

"FÖRBJUDEN FRUKT" FÖRLEDER INTE

De svenska narkotikarestriktionerna bör behållas

Två brittiska medicinska tidskrifter, BMJ och Lancet, argumenterade i slutet av 1995 på ledarplats för en legalisering av vissa narkotika med motiveringen att förbudspolitiken inte anses fungera [1, 2]. Det finns mycket att säga om vad en legalisering med stor sannolikhet skulle få för effekter. Det finns en hel del forskningsresultat att bygga på, och de ger ett starkt stöd för att en restriktiv narkotikapolitik minskar missbruket.

Drogsituationen i Storbritannien

En utgångspunkt i ledarna är alltså att restriktionspolitiken skulle ha misslyckats. »British policy is, however, essentially, prohibitionist, and yet about seven million people in Britain have taken cannabis at some time in their lives.» 9 procent av 16–19 åringarna har enligt artikeln prövat ecstasy, och 8 procent har prövat LSD. Beslagen av cannabis, ecstasy och heroin ökade mycket påtagligt mellan 1984 och 1994 [1].

Har man en experimentell forskarbakgrund blir den självklara frågan: Hur vet ledarskrivbenten, BMJ-redaktören Richard Smith, att detta innebär ett misslyckande? Hur skulle situationen ha varit i dag om man fört en annan, mindre »prohibitionistisk», narkotikapolitik? Utifrån de undersökningsresultat som finns redovisade är slutsatsen given: En mindre »prohibitionistisk» narkotikapolitik skulle ha gjort situationen i Storbritannien värre än vad den är i dag.

Till bilden hör att Storbritanniens narkotikapolitik under många år har varit »kluven». Legal förskrivning av opiatar har förekommit sedan slutet av 1920-talet, enligt ett förslag 1926 av en kommitté, »the Rollstone Report». Den legala förskrivningen i Storbritannien har överlevt ytterligare två kommittéer. Genom förslag från den senare begränsades år 1971 förskrivningen till heroin-

och kokainmissbrukare till särskilt licensierade doktorer [3].

Heroinmissbruket i Storbritannien har utvecklats på likartat sätt som i många andra länder, med en ökning sedan 1960-talet. Men ökningstakten när det gäller opiatmissbruk har varit exceptionell. Under 1960-talet var antalet missbrukare av opiatar omkring 2 000–3 000, av vilka de flesta injicerade heroin [4]. I slutet av 1980-talet hade antalet heroinmissbrukare ökat till ca 100 000. För London redovisas för samma år ca 1 700 respektive ca 17 000 heroinmissbrukare.

Att legal förskrivning av opiatar inte leder till att missbruket begränsas är uppenbart. Frågan är i vilken utsträckning legalförskrivningen bidragit både till den mycket påtagliga ökningen av antalet heroinmissbrukare och till att missbrukssituationen i Storbritannien i dag beskrivs som, och är, mycket besvärande.

Tillgång och efterfrågan

Enligt Smith är det efterfrågan som styr tillgången. Och »en värld utan droger förefaller lika osannolik som en värld utan fattigdom och synd».

Smith anför ett par citat som antyder att han bekänner sig till åsikter som jag stötte på i Bryssel i samband med att svensk alkoholpolitik försvarades inför EU-inträdet:

»Priset på alkohol måste vara så lågt att också fattiga arbetare har råd att köpa. Det är ju den enda glädje dom har.»

Smith citerar Sydenham och Huxley. Sydenham: »Among the remedies which it has pleased Almighty God to give to man to relieve his sufferings, none is so universal and so efficacious as opium.»

Huxley: »That humanity at large will ever be able to dispense with Artificial Paradise seems very unlikely. Most men and women lead lives at the worst so painful, at the best so monotonous, poor and limited that the urge to escape, the longing to transcend themselves if only for a few moments, is and has al-

ways been one of the principal appetites of the soul.»

