

Preventiva åtgärder

Gunnar Inghe:

Nu borde vi gå över till preventionen. Vi har nu lagt en bas för den diskussionen. Under tiden har det kommit en del frågor till panelen som emellertid är så allmänt formulerade så jag inte vet var man skall stoppa in dem i diskussionen. Och med ordförandens rätt tänker jag att låta flertalet ligga (skratt). Jag föreslår alltså att vi nu börjar diskutera de preventiva åtgärder som kan tänkas vara möjliga.

Vi har här fått fram en hel rad trådar i orsaksväven, vi har förändringarna av missbruksmönstret och den rikligare tillgången på olika sorters preparat. Vi har den organisation av distributörer och försäljare som Evang har beskrivit och som systematiskt försöker vidga marknaden. Vi har för att använda Bejerots terminologi olika typer av etablerade narkomanier, ibland också genom läkarförskrivning. Och vi har slutligen de utomordentligt viktiga frågor, som har med förändringarna av världen att göra, vilket Evang berörde i sin beskrivning av situationen för ungdomen av i dag. Alla dessa faktorer är naturligtvis viktiga i sammanhanget men jag föreställer mig att det behövs radikalt olika åtgärder för att motverka den ena resp. den andra orsaksfaktorn. Vem i panelen vill börja?

Karl Evang:

Hvis vi tar for oss vårt skjema igjen:

Agens miljø vert,
er det visse retningslinjer for profylaksen som er ganske klare:

Antallet agens må innskrenkes til det minst mulige. Obsolete midler som beveger seg i den legale omsetning må snarest mulig fjernes. Den vanedannende effekt hos analgetika, ataraxica, stimulantia o.s.v. må snarest mulig erkjennes og såvel nasjonalt som internasjonalt er det jo systemer igang med dette for øye.

Alle vanedannende og avhengighetsskapende midler må gjøres så vanskelig tilgjengelig som overhodet forenlig med deres medisinske nødvendighet. Restriksjoner og begrensninger i tilgangen må i det hele gjennomføres konsekvent. De som lefler med begreper som i liberalitet og frihet i denne forbindelse bør minnes om at de yrkesgrupper som har lettere tilgang på disse midler leverer en prosentvis meget høy andel av våre narkotikere. Dette skjer altså til tross for at nettopp leger, tannleger, sykepleiere og andre innen helsetjenesten ut fra sine kunnskaper og sin erfaring skulle ha særlig sterke hemninger mot å henfalle til narkotika. Hvordan ville situasjonen bli om disse midler var like lett tilgjengelige i andre befolkningsgrupper?

Når det gjelder miljøsektoren, bør vi etter mitt skjønn først ta kontakt med nøkkelpersonell, d.v.s. leger og annet medisinsk personell. Her må helt fra den første tid innarbeides en ganske annen respekt for de avhengighetsskapende midler enn den som eksisterer idag. Den annen gruppe av nøkkelpersonell er politiet. Det hersker såvidt jeg forstår i Danmark og også i Norge et fullt tillitsforhold til politiet og behandlingssynspunktet fremfor straffesynspunktet er også akseptert der. Når det gjelder de spesielle ungdomsproblemer består jo vanskeligheten først og fremst deri at de som f.eks. bruker marihuana jo ikke oppfatter seg som lidende av noen sykdom og de har ingen helbredelsesbehov. Hvis de kan sies å lide av noe er det i første rekke av en livsfilosofi som kutter dem ut av det samfunn de lever i. Den tredje gruppe nøkkelpersonell er lærere og andre skolefolk, og derved er vi inne på spørsmålet om hvordan opplysningsarbeidet bør legges an. Når det gjelder muligheten for å påvirke de unge kadre, må man være fullt oppmerksom på heterogeniteten. Her har vi å gjøre med fra de mest verdifulle blandt ungdommen til de mindre verdifulle typene. Særlig tragisk er kanskje den sensitive, høyt begavete ungdom hvis toleranseterskel for denne verdens brutalitet er mindre enn hos andre, og som enten — hvis miljøet er gunstig — kan utvikle seg til en av de store ledere, men som i motsatt fall kan gå til grunne.

Personlig har jeg oppdaget, særlig i diskusjon med ungdommen, at det er to feil vi eldre i vår

kontakt med ungdommen ofte lar oss forlede til. Den ene er en apologetisk innstilling som går alt for langt i forhold til det samfunn vi selv har vært med på å skape. Vi er her altfor tilbøyelige til å ville berolige ungdommen, til å akseptere eller bortforklare misforhold, maktovergrep og brutalitet. Det annet er at vi eldre, som jo ofte selv er meget imponert over hva vår generasjon vitenskapelig og teknisk har prestert, har lett for å henfalle til å fortelle ungdommen om alt vi vet, men dette er ungdommen lite interessert i. Den er derimot interessert i alt vi ikke vet, og når det kommer till stykket er det jo svært meget mere vi ikke vet enn det vi vet. Jeg har undertiden gjort det eksperiment i yngre forsamlinger å gi en oversikt over det vi ikke vet idag, og da lysner ansiktene opp. Dette er bare noen små antydninger, men jeg tror det må legges meget arbeid i å finne kontaktpunkter. Jeg er ikke enig i det syn at all opplysningsvirksomhet er reklame for bruk av narkotika, men jeg er bestemt av den oppfatning at en generell opplysningskampanje bør begrenses og at man bør ta sikte på dels å nå frem til nøkkelpersonale, dels også til ungdommen i områder hvor problemet allerede eksisterer.

Gunnar Inghe:

Innan ordet går vidare i panelen har Bengt Lindberg bett att få komma med ett förslag.

Bengt Lindberg:

Vi har ju också i Göteborg haft allvarlig kännning av det aktuella narkotikaproblemet. Några kolleger i Göteborg, bl.a. prof. Forssman och kongresspresidenten prof. Lindegård, har stimulerat mig att föreslå att här ta upp frågan om möjligheten och lämpligheten av ett kongressuttalande om narkotikabekämpandet. Ett sådant kongressuttalande skulle kunna innebära ett betydelsefullt och auktoritativt bidrag till strävandena att skingra många felaktiga föreställningar och neutralisera effekten av osaklig propaganda, som

alltid har benägenhet att smyga sig in i sådana affektladdade frågor.

Vi hade tänkt oss att uttalandet skulle ta sikte på de mest väsentliga och aktuella frågorna och helt lämna åsido kontroversiella detaljspörsmål.

Det preliminära förslagsutkastet, som överlämnas till panelen för eventuella åtgärder lyder:

"Narkotikaproblemet i vidaste bemärkelse har blivit alltmer allvarligt. Från att tidigare ha berört vissa exklusiva kretsar tenderar olika slags narkomanier att utbreda sig och utgör nu en fara speciellt för ungdomen. Kongressen vill särskilt fästa uppmärksamheten på riskerna av epidemisk spridning. I kampen mot den starkt tilltagande narkomanitendensen måste främsta åtgärden vara avlägsnandet av smittämnen."

