hos oss. Etter de rene indikasjoner vi har kunne det nok se ut som der er en relasjon av samme art, altså 1:100 mellom de "klassiske" narkomane og de som må karakteriseres som alkoholister i dette ords alvorligste betydning. Vi mener nemlig å ha 400 til 600 av de "klassiske" narkomane og 40.000 til 60.000 alkoholister. Når det gjelder den gruppe som misbruker syntetiske legemidler, særlig barbiturater og endel ataraxica, regner vi med 3 til 5 misbrukere pr. "klassisk" narkoman, men dette tall må tas med det største forbehold. Vi har hittil ikke hatt de samme problemer som i Sverige når det gjelder de sentralstimulerende midler. Det var en utbredelse av disse stoffer under den tyske okkupasjon av Norge. Det fantes også i alle norske livbåter i handelsflåten i form av "energitabletter". Dette medførte imidlertid ikke noen epidemi av misbruk i Norge umiddelbart etter frigjøringen. Da vi fant at forbruket i Norge var økt sterkere enn medisinske hensyn skulle tilsi, foranlediget vi at det kom et par opplysende artikler i legetidsskrifter om disse stoffers meget beskjedne terapeutiske anvendelse. Dette ført i løpet av kort tid til at det samlede forbruk i Norge gikk ned til 1/5 — altså 20 prosent av det forbruk som fantes ved slutten av krigen.

Når det gjelder det spesielle preparat Preludin

som har gitt foranledning til de store vanskeligheter i Sverige, ble dette preparat også hos oss i sin tid lansert som et avmagringsmiddel under navnet Minadit. For 6—7 år siden fikk vi ved å se på forbruk og fordeling av dette preparat i landet en mistanke om at det kunde være fare på ferde, og straks etter kom de første pasienter som var blitt avhengige av stoffet inn til behandling ved våre psykiatriske klinikker. Vi strøk da straks dette middel av legemiddelregistret. I hvilken utstrekning dette har medvirket til vår gunstige situasjon på dette område, er det naturligvis ikke mulig sikkert å si. Vi hadde på det tidspunkt ikke noen indikasjon på at man var begynt å bruke stoffet intravenøst. De som var henfalte tok tabletene oralt. Vi er oppmerksom på at man såvel i Stockholm som i Göteborg har støtt på unge norske borgere som har lært seg og praktiserer den intravenøse metode, og vi kan derfor selvsagt nære frykt for at de vil kunne vende tilbake og omplante denne nye viten til norsk miljø.

Vårt største ungdomsproblem når det gjelder narkotika er marihuana, som holdt sitt inntog ganske langsomt hos oss for ca. 5—7 år siden. Det var særlig i visse intellektuelle kretser, eksperimenterende psykologer og jazzmusikere som synes å ha vært pionerene hos oss. Fra disse miljøene har det i noen grad spredt seg. Problemet er i det vesentlige begrenset til Oslo, med mindre tilløp også annetsteds. Bruk av LSD er hittil bare påtruffet i få enkelttilfelle. Endelig har vi et lite problem med "sniffing", altså innpusting av organiske oppløsningsmidler. Mens marihuanaproblemet særlig finnes i meget heterogene grupper av ungdom, forekommer sniffingen oftest i enda yngre aldersklasser, endog hos skolebarn ned til 10—11-års alder. Disse tilfelle av sniffing opptrer sporadisk, ofte ganske plutselig og forbigående. De blusser opp et sted og forsvinner igjen.

Stort sett vil det derfor være riktig å karakterisere situasjonen i Norge idag slik at vi ennå ikke har problemer i større omfang, men at vi tydelig kan se en tendens mot øket misbruk, dels av syntetiske legemidler, dels av marihuana. Kombinert bruk av flere typer av narkotiske midler er ikke ualminnelig.