Sambandet mellan tillgång och efterfrågan har på ett mycket pedagogiskt sätt presenterats av Skog [5]. Han skriver om tillgång till och efterfrågan på alkohol med utgångspunkt i en möjlig förändring av alkoholens tillgänglighet till följd av att gränskontrollen (skulle kunna komma att) förändras vid inträde i EU och att det blev tillåtet att föra in mer alkoholdrycker. Hans resonemang kan lätt göras om så att de gäller tillgång till och efterfrågan på narkotika (Figur 1).

Om narkotika är lätt tillgänglig, om samhällets budskap är tillåtande och om den subjektiva tillgängligheten innebär beredskap att pröva eller missbruka, så kommer många att riskera att göra detta även om de personliga dispositionerna (t ex i fråga om arv, uppväxtförhållanden, miljö eller personlighet) inte är så påtagliga.

Om, å andra sidan, det krävs ansträngning för att få tag på narkotika, om samhället har en restriktiv hållning eller om den subjektiva tillgängligheten innebär ett motstånd mot att pröva, så befinner sig endast de i riskzonen vilkas personliga förhållanden på ett avgörande sätt disponerar för att pröva och missbruka.

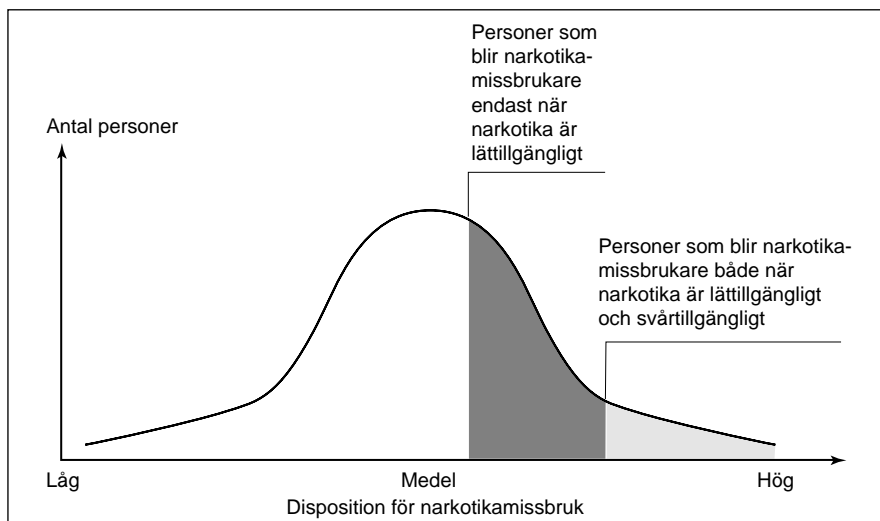
Det finns glädje och tillfredsställelse i de flesta liv, både i fråga om personliga relationer och arbete. Ett av de främsta hindren utgör dock missbruk av alkohol och narkotika.

Prisets betydelse

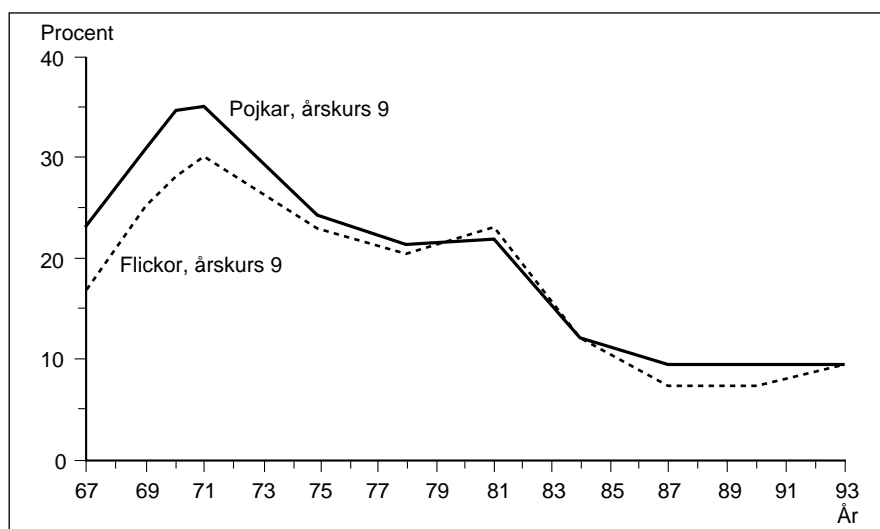
Smith menar att varje framgång i att reducera tillgången kommer att leda till högre narkotikapriser. Missbrukarna måste följaktligen begå fler brott för att kunna köpa narkotika. Och högre priser gör smugglarna mer motiverade att anstränga sig. Kanske det. Men det självklara sambandet enligt ekonomisk teori är att priset påverkar inköp (och konsumtion). Stigande priser gör att inköp och konsumtion minskar. Detta gäller alkohol [6], och det gäller med säkerhet också narkotika. Enligt en intervjuundersökning av opiatmissbrukare i USA