Gunnar Inghe:

Vi är väl inte beredda att nu avbryta meningsutbytet för att diskutera detta förslag, men panelen kan överlägga efteråt och eventuellt komma med ett förslag till generalförsamlingen¹⁾. Skall vi göra så? (Ja) Då förklarar jag ordet fritt.

Nils Bejerot:

Den modell som Evang introducerade, den klassiska epidemibekämpningsmodellen, är den som man skall ha för ögonen när man angriper narkomanin som massföreteelse:

- a) Agens
- b) Smittvägar
- c) Mottaglighet — resistens — "vaccination"
- d) Behandling av de sjuka
- e) Isolering och långtidsvård av kroniska smittspridare.

Man kan hävda att varje form av väletablerad narkomani är en både för individen och samhället allvarlig sjukdom. Vi vet att alla nar-

¹⁾ Då panelen icke ansåg sig kunna tillstyrka att kongressen uttalade sig i narkotikafrågan togs förslaget senare tillbaka.

komaniformer, oavsett missbruksmedel och social-medicensk genes, är mycket svårbehandlade, ibland nästan helt terapiresistenta. Även en så enkel, banal och benign form av toxikomani som nikotinismen visar ju som bekant en påfallande terapiresistens. Eftersom nikotinismens skadeverkningar främst ligger på det individuella planet skall vi inte aktualisera den i det här sammanhanget. Det är emellertid viktigt att erinra sig att alla former av giftberoende utgör svårbehandlade tillstånd.

Nästa steg i resonemanget blir då följande: Om vi har en sjukdom som dels är allvarlig för individen och för samhället, dels är höggradigt terapiresistent, då måste *huvudkraften sättas in på preventionen*. Då är det i princip viktigare att syssla med preventiva åtgärder än att behandla de redan sjuka. Detta kan vid första påseende låta cyniskt, men man måste se realistiskt på problemet: de sjuka är påfallande terapiresistenta och vårdresurserna är som bekant ytterligt begränsade; kanske kan man med mindre insatser förebygga tusen nya fall av epidemisk narkomani att uppstå än det skulle fordras att bota tio redan kroniserade fall. Eftersom resurserna inom det psykiatriska vårdområdet är katastrofalt underdimensionerade är *ett väl genomtänkt och beslutsamt genomfört preventionsprogram fullständigt avgörande för den fortsatta epidemikämpningen*. För narkomanvårdskommitténs del hade det exempelvis varit riktigare att försöka börja nysta upp problemet från denna ända i stället för att ägna ett par år åt diskussioner kring mer eller mindre fiktiva behandlingsprogram.

Agens har vi tidigare berört här. Att praktiskt taget helt eliminera centralstimulantia ur medicinsk praxis (förutom vid narkolepsibehandling) vore det radikalaste medlet. Efter den linjen gick man fram när man nedkämpade den japanska massepidemin i början av femtiotalet, då man hade över en halv miljon amfetaminister i Japan, och jag vill föreslå detsamma för vårt vidkommande. För opiaternas del syns ersättningsmedel med väsentligt lägre tillväjningsrisk snart kunna avlösa de gamla preparaten över hela linjen.

Vad spridningsvägarna för agens beträffar gäller det för hälsovårdsmyndigheterna att dels genom en smidig, fortlöpande bevakning av läkarnas förskrivningspraxis dämpa eller eliminera inadekvata och lättsinniga rutinförskrivningar av olika former av psykofarmaka, dels genom kontrollorganen nedbringa den illegala handeln, importen och distributionen till ett minimum, likaså givetvis den illegala produktionen. För preventionsprogrammets skull gäller det också att komma till rätta med vissa halvfabrikat och liknande substanser, som ligger till grund för exempelvis illegal amfetamintillverkning. Enbart i Sverige finns det i den kriminella populationen ett par dussin personer, som är väl förtrogna med amfetaminframställning, om de har tillgång till grundsubstanserna. Någon nämnde att det var mycket lätt att också tillverka LSD under amatörmässiga betingelser: detta gäller endast om man har tillgång till lysergsyra för vidare kemisk bearbetning. Men om den grundsubstansen elimineras blir LSD-tillverkningen en mycket komplicerad procedur som amatörer inte går i land med.

Det gäller alltså att komma åt huvudvägarna för den inadekvata läkemedelsspridningen, dels genom att få läkarkåren att inse behovet av strängare indikationer i förskrivningspraxis, dels genom att följa upp detta med en kontinuerlig kontroll på det sätt som man har gjort i Danmark. Jag tror att det danska systemet kommer att vinna internationell ryktbarhet för sin smidiga utformning och höga effektivitet, och det kommer sannolikt att få många efterföljare i andra länder. Jag vill ytterligare understryka och komplettera den presentation av det danska systemet, som Nimb redan givit. Sommaren 1966 studerade jag under ett par dagar den danska Sundhedsstyrelsens bevakningssystem, som är utomordentligt imponerande.

Omedelbart efter kriget förekom amfetaminmissbruk i stor utsträckning både i Danmark och i Sverige. I vårt land gjorde myndigheterna praktiskt taget ingenting åt saken; i Danmark startade man 1948 en undersökning av läkarnas förskrivningspraxis beträffande amfetaminer och klassiska narkotika. Man lät samla in alla nar-

kotikarecept i Danmark och blev på det klara med att man hade ett stort antal svåra amfetaminmissbrukare och — vad som var ännu allvarigare — man hade ett stort antal läkare med påfallande lättsinnig förskrivningspraxis. Situationen befanns vara så alarmerande att man redan 1950 inledde en fortlöpande, ytterst noggrann bevakning av hela förskrivningsverksamheten beträffande euforiserande medel.

På särskilda blanketter rapporterar apoteken månadsvis alla förskrivningar av euforiserande medel, dvs klassiska narkotika och centralstimulantia. För Stor-Köpenhamns del granskades listorna vid Sundhedsstyrelsen, ute i landet av amtsläkarna. Vid Sundhedsstyrelsen leds det dagliga arbetet av en byråläkare, som har en rutinerad assistent som medhjälpare. Denne tjänsteman, som har varit med och byggt upp registret från början, har förskaffat sig en enorm personkännedom om danska läkare och läkemedelsmissbrukare. Han extraherar ur apotekslistorna alla suspecta missbruksfall och alla fall av till synes lättsinniga eller egendomliga förskrivningar. Byråläkaren tar sedan i förekommande fall telefonkontakt med vederbörande kollega och diskuterar den aktuella förskrivningen eller informerar om att ifrågavarande patient är en välkänd narkoman, som vandrar runt och skaffar sig förskrivningar på oriktiga uppgifter. På rent administrativ väg har man således lyckats få en mycket god kontroll över hela detta område. I Danmark känner Sundhedsstyrelsen mycket väl alla läkare med påfallande liberal förskrivningspraxis vad beträffar narkotiska preparat och praktiskt taget alla etablerade missbrukare av amfetamin och klassiska narkotika.