Mogens Nimb:

Det kan kun bekræftes, hvad der allerede er sagt fra svensk og norsk side, at situationen i Danmark også har ændret sig fra de klassiske narkomaniformer til brugen af andre stoffer. Når jeg et øjeblik vil dvæle ved de historiske forhold i Danmark, er det ud fra den tro, at Danmark som det eneste land i Norden havde en virkelig narkotikaepidemi i slutningen af krigen og i de første efterkrigsår. Den opskræmte offentlighed og gav anledning til en ændret lovgivning og ændrede retningslinier fra Sundhedsstyrelsens og lægernes side. Midt under krigen blev man opmærksom på, at der fandtes enkelte læger i København — også i enkelte store provinsbyer, der skrev morfin og morfinlignende stoffer i helt uforsvarlige doser og derved blev kilder til opkomsten af narkomani-epidemier i mindre stil. Disse læger blev dømt — man kom ind på en strengere kurs over for disse læger, som man ikke havde anvendt tidligere.

Efter krigen, i årene 1945—48, blev man opmærksom på, at der i København var opstået en reel epidemi, den såkaldte Nyhavns-narkomani, der var opstået fortrinsvis blandt asociale, yngre personer, der færdedes i havne kvarterer i København. De var næsten allesammen begyndt med at drikke spiritus — de var ikke nødvendigvis kroniske alkoholister, men havde fået amfetamin mod "tømmermænd", og mod andre alkoholbivirkninger og var dermed blevet motiverede til at tro, at "Medicin" var alkohol overlegen, og mange af dem blev herefter morfinister og er det den dag i dag.

Dette affødte en kædereaktion med en lang række foranstaltninger fra myndighedernes side i årene 1949—55, som gjorde, at hele problemet blev kulegravet. Danmark blev fra at være et yderst liberalt land på dette område nu et land i "mellemklassen" med hensyn til at være restriktiv. Det vigtigste var efter min mening, at man fik en langt bedre og effektivere apotekskontrol — en *receptkontrol*, som blev centraliseret i Sundhedsstyrelsen, hvor man samtidig fik oprettet et *centralregister*, som var i stand til at føre løbende kont-

rol både med lægeordinationer og med patienter, hvis forburg var ved at løbe grassat. Der blev også i den anledning til lægerne udsendt en *vejledning*, der måtte betragtes som værende bindende for ordinationer af disse stoffer. En meget væsentlig ting på dette tidspunkt var, at amfetamin og amfetaminlignende stoffer blev inddraget i det danske kontrolsystem og dermed allerede på et meget tidligt tidspunkt kom ind under samme stramme kontrolforanstaltninger som morfingruppens stoffer. På en anden front skete der det, at Københavns sundhedspoliti oprettede en *speciel narkotikaafdeling*, en lille afdeling, som gjorde et stort arbejde for at rydde op i den illegale epidemi, der herskede i de indre dele af byen. Der skete væsentlige og gode ændringer i lægeloven, hvor man hidtil enten havde stået magtesløse eller var blevet tvunget til at fratage lægerne deres jus *practicandi*, hvad der naturligtvis kun kunne blive tale om i meget grove tilfælde. Man fik nu en graderet mulighed for at pålægge lægerne pligt til at føre lister over deres ordinationer og til en begrænset fratagelse af deres ordinationsret til disse stoffer. Og endelig fik vi en ny lov om disse stoffer, som vi i Danmark kalder euforiserende stoffer, og som jo i alt væsentligt svarer til *dependence-producing drugs*, i hvert fald for så vidt angår morfin og amfetaminingruppens stoffer. Herved opnåede vi det måske lidt tvivlsomme gode, at narkomanien i højere grad end tidligere blev kriminaliseret men man opnåede også dette, at godtroende læger ikke længere behøvede at lade sig tage ved næsen af pågående patienter, som ved hjælp af falske data og på anden måde opnåede uretmæssige ordinationer. Man fik en strafferamme for overtrædelse af denne lovgivning, der gik op til to år — en strafferamme, man mig bekendt aldrig har anvendt.

