

KONTROLLPOLITIKENS IMBALANS¹

AV KETTLIL BRUUN

I sitt klassiska arbete »Dagligt liv i Norden i det 16. Aarhundrede« (Bind V s. 73) berättar Troels-Lund om bruket av »fødemidler«. Han tar upp olika varor och kommer till slut över från sockret till konfekten. Konfekten köptes på apotek och »som saa meget andet godt begyndte den nemlig sin Bane som blot Lægemeddel« och det var konfekten jämte »fortrinlige Arter af Akkvavit og Syltetøj« som på den tiden drog kunderna till apoteken.

När Världshälsoorganisationen i början av 1950-talet diskuterade vanebildande och beroendeskapande medel argumenterade man för att vissa substansgrupper som t. ex. alkohol och barbiturater skulle kontrolleras nationellt till åtskillnad från opium, cannabis och coca-blad, som redan tidigare definierats som en fråga för den internationella kontrollen.

Jag har använt dessa exempel som en infallsvinkel till två centrala temata som jag i första hand ämnar behandla idag: definitionernas makt och deras betydelse för hur den formella sociala kontrollen utformas samt vetenskapens roll vid kontrollpolitiska beslut. Dessa två temata skall jag diskutera främst mot bakgrunden av en nyligen utkommen undersökning »Läkemedelskontrollen i Norden i ljuset av psykofarmakakontrollen« (Bruun et al. 1982), men jag kommer också att använda mig av två andra arbeten som jag under 1970-talet varit med om att utarbeta: »Alcohol Control Policies in Public Health Perspective« och »The Gentlemen's Club. International control of drugs and alcohol« (Bruun et al. 1975 och 1975a).

Undersökningarna har alla utförts av team med företrädare för olika vetenskapliga discipliner, de har alla varit inriktade på att analysera kontrollen, dess möjligheter och hur den fungerat. Alkoholboken har närmast karaktär av en översikt, ett försök att slå fast »the state of the art« bl. a. med tanke på att alkoholpolitik är något man inte velat acceptera i många länder, men där det trots allt i motsats till narkotika- och psykofarmakområden finns en relativt omfattande litteratur rörande kontrollens effekter. Narkotikaboken är historiskt orienterad och innebär samtidigt ett försök att evaluera den internationella kontrollen. Psykofarmakaboken har också element av historisk analys och evaluering. Centrala är här de nordiska jämförelserna och analysen av kontrollens organisering administrativt. En

¹) Baserat på gästföreläsning i Oslo.

Tabell 1. Dominerande drag rörande olika substansgrupper i Norden i slutet av 1970-talet.

	Alkohol	Narkotika	Psykofarmaka (+ läkemedel i allmänhet)
Kontrollens omfattning	Endast nationell	Även internationell	Nationell, senare även internationell
Kontrollens mål	Skademinimering Minska konsumtionsnivån	Eliminera allt icke-medicinskt bruk	Säkra, effektiva och billiga läkemedel, vetenskapsbaserat bruk
Problemdefinition	Folkhälsa	Lag och ordning	Vetenskapligt-medicinsk
Förklaring av skador	Tidvis individen	Substansen	Felbruket
Generell inställning till substansgruppen	Ambivalent	Negativ	Positiv
Kontrollens administrativa organisation	Disparat	Centraliserad?	Centraliserad
Central påtryckningsgrupp	Nyktethetsrörelsen	Folket	Läkemedels-industrin
Uppfattning om behov av utvärderingsforskning	Även alkohol-politiska åtgärder	Endast vård	Endast enskilda läkemedel

viktig punkt är insamlingen av ett omfattande och svåråtkomligt empiriskt material som det behövs en tid att smälta för att kunna diskutera de kontrollpolitiska och forskningsmässiga implikationerna.

Betecknande är att samtliga projekt rönt motstånd, som jag tror i stort sett övervunnits vad gäller de två tidigare undersökningarna.

För att placera in psykofarmaka i ett vidare sammanhang har jag med stöd av de nämnda undersökningarna djärvt generaliserande i tabell 1 tagit upp vissa drag som anknyter till kontrollen. I rubriken har jag för psykofarmaka inom parentes läkemedel i allmänhet därför att psykofarmakakontrollens utformning i stort sett följer den generella läkemedelskontrollen.