I ett tiotal fall har myndigheterna varit tvungna att dra in all förskrivningsrätt, i ett sextiotal fall har man fått inskränka förskrivningsrätten. Kontrollåtgärderna och inskränkningarna är av varierande grad allt efter omständigheterna. Det första steget är en upplysning om faktiska förhållanden beträffande den aktuella patienten, medlets tillvänjningsrisker etc. Nästa steg är en *anmaning*, en vänlig kollegial anmaning att iaktta bestämmelserna i Sundhedsstyrelsens cirkulär

om eufomanibekämpning av 1956. Först i tredje hand kommer en *varning* och ett *föreläggande* att tills vidare på särskilda listor föra upp varje narkotikaförskrivning, både till patienter och för in-manu-medici-användning. Listorna skall månadsvis sändas till Sundhedsstyrelsen där de kontrolleras noga mot apotekens expeditionslistor. Om även denna åtgärd visar sig otillräcklig blir följden att man inskränker förskrivningsrätten. När Sundhedsstyrelsen diskuterar denna fråga med de läkare, som ofta brukar ha en påfallande hög in-manu-medici-förskrivning, visar det sig att dessa nästan undantagslöst hänvisar till att "hustrun har en onormalt hög förbrukning". I många fall är detta också riktigt; vanligare är dock att det är fråga om egen narkotikaförbrukning i dessa fall.

Läkaren brukar föreläggas att i fortsättningen inte skriva ut narkotika utan någon kollega skall i fortsättningen "sköta hustrun". Som regel brukar det räcka med detta för att få utvecklingen under kontroll, men i enstaka fall tvingas man gå längre och helt dra in förskrivningsrätten på obestämd tid.

Resultatet av denna fortlöpande bevakning har varit utomordentligt gott. Däremot är förstås marihuanaepidemin, som drabbat Danmark såväl som andra västeuropeiska länder, ett problem av helt annan typ.

Sundhedsstyrelsens erfarenheter av det hos olika läkare kringvandrande narkomanklientelet är synnerligen intressant och värt att i korthet beröra även i preventionssammanhang. Om det finns några pressmän här ber jag dem att i dags- och populärpress eller andra massmedia inte återge vad jag nu berättar.

För läkaren är det av betydelse att kunna identifiera de kringvandrande narkomanerna för att därigenom dämpa utflödet och utbudet av narkotika i samhället. De personer som ofta uppträder under falsk identitet igenkänns av Sundhedsstyrelsen på att den falska identiteten alltid är lagbunden på något sätt — beträffande namn, typ, födelsedatum etc. Som regel har varje narkoman också en starkt markerad preparatpreferens och kan i vissa fall identifieras främst på

grund av ett unikt eller ovanligt preparatbegär. Karakteristisk är också den påfallande konstanta historia som levereras vid läkarbesöket. Det gäller antingen att den läkare som skött patienten tidigare är bortrest, att han nyligen avlidit, att patienten är på tillfällig genomresa eller liknande, och samma historia upprepas gång på gång.

Identifieringen underlättas alltså av den speciella narkomanprofilen (typ av falsk identitet, preparatpreferens, uppgivna omständigheter) och det faktum att det syns vara ett mycket begränsat antal falska data som folk klarar att hålla i huvudet samtidigt. På det sättet kan man med litet pusselarbete spåra samma narkoman under de olika identiteterna. Sundhedsstyrelsen kan demonstrera ett paradfall, en kvinna i 25-årsåldern, som man lyckats spåra under 300 olika falska identiteter.

I och med denna noggranna uppföljning av narkotikaförskrivningarna uppstår en sådan konstant knapphet på preparat att sekundärspridning kring de etablerade narkomanerna blir sällsynt. Vad missbrukarna kan komma över använder de själva, de bjuder ogärna andra och det blir ett mycket obetydligt preparatutbud på den svarta marknaden.

I Danmark ämnar man nu övergå till automatisk databehandling av alla narkotikarecept, och det är ingen tvekan om att vi också i Sverige antligen måste bygga upp ett system i likhet med det danska. Visserligen kommer vi inte åt den aktuella massepidemin av missbruk av centralstimulantia med den här metoden, eftersom epidemin numera helt försörjs genom den illegala marknaden, men vi har en rad andra missbruk under utveckling. Det är exempelvis redan populärt bland ungdomar i Stockholm att spruta barbiturater intravenöst, och flera nya preparattyper har också blivit begärliga. Denna bevakningsmetod måste därför oundgängligen komma även i Sverige; det är bara att beklaga att den kommer 15—20 år för sent.

Det finns anledning att också nämna någonting om vårdaspekterna, även om vi inte skall diskutera vård här idag utan prevention. Men problemen går över i varandra, och en oriktigt upp-

lagd och genomförd vård medför allvarlig risk för sekundärspridning kring vårdfallen. Jag skulle vilja ta fem minuter av kongressens tid i anspråk för att reda upp vissa förvirrande begrepp på det här området. Det gäller, som alla förstår, frågan om förskrivningar av narkotika till narkomaner för självmedicinering och vad som kan inträffa i det sammanhanget.

För att få ett riktigt historiskt perspektiv på de här problemen måste man gå tillbaka till tiden före första världskriget. I USA såldes då narkotiska preparat fritt i drug stores, och vem som helst kunde köpa exempelvis morfin för självmedicinering. Resultatet av detta hade blivit att uppskattningsvis ett par hundra tusen personer, mest kvinnor, hade blivit svårt narkomaniserade. Att kvinnorna var starkt överrepresenterade berodde på att det vid denna tid var vanligt att använda olika former av opiater mot menstruationssmärter; eftersom dessa tenderar att återkomma hade en tillvänjningsmekanism inträtt och toleransstegring utvecklats på vanligt sätt. Särskilt snabbt gick förloppet när folk hade börjat använda morfin mot tandvärk, huvudvärk och andra ofta återkommande smärttillstånd eller mot kroniska besvär av exempelvis reumatisk karaktär. Ett mycket stort antal människor hade alltså oförmodat och aningslöst blivit narkomaniserade under huskursmedicinering och var sedan piskade att kontinuerligt använda opiater även sedan de ursprungliga smärttillstånden eventuellt hade upphört. Från försök i Lexington vet vi att flertalet morfinister, som under försöksbetingelser fått fri tillgång till morfin, blivit mycket sjuka. Det uppges också att dessa amerikanska kvinnors tillstånd var utomordentligt miserabelt. Dessutom hade man enligt Lichtenstein (1914) redan vid denna tidpunkt fått ett begynnande missbruk av morfin, heroin och kokain i kriminella kretsar, i betydande utsträckning redan i form av subkutana injektioner. Dessa missförhållanden ledde till att man 1914 införde en lag, The Harrison Act, som blivit mycket omdiskuterad.