Da alt dette havde været i funktion i 5—10 år, lavede jeg et arbejde til WHO i 1959, hvor jeg gjorde situationen op og malede et skønsmaleri af de meget gunstige resultater, man havde opnået ved denne ændrede lovgivning. Prognosen var ifølge mit arbejde særdeles god, og det, man havde opnået, var næsten for godt. Jeg havde selv en mistanke om det, og har derfor aldrig of-

fentliggjort det. Det foreligger stadig kun som en restricted report til WHO. Ikke desto mindre skete der det, at epidemien blev bragt til ophør i den forstand, at den ikke bredte sig. Derimod må jeg nok sige, at den kreds, der blev ramt af sygdommen på det tidspunkt, stadigvæk fører en kummerlig tilværelse for en ret stor dels vedkommende, idet vore behandlingsmæssige ressourcer ikke på nogen måde fulgte trit med den administrative udvikling.

Her vil jeg gerne springe fra 1959 op til 1965 — altså op til de sidste to år, specielt det aller-
sidste, hvor vi blev opmærksomme på, at der var opstået en ny form for medicinafhængighed, som principielt adskiller sig totalt fra den gamle, for det første derved, at den rammer unge og fortrinsvis ganske unge mennesker, at den er lokaliseret til København og enkelte andre større byers område, men fortrinsvis København, og at den er udviklet med cannabis-produkter. Hvad man ellers kan mene om cannabis, så har det den ulykkelige ting ved sig, at det er et stof og en form for misbrug, der udvikler sig helt *uden lægelig kontrol*, helt uden for sundhedsmyndighedernes kontrol, og derfor står man slet ikke i den lykkelige situation, som man gjorde før i tiden, at man administrativt og lovgivningsmæssigt kan ændre dette forbrugsmønster. Jeg må sige, at det fortrinsvis er et hash-problem, et cannabis-problem. Sniffere har vi vistnok aldrig haft i Danmark og har det — mig bekendt — heller ikke endnu. Preludin er et så godt som ukendt stof i Danmark. Det findes på den danske specialitetsliste, men hvis folk ikke læser svenske aviser, og de ser en tablet, hvorpå der står trykt "P", så tror de, det er en præventions, en anti-baby-pille, som man i hvert fald ikke tager i den anledning.

I hvor høj grad cannabis-produkterne bliver misbrugt har vi diskuteret meget, men det er i denne situation uhyre vanskeligt at tælle. Vi har på fornemmelsen, at det som accidentelt fænomen hos en masse unge er uhyre udbredt, og man finder tal i størrelseordenen fra 1 000 og helt op til mange tusind. Det skal man vist ikke tage alt for tungt på. Både hos politiet og på de psykiatriske afdelinger, hos børneværnet

og andre steder tyder det på, at der trods alt er en ret betydelig resistens i befolkningen, som gør, at det hele ikke løber grassat. Det, der *bekymrer* i den forbindelse, er, at de mere alvorlige former for misbrug er knyttet til de meget passive ungdomsgrupper (subkulturer), som vi i forvejen har besvær med både at forstå og gøre noget ved. Jeg tænker specielt på den langhårede og den variation, der nu er kommet i den: pro-voerne. Opinionen i Danmark er som vel i alle nordiske lande blevet opskræmt og har foreslået mange forfærdelige ting: man skulle skærpe strafferammerne meget betydeligt, man skulle have udvidet politiet (hvilket er sket), man ville umyndiggøre rygerne, man ville inddrage deres pas, så de ikke kunne rejse till Grækenland og Tyrkiet, man ville tvangsindlægge dem til en behandling, som vi ikke vidste, hvordan vi skulle gribe an og meget andet. Måske er det allerværste i dette, at det noget hysterisk prægede offentlige initiativ hos andre måske fornuftigere, besindigere kredse har udløst en reaktion, som i mine øjne kan blive nok så farlig, nemlig at de siger, "dette er for galt", og "hvis man virkelig skal puste det op, så skal vi nok trække i den anden retning og sige, at cannabis-produkter er aldeles uskadelige", og "det bedste, vi kan gøre, er at gøre dem lovlige", og dermed får man to skarpe fronter stillet op imod hinanden, hvor man kan sige, at ingen af dem faktisk har ret.