Författare

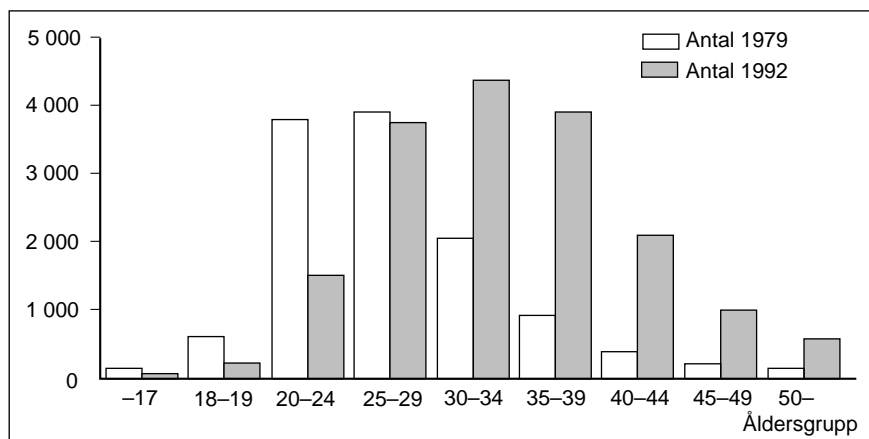
ORVAR OLSSON
fil lic, Almunge.



Figur 1. Tänktt fördelning av befolkningens disposition för att utveckla narkotikamissbruk (narkomani).



Figur 2. Andelen elever i årskurs 9 i Stockholms skolor som angett att de använt narkotika.



Figur 3. Beräknad åldersfördelning bland tunga narkotikamissbrukare 1979 (N = 12 000) och 1992 (N = 17 000).

angav 18 procent höga kostnader som orsak till att de slutat använda opiater dagligen, medan 13 procent angav att de saknade pengar och 12 procent att opiater inte fanns tillgängliga [7].

Men det viktigaste är hur priset på narkotika påverkar nyrekryteringen av narkotikamissbrukare. Jag är övertygad om att färre börjar använda heroin om »jungfrusilen» kostar 1 000 kronor än om den kostar 500 eller 100 kronor.

»Förbjuden frukt är sötast»

Förbjuden frukt är sötast, skriver Smith, som ett argument mot förbud. Men om det vore sant att förbud främjar det som man förbjuder skulle ju lagar, bestämmelser och moraliska levnadsregler vara »kontraproduktiva» – varje lag, varje regel skulle motverka sig själv. Så är det naturligtvis inte!