Som så ofta i amerikansk lagstiftning blev det en tvär kastning från en ytterligt liberal bedömning till en mycket restriktiv. Efter en övergångs-

period av nio år hade man kriminaliserat praktiskt taget all befattning med narkotika utanför en snäv medicinsk användning vid akuta smärttillstånd etc. Situationen var alltså att man hade ett par hundra tusen svårt morfinsjuka personer, mest medelålders kvinnor men i begynnande utsträckning även yngre kriminella män, som intensivt efterlängtrade sitt gift, och det fanns asociala kretsar som tidigt insåg att en profitabel marknad för illegal handel hade skapats. Redan från början spelade sydeuropeiska maffiaintressenter en framträdande roll i den amerikanska opiat-handeln.

De medelålders kvinnorna blev så småningom äldre och gick slutligen i graven med sin narkomani. Då förändrades också snabbt hela sjukdomspanoramats. De yngre asociala och kriminella männen, som drogs in i den illegala handelsapparaten, var i stor utsträckning själva missbrukare, och det blev i första hand kring dessa kretsar som narkomanerna i fortsättningen kom att rekryteras. Sjukdomen hade alltså ändrat karaktär: i stället för hundratusentals autoetablerade singelfall och en begynnande missbruks-epidemi i kriminella kretsar uppstod en massepidemi, som således kom att drabba en helt annan typ av människor än de gamla huskursnarkomanerna. *Ur socialmedicinsk synpunkt var det i princip en helt annan sjukdom som nu uppträdde som massfenomen.*

Under perioden 1919—23 gjorde man vid ett antal dispensärer i USA omfattande försök med att förskriva narkotika på recept till personer som var opiatberoende, både till gamla autoetablerade singelfall och till dem som blivit narkomaniserade genom den begynnande epidemiska spridningen i nya befolkningsgrupper. (Att det här är fråga om två principiellt skilda sjukdomsformer ur generisk synpunkt har såvitt jag kan se ännu 1967 inte uppmärksamrats i den internationella facklitteraturen.) Försöken misslyckades, delvis på grund av att många patienter missbrukade förtroendet och sålde preparat till folk som inte var narkomaner. Även personer som aldrig varit narkomaner hade — med tanke på den begynnande svarta-börsen — låtit registrera

sig och erhöll legal tilldelning. Myndigheterna fick inte någon kontroll över utvecklingen, metoden kom i vanrykte och 1923 stängdes alla dispensärerna slutligen genom ett dekret från Washington. Detta torde ha medfört att den illegala handeln snabbt sköt fart i ännu högre grad än tidigare. Efter en tid hade man glömt svårigheterna med de första narkomandispensärerna, och nya behandlingsförsök av den här typen gjordes senare. Alla försöken misslyckades av samma skäl som tidigare, nämligen att åtskilliga av de kroniserade morfinisterna-heroinisterna överlät eller sålde av sina preparattilldelningar och spred sjukdomen till personer som tidigare inte varit narkomaner.

Den restriktiva politiken enligt Harrison Act har hela tiden bibehållits i Amerika, och lagstiftningen har successivt skärpts. Prognosen vid väletablerad opiatnarkomani är som regel dålig och patienten tenderar att ideligen återfalla. Sedan 1935 tas de genom olika brott, även narkotikabrott, omhändertagna narkomanerna in på stora specialsjukhus i Lexington och Fort Worth, ofta ett år åt gången. Några månader efter utskrivningen har enligt flera undersökningar 70—80 procent återfallit och tas då som regel in för ett års behandling igen osv.

Även om man med fog kan hävda att detta individuellt sett är en inhuman behandling måste man konstatera att den repressiva politiken trots många och svåra komplikationer generellt sett syns ha varit relativt framgångsrik och nedbringat antalet heroinister och morfinister till mellan hälften och en tredjedel (i relation till befolkningsutvecklingen) jämfört med tiden före 1914 och Harrison Act. Också i Honkong, där man fört en liknande restriktiv politik, är medelåldern för de genom tvångsomhändertagande behandlade narkomanerna enligt Hess (1965) 45 år, och få nyetablerade fall rapporteras i de yngre ålderna.

Alltnog, som i viss mån en reaktion mot den restriktiva behandlingsprincipen i Amerika utvecklade sig "the British system", som strängt taget inte är något system utan en princip. Engelsk praxis baserar sig på Rolleston Act av

1926, en lag som medger varje engelsk läkare rätt att efter eget gottfinnande skriva ut de mängder narkotika till den patient han finner för gott, allt enligt läkarens eget omdöme.

Före kriget syns den engelska läkarkåren ha varit ungefär lika restriktiv i detta avseende som den svenska, och den heroinism och kokainism man hade i England före kriget var starkt knuten till de medicinska professionerna och till äldre sjömän. Något i egentlig mening epidemiskt narkotikamissbruk syns man inte ha haft före kriget. 1959 inledde en kvinnlig psykiater, Lady Frankau, behandling av ett halvdussin invandrade kanadensiska heroinister med legala förskrivningar. Dessa nya fall var uppenbarligen av epidemisk typ; inte minst deras invandring i grupp tyder på detta.

1965 introducerade jag begreppet epidemisk narkomani och gav detta en avgränsad innebörd. Tidigare hade termer som "narkotikaepidemi" etc av och till förekommit för att beteckna likheten, analogin, med klassiska epidemier. Såvitt jag kan se har dock ingen försökt påvisa att det inte endast är fråga om en analogi utan att det verkligen är fråga om *speciella, väl avgränsade, karakteristiska sjukdomsgrupper av narkomani av i princip smittsam, epidemisk form*, även om smittämnet är av annan typ än de traditionella mikroberna. Detta innebär givetvis en utvidgning av det traditionella smittbegreppet men kolliderar inte med det anglosaxiska språkbrukets vida epidemibegrepp. — Lady Frankau bör därför kanske inte lastas för att hon inte insåg att hennes nya narkomaner led av en principiellt annan sjukdom än de autoetablerade eller iatrogena fall hon tidigare varit bekant med.

Erfarna psykiatrer insåg dock omedelbart det orealistiska i behandlingsprojektet, återopade de tidigare misslyckade försöken i USA och betonade särskilt den höga risken för sekundärspridning. Men de primära resultaten av Lady Frankaus behandlingsverksamhet rapporterades som gynnsamma. Flera i gruppen hade kommit igång i ordnat arbete och kommit ifrån tidigare kriminell aktivitet; många narkomaner känner sig som bekant piskade att stjäla ihop för 300—400 kro-

nar per dag för att underhålla sitt missbruk etc.

Lady Frankaus behandlingsresultat tedde sig i inledningsskedet så gynnsamma att de komplikationer man tidigt kunde spåra helt föll i bakgrunden. Redan 1961 kände man dock till åtskilliga nya sekundärfall kring primärgruppen. Den interdepartementala kommittén under Lord Brain, som avgav sin första rapport 1961 och skildrade läget då, nämnde också dessa tendenser men föreslog att man tills vidare skulle experimentera.