Tabellen är uppgjord med ett nordiskt perspektiv för ögonen. Några kommentarer.

Jag nämnde redan tidigare kontrollens karaktär av nationell versus internationell. Vi känner antagligen alla till de internationella narkotikakonventionerna och att Nationernas Förbund och numera Förenta Nationerna har ett relativt stort maskineri för kontrollen och att Interpol är djupt engagerat. Det är först på 1970-talet som en internationell konvention om psykotropa medel kommit till – här var Sverige mycket aktivt och lyckades med hjälp av u-länderna småningom bryta ett starkt motstånd främst från de läkemedelsproducerande länderna. Däremot är det kanske mindre känt att det tanns en internationell alkoholkonvention rörande delar av Afrika, som kom till redan på 1800-talet (Pan 1975). Den var ett uttryck för kolonialmaktens bekymmer över den svarta rasens moral och arbetskapacitet. Trots att Nationernas Förbund övervakade konventionen kom alkoholfrågan inte med i FN:s program på grund av motstånd från Frankrike och England, bägge viktiga alkoholproducerande länder.

I litteraturen om kontrollen har jag inte funnit några rationella argument för att just alkohol är en nationell angelägenhet. Denna syn håller kanske något på att luckras upp. WHO har satt igång ett projekt om den internationella alkoholhandeln, men uppvaknandet kommer antagligen så sent att t. ex. de problem som har att göra med att alkoholindustrin etablerat sig i u-länderna redan blivit alltför svårbemästrade. Vad gäller kontrollens mål finns det betydligt mera vetenskapligt underbyggd diskussion rörande alkohol än andra medel. Målet för kontrollen av psykofarmaka kan diskuteras, men med den formulering jag använt har jag önskat peka på en viktig olikhet jämfört med alkohol och narkotika.

Definitionen av alkohol som en folkhälsofråga kan också diskuteras – det är klart att det i många länder fortfarande finns en argumentation som går ut på att helt eliminera alkoholbruket.

Hur skador förklaras är viktigt: vad gäller alkohol pågår en diskussion om alkoholens egen specifika roll, men i stort har tanken att individens disposition är avgörande spelat en betydligt viktigare roll än vad gäller narkotika. För 14 år sedan presenterade Nils Christie och jag ett paper där vi förundrade oss över att man i alkoholforskningen så frenetiskt sökte gemensamma drag hos *människor* som ansågs använda alkohol på ett icke acceptabelt sätt, medan man i narkotikaforskningen lika frenetiskt sökt gemensamma egenskaper hos de *substanser* som inte ansågs acceptabla. Vad gäller psykofarmaka är bilden mera komplicerad: jag har här betonat felbruket eftersom skador ofta sägs uppkomma på grund av att patienten inte följt läkarens ordinationer – givetvis finns det situationer när man konstaterat feldosering och fall då missbruk förklaras i termer av individens disposition. Men felbruk är ett behändigt sätt att få fram att det inte är

något fel på produkten. Läkarens förskrivning utesluts inte direkt, men betonas inte och till slut lämnas frågan om disposition öppen. Man vill inte ge intrycket av att ett omfattande missbruk existerar. Felbruk är alltså en term som pekar på att det är fråga om enskilda fall och undantag.

Kontrollens administration kan karaktäriseras på olika sätt, men i den mån man betonar det polisiära i narkotikakontrollen så kan den sägas vara starkt centraliserad. Klart är emellertid att alkoholadministrationen i Norden är rätt splittrad (med undantag kanske för Finland) medan kontrollen är centraliserad vad gäller läkemedlen. En centraliserad administration kan vara en gynnsam utgångspunkt för en påtryckningsgrupp, som kan få ett stabilt och tryggt förhållande till kontrollen – detta gäller t. ex. läkemedelsindustrin i Sverige. Utgångspunkten är inte gynnsam när påtryckningsgruppen är en ursprungligen folklig rörelse, vars inflytande minskar. När folket karaktäriseras som påtryckningsgrupp är det ofta frågan om att myndigheter och experter medverkat till att skapa en allmän opinion, som det sedan är svårt att påverka.