En bra illustration från drogområdet får man genom att jämföra den förbjudna frukten narkotika med den tillåtna frukten alkohol. Omkring 1980 uppskattades antalet alkoholmissbrukare i Sverige till omkring 300 000. Antalet »tunga» narkotikamissbrukare beräknades då till mellan 10 000 och 14 000. Man kan fundera på vad en legalisering av narkotika under 1960-talet skulle ha betytt för dagens narkotikasituation. Skulle antalet tunga narkotikamissbrukare idag ha legat på ungefär samma nivå som antalet alkoholmissbrukare, dvs uppgå till kanske 250 000? Svaret på frågan är självfallet nej! Det krävs längre tid innan en befolknings drogvanor förändras så radikalt. Hur lång tid det skulle ta går inte att säga.

Men att en legalisering skulle sätta igång processer som skulle leda till betydligt större narkotikaproblem finns det många undersökningar som visar [8]. I Alaska provade man under några år att tillåta cannabisrökning bland vuxna. Detta ledde till en betydande ökning, särskilt bland ungdomar, och lagstiftarna återgick snart till den tidigare ordningen. Av de amerikanska soldaterna var det 20 procent som var beroende av opiater under Vietnamtiden och 40 procent provade. När de återvände till USA, där förbudet var verkligt, slutade nästan alla. Förbjuden frukt är kanske sötast – men de flesta låter bli den ändå!

Exemplet Holland

Det är tid att fundera på om man inte borde ta efter Holland, menar BMJ och Lancet. Nederländerna avkriminaliserade innehav av narkotika för eget bruk 1976 och cannabis försäljs (idag) i »coffee shops». Trots lagändringen 1976 fö-

ANNONS

refaller användningen av cannabis ha minskat bland 17–18-åringar från 13 procent 1976 till 6 procent 1985 [1]. 4–5 procent av eleverna i gymnasiet, »high school», i Holland hade (vid denna tid) använt narkotika, mot 29 procent i USA.

Till denna beskrivning bör läggas att andelen som prövat har gått upp efter 1985 och idag är ungefär dubbelt så stor som 1976. Bland 16–17-åriga pojkar låg den 1992 mellan 30 och 35 procent, bland flickor i samma åldersgrupp mellan 15 och 20 procent.

Att avkriminalisera innehav kanske inte är så farligt så länge narkotika är dyrt och kräver försäljning av droger för att finansiera det egna missbruket – om försäljning fortfarande är olagligt. Och en förändring 1976 kan knappast ha haft en omedelbar effekt. Förändring av åsikter, attityder och beteenden tar tid, och det var kanske först de årskullar som var i 15-årsåldern tio år senare som blev påverkade av de processer som lagändringen 1976 initierade.

Hur omfattande det »tunga» missbruket är i Holland idag vet vi inte.

Exemplet Sverige

Utvecklingen i Sverige visar, så övertygande som det är möjligt utan experimentell forskning, att en restriktiv narkotikapolitik kan vara framgångsrik.

De förmodligen första regelbundet återkommande undersökningarna har gjorts i Stockholms grundskolor. De påbörjades 1967 och har sedan dess genomförts med vissa års mellanrum. Andelen pojkar och flickor i årskurs 9 som uppgett att de använt narkotika redovisas i Figur 2. Den högsta andelen, 30 procent, redovisas för 1970–1971 [8]. Mellan 1981 och 1984 skedde en mycket påtaglig nedgång – från ca 22 procent till ca 12 procent. Andelen som prövat narkotika i årskurs 9 i hela Sverige har följt samma utveckling, men legat något lägre [9]. Bland värnpliktsin-

skrivna män minskade andelen som prövat narkotika från 19 procent 1980 till 8 procent 1988. År 1992 var det 6 procent, år 1993 7 procent [10].

De flesta som använder narkotika gör det bara någon enstaka gång och de flesta »tillfällighetsbrukare» får inga skador. Men om det är många som prövar så är rekryteringsbasen stor för utveckling av ett mer högfrekvent narkotikamissbruk. Och sambandet mellan experimentellt bruk och tungt missbruk är mycket påtagligt [11].