De sista två åren innan en motsvarande "försöksverksamhet" startade i Sverige var den engelska fackpressen överfylld av rapporter om allvarlig sekundärspridning kring de legala förskrivningarna. Särskilt Lancet hade en mängd korrespondenser kring detta. Jag erinrar mig ett fall där en 19-årig flicka under loppet av ett år som "legal" narkoman hade smittat ned elva andra personer i heroinism; dessa hade sedan blivit registrerade i sin tur och fick därefter egna förskrivningar. Ett stort antal av dessa heroinister använder en del själv och lever flott och arbetsfritt på försäljning av det övriga partiet. 1964 rapporterade Lady Frankau själv att hon misslyckats med de patienter som haft en primär kriminell aktivitet, dvs varit kriminellt aktiva före missbruksdebuten. Enbart detta borde ha varit en tankeställare för berörda parter innan man drog igång "försöksverksamheten" i Stockholm med legal förskrivning till betydligt över hundra personer av vilka minst en tredjedel var grovt kriminellt belastade redan innan de blev narkomaner.

I sin andra rapport, som kom 1965, påpekade Brain-kommittén det ohållbara i denna behandlingspraxis. *Sedan 1959 då Lady Frankau och ett halvdussin andra läkare började förskriva heroin till epidemiskt smittade heroinister har heroinismen i England i de aktiva debutåldrarna mellan 20 och 34 år ökat med 50 procent per år. I åldrarna under 20 år, där man tidigare inte haft någon heroinism alls i England, fick man strax efter behandlingsstarten några enstaka fall, och därefter har frekvensen mer än fördubblats varje år! Nu försöker de engelska myndigheter-*

na på något sätt komma till rätta med det besvärliga läge, som okritiska läkare försatt dem i.

När man för två år sedan från medicinalstyrelsens sida gav en in-blanco-fullmakt för en liknande verksamhet här i Sverige kunde man alltså med till visshet gränsande sannolikhet säga att detta skulle gå galet även här, och jag framförde också detta i Läkartidningen (nr 50, 1965). Utvecklingen har sedan visat att det tyvärr gick ännu sämre än jag hade fruktat.

Kring de i Stockholm och Göteborg behandlade narkomanerna, som nästan uteslutande tycks lida av narkomani av epidemisk typ, inträdde tidigt ett betydande läckage av narkotika till andra friska och sjuka och till svarta-börsen. Huvudparten av dessa patienter har inte varit i ordnat arbete, trots att detta uppgavs vara huvudsyftet med behandlingen. Flertalet patienter var hänvisade till inkomster från sjukpenning och socialhjälp. Samtidigt som de förmodades leva på denna ekonomiska nivå erhöll många av dem narkotikakvantiteter som på svartabörsmarknaden representerade värden av mellan 5 000 och 10 000 kronor per månad. Då man betänker att en betydande del av patienterna var primärt kriminella vill jag **beteckna** dessa narkotikaförskrivningar för självmedicinering som ett lättsinne på gränsen till anstiftan av brott. Det omfattande narkotikaläckaget har objektivt verifierats vid en intervjuundersökning med 500 av stockholmspolisens gripna personer, varav hälften var intravenösa medicinmissbrukare.

De mycket omskrivna "fallande doserna" kom snabbt av sig och ersattes med en inverterad behandlingsfilosofi, som i praktiken gick ut på att patienterna själva fick bestämma sin narkotikatilldelning. Många i behandlingsgruppen blev svårt sjuka av det intensiva missbruk som blev följden av den rikliga tillgången på narkotika. Som akutkonsult hos polisen under nätter och veckoslut har jag skrivit vårdattester och vårdintyg för minst ett dussintal av dessa patienter, som fått svåra amfetaminpsykosor på grund av långvarig och intensiv överdosering. Därtill kommer att de patienter i denna behandlingsgrupp, som på grund av olika egendomsbrott etc införts

till kriminalpolisen under behandlingsperioden, genomgående varit mera sjuka och nedknarkade än de "illegala" narkomanerna, som inte haft tillgång till narkotika i sådana kvantiteter. Ett huvudskäl för förskrivningarna var ju också den föreställningen att patienterna skulle lämna sin kriminella aktivitet, om de bara fick fri tillgång till narkotika. En tredjedel av patienterna har gripits av polisen under sina respektive behandlingsperioder, huvudsakligen på grund av olika former av egendomsbrott.

Den kanske allvarligaste komplikationen av denna medicinskt och socialt gravt inadekvata verksamhet har varit den massiva felinformation, som de för verksamheten närmast ansvariga initierat och som sedan odlats till en mindre kult i snart sagt alla massmedia. Detta har medfört att det blivit nästan omöjligt att behandla narkomaner på ett adekvat sätt. Här har Medicinalstyrelsen ett tungt ansvar att bära, då man lät verksamheten pågå så länge på detta sätt trots de många larmrapporter som inkom från olika håll. Särskilt oroande är också att flera yngre kolleger, som inte känner till problematikens historiska bakgrund och inte är särskilt förtrogna med narkomanibehandling, har fallit offer för propagandan i TV och populärpress och liksom narkomanerna själva tror att detta är en korrekt metod för narkomanibehandling.

Personligen har jag sett en rad sekundärfall uppstå kring dessa behandlingsfall, och morfinismen torde aldrig ha haft en så snabb spridning i Sverige som de senaste två åren. Här skall vi återknyta till vårt huvudtema prevention: Man får alltså inte sköta narkomanibehandling på ett sådant sätt att man etablerar fler nya fall än dem man till äventyrs skulle råka bota.

För att undvika missförstånd vill jag avslutningsvis betona en principiell inställning: Vi vet att det finns kroniska missbrukare som ideligen återfaller, vad man än gör med dem. Där bör man liksom i andra sammanhang vara realistisk och efter omsorgsfull prövning (vid psykiatrisk klinik) slutligen kunna resignera och också i praktiken acceptera missbrukets kroniska karaktär. Men vad man inte bör göra är att förskriva nar-

kotika för självadministrering när det gäller narkomani av epidemisk typ: här *måste* medlen ges av behandlingspersonal vid toxikomanipolikliniker eller liknande. Doles & Nyswander har utarbetat en metod för ambulant behandling av heroinister med peroral tillförsel av det långtidsverkande morfinersättningsmedlet metadon. De preliminära rapporterna har varit uppmuntrande, och författaren rapporterar att de hittills fått 400 heroinister i New York att fungera socialt genom att de varje morgon får komma och dricka en bägare med metadon upplöst i saft. Även om det är fråga om en speciellt gynnsam patientselektion förefaller behandlingen löftesrik.

Hittills har det inte funnits någon motsvarande behandlingsmetod för de kroniska amfetaministerna, och det är ju dessa som utgör vårt största behandlingsmetod för de kroniska amfetaminister som praktiskt taget inte kan hålla sig vakna om de inte får sin dagliga dos amfetamin, i varje fall inte under den första abstinensveckan då jag haft tillfälle att studera dem på arrestavdelningen. Det är troligt att denna reaktiva sänkning av vakenhetsgraden skulle kunna elimineras genom en längre vårdperiod (i narkomanivård betyder det minst ett halvår), men dessa patienter slår till varje pris vakt om sitt missbruk och man torde få räkna med återfall oavsett vilka behandlingsmetoder som används.