Till slut kravet på evaluering. När det gäller narkotika är ståndpunkterna så låsta att en evaluering inte ens anses önskvärd. Vad gäller psykofarmaka saknas traditioner, vilket antagligen har att göra med att en viss typ av medicinsk forskning dominerat, medan den socialmedicinska – för att inte tala om den samhällsvetenskapliga – i stort sett lyst med sin frånvaro. Vad gäller alkoholpolitiska åtgärder rörande t. ex. åtkomlighet görs en hel del forskning – stundom med alltför höga förväntningar.

Jag skall nu anknyta till frågan om definitioner. Först av allt måste vi komma ihåg att både alkohol och narkotika i ett globalt perspektiv har en kulturell förankring – vi har haft och har fortfarande ett folkligt bruk, integrerat i vardagslivets olika former, medan psykofarmaka är en produkt av tekniskt vetenskapliga innovationer, som upplevt en storhetstid efter andra världskriget. Tekniska innovationer har med tiden också förändrat alkoholens och narkotikans bruksmönster: destillationstekniken och t. ex. den syntetiska framställningen av morfin och heroin skapade en stark optimism rörande konsekvenserna för hälsan. Brännvinet var livets vatten, det uppfattades länge som en hälsobringande universalmedicin och nykterhetsrörelsens och vissa medicinärens centrala uppgifter har varit att kämpa mot uppfattningarna om alkoholens terapeutiska effekter. Opium användes och används fortfarande som medicin såväl inom folkmedicin som västerländsk professionell medicin. Men först de nya opiaterna, morfinet och heroinet, marknadsfördes som innovationer med sådana egenskaper att följden blev realistiska terapeutiska förväntningar. Och idag definieras alkohol som njutningsmedel, narkotika som farligt och psykofarmaka som hälsobringande.

Men de är faktiskt sammanblandade på ett märkligt sätt. Man har velat glömma att vi länge hade mediciner med mycket hög alkoholhalt, vissa psykofarmaka har omdefinierats till narkotika och då tonas deras terapeutiska nytta ned, medan främst psykofarmakagruppens hälsobringande effekter betonas.

Men alkohol kan fortfarande vara läkemedel, bara alkoholen är tillräckligt dold, på samma sätt som vi har en hel del psykofarmaka i kombinationspreparat som används för somatiska tillstånd. Dessa är exempel på vad vi i vårt projekt kallat »dolda psykofarmaka«. Poängen är att vi har att göra med sociala definitioner som undergår förändringar.

Detta kommer också fram i andra sammanhang. När en mera ambitiös läkemedelskontroll genomfördes i Norden under 1920- och 1930-talen var detta främst ett uttryck för apotekarintressen. Detta förklarar varför man behövde ett nytt begrepp »farmaceutiska specialpreparat« för att skilja mellan apoteks- och industriframställda läkemedel. Detta innebar i praktiken att samma substans om den producerades på apotek kunde säljas utan registrering, medan den som industriframställd måste genomgå en evalueringsprocess innan den kunde föras ut på marknaden. Det dröjde flera årtionden innan denna dualism i kontrollen eliminerades, men det finns fortfarande spår av den.

Försöket att genom registrering få ordning på läkemedelsmarknaden har inte helt lyckats. Frågan om vissa typer av naturmedel och vissa hälsomedel skall anses vara läkemedel är fortfarande brännande aktuell. Spelet om definitionerna fortsätter – här finns ekonomiska intressen bakom.

Definitionsfrågan har direkt anknytning till frågan om vetenskaplighet. Det framgick redan tidigare att definitionerna på detta område inte kan sägas vara behäftade med överdriven vetenskaplig precision. Men problemen i anslutning till vetenskap berör ett långt vidare område och jag skall ta upp några sådana punkter på basen av resultat som presenteras i »Läkemedelsfrågan«.