Nyrekryteringen till ett tungt missbruk har emellertid minskat. Det har gjorts två rikstäckande kartläggningar av narkotikamissbrukets omfattning i Sverige, en 1979 [12], en 1992 [13]. Det föreligger stora skillnader i åldersfördelningen mellan de båda undersökningarna (Figur 3). Nyrekryteringen under 1980-talet var betydligt mindre än tidigare.

Skillnader mellan årgångar

Frågan är vad skillnaden mellan de olika årgångarna beror på? För att förstå den drogsituation som utmärker ett land är det viktigt att se på de lagar och förhållanden i övrigt som påverkat tillgång och efterfrågan under tidigare år. Alla åtgärder som vidtas i landet – antingen de gäller lagstiftning, prevention eller behandling – har inverkan på en mycket komplicerad process, i vilken tidsfördröjningen mellan något man gör och något resultat av denna åtgärd kan sträcka sig över åtskilliga år. I varje fall till en del kan den narkotikapolitik som fördes i Sverige under 1960-talet avläsas i det stora antalet äldre narkotikamissbrukare. Och att antalet yngre missbrukare idag är relativt måttligt bör i varje fall till en del vara ett resultat av den narkotikapolitik som fördes i Sverige under 1980-talet.

Situationen under 1960-talet var mycket speciell när det gäller inställningen till droger. Allt fler ungdomsgårdar i stora och medelstora tätorter »öppnades» för berusade ungdomar och för handel med t ex hasch, mellanöl och tabletter. På en del gårdar öppnades speciella »flumrum» för att ge missbrukarna en tillflyktsort. Drogproblemen var så påtagliga på många gårdar att de blev ett ständigt återkommande samtalsämne på kurser för gårdsföreståndare och övriga gårdsledare [14]. Enligt en undersökning hade ca 17 procent av gårdsungdomarna använt narkotika minst tio gånger under det senaste året. Motsvarande siffra för ett urval

mantalsskrivna ungdomar i Stockholm var 2 procent.

Till bilden hör att ett försök med förskrivning av narkotika i Stockholm genomfördes mellan april 1965 och april 1967 [15]. Andelen arresteringar med stickmärken i Stockholm andra kvartalet var 1965 19 procent, 1966 24 procent, 1967 36 procent, 1968 39 procent och 1969 35 procent.

Så småningom började attityderna ändras. Den första juli 1968 infördes bestämmelsen att centralstimulerande läkemedel endast fick utlämnas från apotek efter särskilt tillstånd, »licens», som utfärdades av Socialstyrelsen i varje särskilt fall. I samband med de nya bestämmelserna informerade Socialstyrelsen läkarna om, att några tillstånd i princip inte skulle komma att beviljas för »indikationen narkomani» [16]. År 1977 beslutade åklagarmyndigheten i Stockholm att åtalsunderlåtelse inte skulle förekomma när det gäller heroin och kokain. Från 1980 skärptes reglerna ytterligare [17].

Bred enighet

Arbetet under framför allt 1980-talet har genomsyrats av en bred enighet om den narkotikapolitiska linjen [18]. Detta har präglat aktörerna på området. »Vi ger oss aldrig», som Aktionsgruppen mot narkotika kallade sin slutrapport [19].

Den aktuella situationen i Sverige – med en viss uppgång av andelen ungdomar som prövat narkotika [9] och en viss övergång bland injektionsmissbrukare från centralstimulantia till heroin [20] – visar att det är tid att på nytt aktivera motkrafterna. Några »experiment» i stil med det som BMJ och Lancet propagerar för [1, 2] finns det inte plats för, lika lite nu som tidigare. Vi lider fortfarande av det som gjordes på 1960-talet!