Jag tror att man bör försöka ta sig an dessa kroniker med en behandlingsmetod liknande den Doles & Nyswander utarbetat för heroinisterna. Amfetaminerna är emellertid utpräglade korttidsverkande med effekter som endast sträcker sig över några timmar, varefter medlet åter måste tillföras. För att undvika den förödande självmedicineringen och eliminera den med självmedicineringen intimt förbundna smittspridningen, tror jag att man bör försöka få fram en dragering av amfetaminer i duretteform. Även de kroniska amfetaministerna skulle på detta sätt kunna få en dagsdos varje morgon vid någon behandlingscentral, hos distriktsläkaren eller sköterskan på arbetsplatsen. Givetvis måste indikationer och former för en sådan behandling utarbetas noggrant.

Sammanfattningsvis tror jag man kan hävda att man som regel aldrig bör släppa ut narkotiska preparat för självmedicinering till personer som lider av en narkomani av epidemisk typ. Detta bör nog vara en grundprincip både för behandling och prevention.

Karl Evang:

Om den meget viktige kilde — den legale forskrivning — la meg bare si at vi i Norge praktiserer omtrent det samme system som danskene og har gjort det uten å behøve å innføre noen ny lovgivning. I de senere år har vi gjennomgående måttet ta opp saken om ukritisk forskrivning med mellom 40 og 50 leger. For noen år siden ble opprettet et eget råd bestående av to dommere og to praktiserende leger, som har myndighet til for et bestemt tidsrom å frata en lege retten til forskrivning av ett eller flere av disse stoffer.

Når det gjelder pasientene kan vi såsnart det er på det rene at en pasient misbruker narkotika, sirkulere til samtlige apotek og samtlige leger i nedslagsfeltene opplysninger om denne pasient. Samtidig søker vi å finne frem til en enkelt lege som er villig til å påta seg behandlingen av denne narkomane. Dette er ikke alltid lett, og i visse tilfelle vil det selvsagt bli tale om innleggingen, om nødvendig ved tvang etter vår edruelighetslovgivning. Vi har i likhet med Bejerot funnet at man i størst mulig utstrekning bør unngå at den forskrivende lege forsyner pasienten til selvmedikasjon. Men under våre geografiske forhold er dette ikke alltid mulig. Vegledning til legene om hvordan de bør forholde seg til narkotikere er sendt ut. Full helbredelse ved ambulant behandling hører formodentlig til sjeldenhetene. Det viser seg imidlertid ofte at når en pasient bare blir henvist til en kilde, vil vedkommande lege ikke sjelden kunne redusere forbruket sterkt. En morfinist f.eks. som lever i evig angst for abstinensfenomener har ofte en tilbøyelighet til å bruke en langt større dose enn han trenger, og den lege som tar ham i behandling og oppnår et tillitsforhold til ham, vil ofte kunne redusere dosen vesentlig. Også ved egnet placebo-behandling kan

man opnå forbausende gode resultater. Når det gjelder å akseptere såkalte kroniske narkotikere, er vi mere og mere kommet i tvil, idet det jo har vist seg at etter egnet behandling med etterkontroll og støtte, er prognosen ofte bedre enn man før var vant til å tro. Når det gjelder metadonbehandling av heroinister, er dette et meget omstridt spørsmål. Hele denne sak kompliseres jo derved at det finnes enkelte unntaksindivider som kan gjennomføre en stor og positiv ytelse i samfunnet, til tross for at de har et forbruk av narkotikum eller alkohol som ligger langt over hva et alminnelig menneske kan klare.

Mogens Nimb:

Bejerot har på udmærket måte gjort rede for Sundhedsstyrelsens system, og selv om jeg ikke kan tale på dennes vegne, mener jeg, at den danske lægestand i almindelighet har været tilfreds med dette system — ikke fordi det er perfekt, og det har været noget af et kors for dem, der har prøvet at arbejde videnskabeligt og epidemiologisk med det. I virkeligheden tror jeg, at det "perfekte system" i praksis er langt dårligere en det "gode system", vi har. Et perfekt system tillader ikke alle de individuelle hensyntagende afgørelser, som er aldeles nødvendige i disse sager, og derfor tror jeg, at det danske system i og for sig kan arbejde, fordi det i sit princip er strengt restriktivt-kontrollerende, men bliver liberalt administreret. Det er en stor fordel, at man har en streng ramme, hvor man alt efter situationen kan administrere liberalt eller stramme tøjlerne. Det ville være en ulykke, hvis vi nu i panik prøvede at stramme yderligere, fordi vi da ville nærme os den amerikanske situation betænkeligt. Man kommer da til at fratage den enkelte læge ansvaret for, hvad han foretager sig. Jeg tror stadigvæk, at i al sin ufuldkommenhed er den praktiserende læge den, der kender sine patienter bedst og — med alle mulige afvigelser — også den, der ordinerer fornuftigst til dem. Derfor vil jeg være meget betænkelig ved, at man indførte et system, hvor den praktiseren-

de læge overhovedt ikke måtte have noget med medicinmisbrugere at gøre.

Dr. Jørgensen gjorde mig opmærksom på, at vi formentlig har en lille fordel fremfor Sverige over for vore narkomane patienter i vort sygekassensystem, hvor langt hovedparten af den danske befolkningen er A-medlemmer, dvs, at de for en periode af et år ad gangen er bundet till een bestemt læge, som de herefter kan skifte ud, men hvis de går til andre læger, har de ingen mulighed for at få refusion hverken for konsultationen eller for recepter. Det betyder, at hvis man vil gå andre steder hen, bliver det en overordentlig kostbar og noget tvivlsom fornøjelse, idet man ofte kan se på patienterne, om de er A-medlemmer eller ej.

Jeg kunne have lyst til at sige lidt om oplysningen. Jeg tror, vi har nogenlunde kontrol over de lægeinducerede narkomanier i Danmark endnu: de kopieringspligtige præparater, de centralt virkende analgetica af morfintypen og de centralt stimulerende midler af amphetamintypen — ingen derudover, og derfra er så endda undtaget de farmakologisk beslægtede præparater, ethylmorfine og codein, som det af praktiske grunde ville være helt håbløst at begynde at kopiere.