Hvis jeg skal give tal for, hvordan det ligger med hensyn til arrestationer i København, hvor vi har vort narkotikapoliti, som i årene op til 1964—65 rådede over en styrke på mellem 3 og 5 mand, nu 10—12, da havde man af arrestationer eller afhøringer i forbindelse med euforiserende stoffer i 1962: 19 tilfælde, i 1965 havde man 53 tilfælde, og i 1966 havde man 113 tilfælde.

Disse tal er måske lidt store — det er alle de tal, vi har — men hvis man går dem kritisk igennem og koger dem ned, så bliver bundfaldet ikke så forfærdelig stort. For af disse store tal er der frem til domstolenes afgørelse kun kommet 27 tilfælde i 1965 og 16 tilfælde i 1966. Alle de andre — eller praktisk taget alle — har

været tiltalerejsninger for besiddelse af cannabis, og de er i de fleste tilfælde blevet afgjort med advarsler eller på anden lempelig måde. Derimod er der sket en tydelig forskydning i kønsfordelingen. Mens det før fortrinsvis var domineret af mænd, er der nu ca 25 % kvinder eller piger med, og gennemsnitsalderen er sunket fra langt i de fleste tilfælde at være over 21 år: i 1965 var det kun 35 %, der var under 21 år, medens det sidste år var 50 %. Hvis man ser på tallene rundt omkring, fra ungdomsklinikken i København, der behandler unge med social-psykiatriske problemer, viser det sig, at de i løbet af en 1½-årsperiode op til april 1967 kun har haft 17 klienter, der har været ude i misbrug, fortrinsvis af hash, og kun ganske enkelte har misbrugt andre stoffer. Kun to har været inde på misbrug af injektionsmedicin. Københavns børneværn har foretaget en opgørelse, hvor man også over en periode op til april i år fandt godt 30 tilfælde; men det er også et tal, der — hvis man går det nærmere efter i sømmene — skrumper ind til omkring 10 tilfælde, hvor misbruget i sig selv har været det dominerende i de adfærdsforstyrrelser, der bragte dem i forbindelse med børneværnet. Jeg ved det fra den afdeling, jeg selv arbejder på, og fra andre afdelinger, at vi i og for sig har ret store tal blandt vore unge, hvis vi spørger dem — og det har vi gjort regelmæssigt det sidste år — om de brugte disse stoffer. Det har de gjort af og til; men det har kun været en beskedent brøkdel — jeg vil regne med et sted mellem 10 og 25 %, for hvem misbruget har været et virkelig alvorligt problem.

Jeg tror, at situationen stort set ligger sådan. Overlæge Linnemann på Montebello, som har været den, der har haft de fleste indlagt, sagde dagen før, jeg rejste, at problemet i løbet af det sidste halve år nærmest havde været aftagende, at der var ved at komme en reaktion blandt de unge, at det ikke længere var mondant at brugt hash. Det er en udvikling, som vi kun kan hilse med glæde, men som vi jo ikke rigtig endnu tør tage til indtægt for en vending af situationen.

Leif Ginman:

I Finland är narkomanin ännu inte ett stort problem. Före kriget så förekom det ströfall av klassisk narkomani företrädesvis i de högre socialgrupperna, men efter kriget så fick vi en epidemi, det var närmast heroin som användes. Så småningom förbjöds heroin i Finland och då ersattes det med morfin och i början på 50-talet så ersattes morfinet med metadon och det är fortfarande det ämne som dessa klassiska narkomaner så gott som uteslutande använder.

Det är svårt att exakt uppskatta hur många narkomaner vi har, men i Helsingfors torde det röra sig om ett 100-tal klassiska narkomaner. De centralstimulerande medel som används av de klassiska narkomanerna är metedrin; andra amfetaminpreparat förekommer i någon mån medan preludin och ritalina har använts mycket litet, men som vi just hörde av dr Bejerot har en liten dotterepidemi brutit ut också i Helsingfors.

Marijuana förekommer tills vidare i Finland i ganska liten utsträckning och mest hos konstnärliga och intellektuella kretsar. LSD och andra hallucinogener torde knappast användas.

Ungdomen använder mest receptfria medel, sista tiden har de börjat använda difenhydramin-klorid, som ingår i olika hostmediciner och i åksjuketabletter och som framkallar ganska våldsamma psykoser med hallucinationer och desorientering, som går om på ett par timmar.