Litteratur

1. Smith R. The war on drugs. Prohibition isn't working – some legalisation will help. *BMJ* 1995; 311: 1655-6.
2. Deglamourising cannabis. Editorial. *Lancet* 1995; 346: 1241.
3. Mott J. Opiate use and crime in the United Kingdom. *Contemporary Drug Problems* 1980; 9: 437-51.
4. Strang J. A model service: turning the generalist on to drugs. In: MacGregor S, ed. *Drugs and British society. Responses to a social problem in the eighties*. London: Routledge, 1989.
5. Skog OJ. Hvis alkoholen ble billig. I: Sverige, EG och alkoholpolitiken. En konferensrapport. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, 1990: 30-8.
6. Olsson O. Prisets och inkomstens betydelse

Medicinsk kommentar är Läkartidningens forum för signerade medicinska ledare. Merparten av dessa är beställda av redaktionen, och vi välkomnar förslag om aktuella frågor som bör tas upp i denna form. Vi vill där även fånga in och belysa aktuella medicinska rön presenterade annorstädes.

Finns något i din specialitet att kommentera? Ta kontakt med redaktionen innan du börjar skriva för att undvika dubbelarbete!

ANNONS

ANNONS



- för alkoholbruk, missbruk och skador. En forskningsöversikt. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, 1991.
7. Simpson DD, Joe GW, Lehman WEK, Sells SB. Addiction careers: Etiology, treatment, and 12-year follow-up outcomes. *Journal of Drug Issues* 1986; 16: 107-21.
 8. Olsson O. Liberalisering av narkotikapolitiken. En översikt av forskning och undersökningar om en restriktiv narkotikapolitik. Stockholm: Folkhälsainstitutet och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, 1995.
 9. Alkohol- och narkotikautvecklingen i Sverige. Rapport 95. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, 1995.
 10. Estrada F. Drogvanor bland värnpliktsinskrivna. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, 1994.
 11. Olsson O. Tillförlitligheten i undersökningar av skolelevers och värnpliktigas drogvanor. Ett valideringsförsök med hjälp av registerdata. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, 1992.
 12. Utredningen om narkotikamissbrukets omfattning (UNO). Tungt narkotikamissbruk – en totalundersökning 1979. Stockholm: Socialdepartementet, 1980.
 13. Olsson O, Byqvist S, Gomér G. Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1992. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, 1993.
 14. Blomdahl U, Kågeson P. Drogfri gård. En analys av bruket av beroendeframkallande medel på ungdoms- och fritidsgårdar. Förslag till åtgärder. Stockholm: Riksförbundet Sveriges fritids- och hemgårdar, 1974.
 15. Bejerot N. *Addiction and society*. Springfield: Charles C Thomas, 1970.
 16. Lindberg J. De »legala» narkomanerna. En studie av dr SE Åhrströms patientgrupp. I: Narkomanvårdskommittén. Narkotikaproblemet. Socialmedicinska och kliniska undersökningar. Stockholm: Socialdepartementet, 1969: 345-403.
 17. Olsson O. Rubricering, praxis och påföljder vid narkotikamål 1969-1979. I: Brottutvecklingen. Lägesrapport 1980. Stockholm: Brottförebyggande rådet, 1980.
 18. Narkotikakommissionen. Samordnad Narkotikapolitik. Stockholm: Socialdepartementet, 1984.
 19. Aktionsgruppen mot narkotika. Vi ger oss aldrig. Stockholm: Socialdepartementet, 1991.
 20. Käll K, Engström A, Julander I, Krook A, Stendahl P, Struve J. Heroin nu huvuddrog bland nya missbrukare. *Läkartidningen* 1996; 93: 459-61.

Elektronisk övervakning av foster hindrar inte CP

Fokuseringen på de sällsynta fallen av cerebral pares orsakade av fostersfyxi under förlossningen har avlett forskarnas intresse från andra, och viktigare, faktorer som kan bidra till störd utveckling eller hjärnskada. Det hävdar fyra amerikanska forskare som studerat abnorma fynd vid elektronisk övervakning av fostrets hjärtverksamhet hos 78 barn med cerebral pares och 300 kontroller, samtliga med födelsevikt på minst 2 500 g.