Oplysningsvirksomhed er den vej, man må bruge, når man skal bekæmpe de utraditionelle narkomanier, som vi i dag oplever dem i Danmark med cannabis-produkter, men det er stadig en lidt vanskelig sag. Jeg tror ingenlunde, at oplysning altid er propaganda, men i mange tilfælde kan det være et tveægget sværd. Jeg har selv været en slags rejseprædikant i ungdomsklubber, gymnasieforeninger og skrevet i enkelte skoleblade om disse problemer, og det har på mange måder været en frustrerende oplevelse. Disse unge mennesker er mødt for at høre noget spændende; men jeg er rejst rundt med et afdramatiseret foredrag, som er blevet til et antiklimaks, så forsamlingen er gået gabende hjem. Det er ikke meget inspirerende for en foredragsholder; derfor må man have mange af dem, for de blive hurtigt slidt op. En informativ propaganda må først og fremmest drives over for lægerne. Jeg ved fra mange forældre til unge cannabis-rygere, at de

går til deres læge, som overhovedet ingenting aner om dette. De siger enten, at der er farligt, de skal tvangsindlægges, selv om de slet ikke ved, hvad de skal tvangsindlægges for. Jeg er enig med dr. Evang i, at det ikke i almindelighed er en psykiatrisk sygdom, det er en livsanskuelses-sygdom, hvis det overhovedet er nogen sygdom, og det er psykiatere ikke specielt kvalificerede til at behandle, måske endda temmelig dårligt kvalificerede i mange tilfælde. Derfor kunne jeg ønske, at lægerne i langt højere grad end det er tilfældet, var oplyste om, hvorledes denne sag lå både farmakologisk, og med hensyn til de videre perspektiver for ungdommens situation. Ikke mindst fordi lægen i Danmark ofte er den, man først henvender sig til, når der er noget galt med de unge mennesker, og derfor er det katastrofalt, at lægerne lever i en så bundløs uvidenhed om dette, som de gør i dag.

Derimod ville jeg være meget imod at tage presse og massemedier i brug for at fortælle om problemet, fordi det i samme øjeblik, det får den journalistiske drejning, bliver frygtelig svært at skelne mellem oplysning og propaganda, hvori- mod jeg tror, at "mund-til-mund-metoden" er den majsommeligste, men sikkert den vej, vi kommer længst med. Jeg mener ikke, man kan hindre massemedierne i at tage sagen op, men det er et spørgsmål, om man ligefrem skal opfordre dem.

Leif Ginman:

I Finland kontrollerar Medicinalstyrelsen recept på narkotika och till narkotika räknas också dessa centralstimulerande medel. Och dessutom följer Medicinalstyrelsen med alla recept på sprit. Men alla övriga medel som kan leda till missbruk kontrolleras inte på något sätt. Och jag undrar om man inte borde vara ganska radikal här. Vi har ju en otalig mängd sömnmedel, en otalig mängd ataraktika, som säkert inte behövs. I Finland finns rätt många preparat (sömnmedel och lugnande medel), som säljs utan recept och jag undrar om de inte borde receptbelägs-

gas eller helt avlägsnas från marknaden. De centralstimulerande medlen har väl knappast heller någon medicinsk betydelse, och kunde också utan större olägenheter helt indras.

Vården av narkomaner i Finland är sorgligt eftersatt. Någon egentligt planmässig vård existerar inte. Vi har en lag som jämnställer medicinmissbrukare med alkoholister och de skall skötas på samma sätt som alkoholister, alltså på alkoholistanstalter. Vi har en centralanstalt för alkoholskadade i Finland som närmast fungerar som ett sjukhus, det kallas också socialsjukhus. Men på alla andra alkoholistanstalter finns det så gott som ingen läkarvård. Dessutom är dessa anstalter mycket ovilliga att ta emot narkomaner och det säkert med viss rätt, för det har visat sig att de ofta smittar ner alkoholisterna. På socialsjukhuset i Järvenpää finns det en plats för narkomaner. Mera tar de inte emot. På mentalsjukhus kan de givetvis behandlas, men där stöter behandlingen på vissa juridiska komplikationer. Vi har inte i Finland rätt att hålla personer mot deras vilja på sjukhus om de inte är sinnessjuka. Och det är ju narkomaner i allmänhet inte. De kommer ofta frivilligt in på sjukhuset, men efter en alldeles för kort tid så fordrar de ofta att bli utskrivna och finns det då inga möjligheter att vägra. I Finland skulle vi behöva en lagändring, som gör det möjligt att sköta narkomaner på ett mera adekvat sätt.

Gunnar Inghe:

Diskussionen har nu rätt mycket kommit att röra sig om läkarens roll i den här problematiken och det är kanske naturligt i en läkarförsamling. Men det har ju också pekats på andra, bredare orsaksfaktorer. Dels de som vill förtjäna pengar på narkotika och dels den förändrade världen och de ungas svårigheter. Evang berörde begreppet alienation och liknande frågor, alltså mycket stora och viktiga samhällsproblem som det kanske kan vara intresse att få med också i åtgärdsdebatten. Vad slags åtgärder kan man vidta för att attackera sådana sidor av narkomaniproblemet?

Innan jag lämnar ordet till panelen igen, ska vi höra ett par debattörer från salen. Bo Carlsson vill säga någonting om sin verksamhet i Skyddsvärnet i Göteborg.

Bo Carlsson:

Herr Ordförande, jag är knuten till Socialmedicinska institutionen här i Göteborg, och det är en verksamhet på kvällstid på det s. k. Skyddsvärnet, som jag i första hand refererar till. Jag känner inte exakt till grannländernas motsvarigheter till Skyddsvärnet, men norrmännen kallar det visst værnelaget; vad man säger i Danmark och Finland, vet jag inte.

Det rör sig emellertid om ett 100 %-igt kriminaliserat klientel, som söker på Skyddsvärnet och där frågeställningen är bästa möjliga och åtgärden snabbaste tänkbara resocialisering.

Det är visserligen ganska få narkomaner, som kommer till mig på Skyddsvärnet, därför att de väl känner till att jag inte förskriver narkotika, och sådant sprids ju snabbt. Men intervjuvägen kommer det ändå fram en del förhållanden, som jag kort skulle vilja beröra och omvandla i frågor till panelen.

En i detta sammanhang mycket väsentlig sak, som ofta kommer fram vid samtalen, är bruket och insmugglingen av narkotika på fångvårdsanstalterna. Det är möjligt att kollegan Bejerot har siffror, som jag inte själv är i stånd att lämna, på hur utbrett det är. Problemets numeriska storlek är alltså obekant för mig, men det är dock en klar smittokälla och en smittokälla, som enligt mitt förmenande borde kunna saneras.

Utöver denna insmuggling av narkotika på fångvårdsanstalterna, som är ett besvärligt problem vid behandlingen av de kriminaliserade narkomanerna, sedan de frigivits, finns det ännu ett problem: på anstalterna ordineras det ibland definitivt olämpliga medel. Jag hade så sent som igår efter förhandlingarnas slut här en nu 27-årig och här i Göteborg mycket känd narkoman på Skyddsvärnet. Han har sedan nio år missbrukat amfetaminer. Han frigavs från en fångvårds-

anstalt så sent som i förrgår, där han under strafftiden — enligt vad han själv påstod — dels av medfångar hade fått narkotika, dels hade ordinerats meprobamat och barbitursyrepreparat. Han sökt nu upp mig på Skyddsvärnet för att åtminstone få de båda sistnämnda medlen. — Vad gör man nu åt detta? Ja, är vi inte inne på frågan om upplysning? Frågan är om inte kollegerna ibland skulle behöva ha upplysning om att det finns ett betydligt bredare spektrum av riskabla medel, än vad de många gånger tror. Man har hängt upp sig på vissa medel och glömt bort andra. Jag tror, att både meprobamat- och barbitursyregrupperna ofta är förbisedda.