Med *kliniska prövningar* avses i regel experiment med patienter för att öka kunskapen om läkemedlets effekter. De kliniska undersökningar rörande psykofarmakapreparat som lämnades in till registreringsmyndigheterna 1974/75 har analyserats. I mindre än hälften fanns en kontrollgrupp, ytterst sällan gjordes jämförelser mellan läkemedelsterapi och annan terapi. Vi fick en dyster bild av forskningsläget. Detta har inte bara att göra med att ett stort antal kliniska prövningar snarare görs i marknadsföringssyfte än av vetenskaplig nyfikenhet, utan också med att många metodiska problem är svåra, vissa kanske omöjliga, att bemästra. Inte desto mindre har man lyckats skapa en myt om att registreringsmyndigheternas beslut är kun-

skapsmässigt och vetenskapligt väl underbyggda. Myten har kunnat upprätthållas delvis på grund av att dessa kliniska prövningar är hemligstämplade också efter det myndigheterna fattat beslut.

Den vetenskapliga inexaktheten kommer också fram i att de kliniska prövningarna inte alltid täcker alla de indikationer som läkemedlen rekommenderas för. Då vi gick igenom *indikationerna* i läkemedelskatalogerna och såg hur de förändrats över tid och hur de varierar från land til land för vissa psykofarmaka framgick det att de råd läkarna får om läkemedel ofta är svävande och inkorrekta. År 1970 uppgav t. ex. den svenska katalogen 10 indikationer för barn där diazepam rekommenderades, medan Norge helt saknade sådana rekommendationer. Tio år senare har Sverige accepterat den norska ståndpunkten. År 1975 rekommenderades Tofranil vid fem indikationer för barn i Norge, medan sådana rekommendationer saknades i Finland och Sverige.

Marknadsföringen är nästa punkt. Det kan ju anses vara ett orimligt krav att marknadsföringen skall vara vetenskapligt strikt. Men läkemedelskontrollen har tänkt sig att detta är möjligt och i alla nordiska länder har det länge ställts krav på saklig reklam och det finns möjligheter att avregistrera ett läkemedel på grund av osaklig reklam. Denna regel har kanske skapat illusioner om att reklamen är kontrollerad, men denna sanktionsmöjlighet har mycket sällan använts. I Norge har man emellertid gått längre än i de andra nordiska länderna och infört förhandskontroll av reklam 1964. På basen av en genomgång av annonstexter hävdar vi att denna kontroll inte fungerat tillfredsställande. Thor Øivind Jensen har studerat den här sidan av läkemedelskontrollen och visat bilder av norska annonser som förhandskontrollen accepterat. Den allmänna reaktionen är allmän förundran. Jag skall nöja mig med att citera en enda annons från 1973:

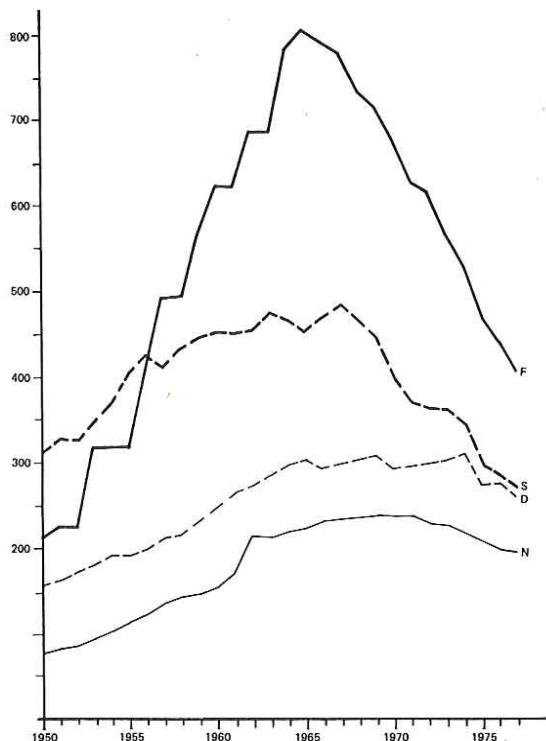
»Tidene lar seg dessverre ikke helbrede med TACITIN — selv om de mer enn noe annet kunne trenge avspenningsterapi. Derimot kan de hjelpe de mange pasienter med Tacitin som i disse tider lider av disse tider« (TACITIN, Ciba, 1973).
(Bruun et al. 1982, 185)