Risken för cerebral pares var visserligen förhöjd hos foster som under förlossningen drabbades av multipla sena decelerationer och minskad slag-tillslag-variation i hjärtfrekvens. Om sådana tecken skulle få utbredd användning som indikation för kejsarsnitt kan man emellertid göra mer skada än nytta, eftersom 99,8 procent av de barn som hade dessa riskfaktorer i studien inte drabbades av cerebral pares.

Åtskilliga studier tyder nu på att fallen av cerebral pares till 10-20 procent kan bero på situationen under förlossningen och till 10 procent på händelser efter födelsen. Men omkring 70 procent är oförklarade. Och trots alla ansträngningar under de senaste 25 åren, med bättre mödrhälsovård, minskat trauma vid förlossningen och ökad användning av kejsarsnitt i högriskfall, är frekvensen av cerebral pares oförändrad, omkring två fall per 1 000 barn efter fullgången graviditet.

N Engl J Med 1996; 334: 613-8, 660-1.

Omeprazol tycks öka risken för Campylobacter-infektion

En brittisk fall-kontrollstudie tyder på att de som använder omeprazol löper ökad risk att få klinisk infektion med *Campylobacter*. Tidigare vet man ju att magsyra skyddar mot infektioner och att patienter med nedsatt syraproduktion på grund av operation eller bruk av H₂-receptorantagonister liksom efter antibiotikabruk är mer sårbara för salmonella.

I studien jämfördes 211 *Campylobacter*-infekterade patienter med dubbelt så många köns- och åldersmatchade kontroller, samtliga minst 45 år gamla. Bruk av omeprazol under månaden före infektionen ökade risken tiofaldigt, medan användning av antibiotika två till tolv månader före infektionen fördubblade risken. *Campylobacter* är mer syrakänslig än salmonella, och det fak-

tum att man i denna studie inte fann någon riskökning i samband med H₂-antagonistbruk eller magsäcksoperation kan bero på att dessa behandlingar inte dämpar syraproduktionen så kraftigt som protonpumpshämmare.

BMJ 1996; 312: 414-5.

Missionärer och sniglar i kolesterolscreeningen

Kampen mellan missionärerna, dvs de som predikar kolesterolscreeningens välsignelser, och sniglarna – de återhållsamma eller vantrogna – kan nu ta avstamp i nya kliniska riktlinjer från American College of Physicians. I underlaget för råden dras bl a slutsatsen att screening och kolesterolsänkning är värdefullast i populationer med på kort sikt hög risk att dö av koronar hjärtsjukdom, dvs de som överlevt hjärtinfarkt samt medelålders män med flera riskfaktorer för hjärtsjukdom. I dessa grupper tycks kolesterolsänkning vara både effektiv och kostnadseffektiv, men i andra populationer är nyttan med sänkning mycket mindre eller osäker.

Bland asymtomatiska medelålders män kan kolesterolsänkning minska risken för koronarsjukdom, men att livet förlängs har inte visats för den gruppen utan enbart för patienter med symtomgivande sjukdom.

I råden om kolesterolscreening läggs därför tonvikten vid lipidanalys hos riskgrupper, som patienter med känd hjärt- eller kärlsjukdom. Endast vid misstanke om ärftlig lipoproteinrubbing eller minst två andra riskfaktorer är screening med tanke på primär prevention motiverad för män under 35 år och kvinnor under 45 år. Det finns inte underlag för att ta ställning för eller emot screening i åldersgruppen 65-75 år, och för äldre individer kan screening inte rekommenderas.

Rubrikens syftning på missionärer och sniglar kommer från en ledarskrift som försöker balansera mellan de relativt återhållsamma råden om screening och en samtidigt publicerad artikel som häftigt angriper riktlinjerna. Dessa har nämligen en konkurrent i andra amerikanska råd från National Cholesterol Education Program (NCEP), som innebär att alla över 20 år bör hålla kontroll på sina kolesterolvärden. Enligt NCEP är det underbehandling som är problemet, inte några risker med utbredd användning av kolesterolsänkande medel.

Ann Intern Med 1996; 124: 505-8, 513-31.