Vidare frågar jag, fastän det kanske är helt orealistiskt, om inte vissa medel på fångvårdsanstalterna bara skulle kunna utdelas på mycket stränga indikationer, eller om medlen överhuvudtaget behöver finnas i deras medicinförråd.

Slutligen ett generellare problem. Personligen beklagar jag, att de narkomaner, som kommer till mig på Skyddsvärnet, ofta går ifrån mig trots god kontakt och ömsesidig högaktning oss emellan. Men de går, när de får veta, att jag vill försöka bota dem. De säger nämligen ibland klart och tydligt ifrån: jag vill inte bli botad, jag vill fortsätta med mina silar eller pumpar, eller vad de nu använder för uttryck. Som patienten från igår sa: för att fylla gropen i bröstet, förstår doktorn! — Jag tar upp denna frågeställning för sig och understryker den, därför att det är ungdomar det gäller. Och jag undrar, hur man löser den. Förskriver man det önskade medlet, eftersom det är "synd" om dem. Personligen kan jag inte tänka mig det, och därför går de ifrån mig; men jag skulle vilja bedöma det vara värre än ett brott, det skulle vara en dumhet. Men vad säger nu panelen om de här frågorna?

Jag ber slutligen att få ansluta mig till professor Lindbergs förslag till skrivelse, eftersom den skulle kunna tänkas få praktiska konsekvenser också för det kriminaliserade och narkomaniserade klientelet.

Tryggve Andén:

På svenska apotek sammanförs alla recept på narkotika i en särskild pärm — på de större apoteken sammanförs varje läkares recept i bokstavsordning efter läkarens namn och dessutom för sig varje utfärdat preparat i bokstavsordning. Länsläkaren och förste stadsläkaren i Göteborg och Malmö skall årligen i samband med apoteksvisitationerna granska dessa recept inom sina respektive områden. I Stockholm sker denna granskning mer sällan och utföres av medicinalstyrelsens apoteksinspektör i samband med inspektion av apoteket. Sedan den nya lagen med skärpta krav på uppgifter om patienten trätt i kraft och en ökad propaganda och upplysning bland läkarna ägt rum beträffande narkotikarecept har dessa recept minskat med c:a 75 %. I Göteborg har förste stadsläkaren ett kartotek över kända medicinmissbrukare. Det stora problemet nu är narkotikasmugglingen.

Hans Forssman:

En kort fråga om en substans, som såvitt jag vet inte har varit nämnd. Jag är klar över att problemet inte är stort kvantitativt, men i det enskilda fallet kan effekten vara förgörande. Jag tänker på Heminevrin, som också förskrivs i rätt stor utsträckning av läkare. Jag tror att en upplysning om det deletära i en förskrivning i ambulant verksamhet av Heminevrin måste spridas i läkarkåren. Jag vet inte om problemet finns också i andra länder, men att det finns i Sverige är klart.

Gunnar Inghe:

Nu är det fem minuter kvar och vi bör ge ordet till panelen.

Karl Evang:

Når det gjelder arbeidet på det internasjonale plan, fortjener det å nevnes at man særlig under press fra de skandinaviske land ved siste helseforsamling i mai 1967, etter sterk motstand fra en rekke land i prinsippet fikk vedtatt at man i fremtiden skal søke å bruke konstitusjonens artikkel 21 som omhandler såkalte "health regulations" også på dette område. Det var først og fremst de legemiddelproduserende og -eksporterende land som var imot. Med dette har vi etter mitt skjønn gjort et meget vesentlig fremstøt. Det er Verdens helseorganisasjon som definerer hvilke stoffer som bør gå inn under den internasjonale narkotikakonvensjon.

Når det gjelder det forebyggende arbeid og forholdet til ungdommen, vil jeg støtte det syn Helgason ga uttrykk for igår. Det gjelder her som ellers å bruke positive midler. Man må sørge for ikke å legge opp noen opplysningskampanje som øker distansen. Dette er lettere sagt enn gjort. Et av vilkårene er at man i opplysningsvirksomheten må legge alle kort på bordet. Det nytter ikke overfor våre dagers ungdom å komme med opprakt pekefinger eller med påstander som ikke er holdbare. Man må også unngå i våre purtiansk pregete land å la dette få preget av kamp mot livsnyttelse, man må tvertimot trekke ungdommen inn i forståelse av at ingenting er mere spennende enn den såkalte "grå hverdag".

I vår spesialitetslovgivning og i vårt kontrollsystem med fordeling av legemidler, har de skandinaviske land mere effektive midler enn de aller fleste andre. Hvis derfor de nordiske land i fremtiden skulle gå inn i det europeiske fellesmarked, må vi gå sterkt inn for å bevare denne lovgivningen. Dette vil utvilsomt by på vanskeligheter, vi må bl.a. ikke gi slipp på adgangen til å stryke et legemiddel av registeret hvis det er obsolet. Av sentral betydning er det at vi fortsatt kan nekte å ta et legemiddel inn på markedet hvis det ikke er behov for det og hvis det ikke er medisinsk berettiget. Det bør i fremtiden foregå en ytterligere skjerpelse på disse områder.

Mogens Nimb:

Jeg vil gerne have et slutord, som ikke gælder specielt danske forhold, men også gælder forholdene i det øvrige Skandinavien: med hensyn til de nye narkomanier, vi har set optræde. Det er måske en gentagelse af, hvad der har været sagt før; men jeg tror, vi skal være varsomme med at stirre os blinde på, at det er *narkomanier*. Vi må se i øjnene, at der er tale om et ungdomsproblem, om en kulturkrise, som vi ikke skal lade os aflede fra. Jeg tror, det til dels hænger sammen med, at vi har haft relativ fred i vore lande i så mange år, at vi har ikke haft noget at slås imod på samme måde som tidligere. Det er svært at sælge positive ideer, som Helgason sagde i går; men at de er der, må vi prøve at lære først os selv og derefter generationerne efter os.

Nils Bejerot:

En vigtig fråga som jag slutligen vill erinra om: Det är fullkomligt avgörande för våra möjligheter att fånga in den aktuella epidemin och för att bereda alla olika former och arter av narkomaner en adekvat behandling att läkarna snabbt skaffar sig ökade insikter i hela problemkomplexet och inte finner sig i att medicinska och sociala åtgärder på ett av socialmedicinens mest komplicerade områden skall dikteras av beskäftiga och PR-hungriga dilettanter eller lika okunniga som välmenande och aningslösa journalister.

Gunnar Inghe:

Jag får tacka för uppmärksamheten och förklarar sammanträdet avslutat.

Paul Lindblom

Socionomer i arbete

En utförlig beskrivning av socionomernas utbildning och arbetsmarknad och en överskådlig genomgång av de olika arbetsuppgifter och befattningar, för vilka socialhögskolorna ger kompetens.

11:25

Gleerups