Det största problemet i Finland, torde vara missbruk av lugnande medel och barbiturater. Vi tycks ligga ganska mycket efter Sverige för vi har fortfarande ett visst problem med brom, bromisoval framför allt, som man får köpa receptfritt på apotek och som ger ganska tråkiga följder både psykiska och neurologiska. Det finns fall där man har kunnat konstatera bestående neurologiska förändringar, närmast cerebellär ataxi, som helt kan invalidisera patienterna. Alla barbiturater som förekommer, missbrukas i någon mån och dessutom ämnena som valamin, adinal, apronal, och i viss mån också heminevrin. Det ser ut som om missbruket skulle vara på frammarsch i Finland, speciellt hos

ungdomen. Det sker en viss nyrekrytering bland de egentlige narkomanerna, det är inte längre enbart äldre människor som använder metadon utan de senaste åren har det förekommit en del fall av personer på 17—20 år som har börjat använda dem. Och det finns ju allt skäl att befara att preludinmissbruket kommer att sprida sig till Finland.

Gunnar Inghe:

Innan vi går vidare, är det någon som vill fråga de andra diskussionsdeltagarna något? För min del vill jag ställa en fråga: I Sverige har vi ju redan en svår missbruksepidemi. Vi väntar nu också tilltagande LSD-missbruk. Vi har haft enstaka sådana fall på sjukhus, vi vet att det förekommer ett underjordiskt bruk i okänd omfattning. Vi vet att LSD har införlivats med den illegala marknadens produkter. Har man i de andra nordiska länderna känningar av att något sådant är på väg?

Karl Evang:

Da dette preparat i sin tid kom fra det sveitsiske firma Sandoz, ble det også i Norge fra psykiatrisk synsvinkel knyttet forventninger til det som et diagnostisk hjelpemiddel ved visse typer av nevroses. Man trodde jo faktisk dengang at man her hadde en snarvei til å løse hemningene, slik at man slapp å bruke de tidsrøvende og kostbare metoder for å bane seg vei til nevrotikernes underbevisste sinnsliv.

På dette grunnlaget ble preparatet registrert i Norge, men bare til bruk i psykiatriske institusjoner og hos privatpraktiserende spesialister i psykiatri. Etter de erfaringer man høstet ble bestemmelsene etter forholdsvis kort tid endret slik at middelet bare kunde brukes i psykiatriske institusjoner. Det var en tid i bruk ved flere av våre psykiatriske avdelinger og sykehus, men svarte ikke til forventningene og det er såvidt oss bekjent for tiden bare en psykiatrisk institusjon som fortsatt

bruker dette i diagnostisk-terapeutisk øyemed ved endel "hard core" nevroses. Når de andre har sluttet å bruke det, skyldes det kanskje også den store arbeidsinnsats som kreves fra det terapeutiske teams side.

Mogens Nimb:

Med hensyn til Danmark kan jeg sige, at LSD jo er velkendt, specielt i intellektuelle og pseudo-intellektuelle kredse, men om noget større misbrug tror jeg ikke, der har været tale. Fra Københavns narkotikapolitis side foreligger der oplysning fra 1966 om, at man har haft 10 sager ialt, hvor der skulle have været tale om misbrug af LSD, men man støder på den vanskelighed, at påvisningen af det er meget vanskelig, hvis man ikke direkte finder stoffet på den pågældende person. Personlig tror jeg, at antallet af LSD-misbrugere er ringe. At det dog er velkendt, kan jeg måske illustrere med en lille historie, fra Københavns kommunehospitals psykiatriske afdeling hvor man for nogen tid siden fik indlagt en ung pige, der var svært psykotisk, som man mente havde taget et centralstimulerende middel af en vis type, og man ville gerne have det identificeret, hvad man ikke kunde på det pågældende tidspunkt. Psykosen klingede meget hurtigt af, og da jeg senere forhørte mig om den unge dame, viste det sig, at hun havde taget nogle ganske uskyldige tabletter, som var mærket på samme måde som de blokke, vi har fået delt ud ved denne kongres. Der stod MSD på. Hun havde læste forkert og troede, der stod LSD.

Leif Ginman:

I Finland har vi också i någon mån använt rent experimentellt LSD på mentalsjukhus, men i mycket ringa utsträckning. Något missbruk förekommer inte ännu, men vi är inställda på att det snart skall komma. För LSD är ju ett ämne som

är väldigt lätt att syntetisera hemma och det är väldigt lätt att smugla.

Gunnar Inghe:

Jag vill fästa uppmärksamheten vid att det är inte bara så att sjukdomspanoramat på det här området växlar i olika länder. Det märklige är, att situationen är så pass olika i länder som ligger bredvid varandra och har i stort sett samma sociala struktur. Nu vet vi som epidemiologer att detta att ett sjukdomspanaroma är olika inom skilda grupper, skilda områden, skilda länder ofta kan göra det möjligt att inringa de bakomliggande orsakerna. Detta pekar kanske på en praktiskt framkombar väg för att attackera problemet. Nu har vi här faktiskt mycket stora skillnader i vissa avseenden och dessa differenser bör följaktligen vara en intressant utgångspunkt när man skall analysera problemet.

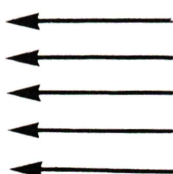
Låt oss nu övergå till att diskutera orsakssammenhengen. Karl Evang börjar.

Orsakerna till narkomani

Karl Evang:

Skal man ha noen mulighet for å sette inn effektive forebyggende tiltak, må man kjenne de faktorer som er på spill. Det skulle for så vidt være unødvendig i en forsamling som denne å minne om den lille triade som enhver epidemiolog og

Verten (The host)	Miljøet (The environment)	Det skadelige agens (The agent)
----------------------	------------------------------	------------------------------------



helseadministrator gjør klokt i alltid å ha lett tilgjengelig i sine hjerneceller.

Det eller de skadelige agens er altså i dette tilfelle de stoffer som fremkaller avhengighet ("drug dependence"). Begrepet miljø må her tas i videste mening, altså også det sosiale og mentale miljø og verten en mennesket, homo sapiens, som han av ukjente grunner kalles.

Når det gjelder vårt problem, tiltak for å forebygge eller begrense narkotikamisbruket, finner vi årsakskomponenter i alle disse tre ledd. Hvis vi begynner med det enkleste, det skadelige agens, er jo situasjonen dessverre karakterisert ved at antallet av slike agens stadig øker. Det produseres stadig nye slike agens, særlig innenfor gruppen syntetiske legemidler (smertestillende, beroligende, søvngivende og stimulerende) og vi lever under et sterkt press fra legemiddel firmaene som med fremragende dyktighet søker å presse salget opp. Man har i flere land nær sagt nådd det trinn at de fleste mennesker mener at de for sin helses skyld til stadighet bør bruke ett eller flere legemidler. Det er dessverre også grunn til å minne om at det ofte går lang tid før den avhengighetskapende virkning blir oppdaget, for barbiturate-nes vedkommende 10—15 år.

Gjennom adskillig tid hersket jo også det syn at man med hell kunne behandle alkoholikere med barbiturater til tross for at avhengighet av alkohol- og barbiturattypen jo nærmest er parallele. Den avhenginge skifter i virkeligheten forholdsvis lett over fra det ene stoff til det annet.

Det annet bekymringsfulle trekk i dagens situasjon, er at det foregår en bevisst utveksling av slike skadelige agens fra den ene kulturkrets til den annen. Gjennom århundreder var jo de forskjellige vanedannende rusmidler knyttet til bestemte områder av jorden. Bruken var tildels sterkt lokalt bestemt, særlig ut fra geografiske og klimatiske forhold: coca i Syd-Amerika fordi coca-busken vokste i Andes-fjellene, cath i Midt-Østen fordi cath vokste i fjellene der, opium i de tropiske og subtropiske strøk. På våre breddegrader hvor intet av dette vokste ble det vindruen som ga vårt utbredte og i stor utstrekning sosialt aksepterte rusmiddel alkohol. Det særpregete ved