Hemminki och Pesonen (1978) har studerat läkemedelsbesökarna eller läkemedelskonsulenterna i Finland. De är anställda av läkemedelsföretag och uppsöker enskilda läkare, grupper av hälsovårdspersonal, sjukhus osv. Företagen säger att de sprider information, andra att de marknadsför. De var omkring 400 till antalet år 1975 vilket innebär ungefär en per 17 läkare. Den information konsulenterna ger läkarkåren är enligt författarna allt annat än saklig och det förefaller som om läkarkåren effektivt

penetreras av denna yrkesgrupp. I diskussionen om effekterna av marknadsföringen har man alltför ofta ensidigt fäst uppmärksamheten vid undersökningar rörande speciella kampanjer. Vida viktigare är att förstå den image som skapas kring läkemedlen av den marknadsintensiva läkemedelsindustrin – en image av vetenskaplighet och en image av att t. o. m. marknadsföringen är vetenskapligt strikt.

Nästa punkt rör de skillnader som finns visavi hur mycket och vilka läkemedel som finns på marknaden i de nordiska länderna. Av bild 1 framgår hur *sortimentet* av psykofarmaka utvecklats i de fyra nordiska länderna. Man kan spekulera över bilden – så mycket är emellertid klart att varken sjukdomsbild eller skillnader i vetenskaplig tradition kan förklara skillnaderna i antal. Antalet psykofarmaka på marknaden står också i bjärt

Bild 1. Antal psykofarmakapreparat på marknaden i Norden 1950–77 enligt vid definition.



Källa: Bruun et al. 1982, 86.

kontrast till vad nordiska experter rekommenderar u-länderna – det sägs att omkring 10, tidigare kanske inemot 20 psykofarmaka, skulle ur terapeutisk synpunkt vara nog. Tanken har accepterats av Världshälsoorganisationen, men av någon anledning har den ansetts tillämplig endast på u-länder men inte Norden.

I narkotika- och alkoholdebatten betonas *skadorna* så starkt att man ofta glömmer bort att opium används som läkemedel och att alkohol av många människor upplevs som något positivt. Vad gäller psykofarmaka betonas de goda effekterna och man talar inte gärna om skador. Man glömmer ofta bort att det finns ett omfattande icke-medicinskt bruk av psykofarmaka och att det finns omfattande skadeverkningar – årligen dör mer än 2 500 personer av läkemedelsförgiftning i Norden och en icke obetydlig del i anslutning till psykofarmakabruk (Poikolainen 1977). Men när det gäller läkemedel och psykofarmaka talar man främst om biverkningar som inrapporteras frivilligt av läkare. Medan man i de inte sällan vetenskapligt inadekvata kliniska prövningarna ofta registrerar patienternas upplevelser av positiva verkningar, är man ovillig att beakta patienternas upplevelser av negativa verkningar. Också här är skillnaden mellan alkohol och narkotika betecknande. Här används tidigare brukares upplevelser som ett viktigt inslag i kampen mot missbruk, medan de brukare som berättar om negativa erfarenheter av psykofarmaka ofta betecknas som ovederhäftiga. Vi redovisar i psykofarmakaboken erfarenheter från ett mycket selekterat urval av patienter. Vi är medvetna om hur bräckliga data är, men är dock förvånade över att många medicinare inte intresserat sig för uppgifter om svårigheterna med att upphöra att använda beroendeskapande psykofarmaka och uppgifter om obehag som patienterna tillmäter läkemedel. Patienternas uppgifter betecknas som grovt missvisande. Detta har sin bakgrund bl. a. i övertron på andra data.

Jag hävdar därför att det är viktigt med ett bredare perspektiv på de negativa effekterna av psykofarmakabruket. Detta är viktigt särskilt mot bakgrunden av den svenska filosofen Nordenfeldts (Nordenfeldt 1980) nyligen publicerade synpunkter: han betonar att såväl dödlighets- som sjukdomsstatistik är så uppbyggd att vi inte får någon information om världens betydelse. Detta innebär att just det som är kanske lättast att manipulera, nämligen vad vi gör med patienterna, inte tas upp. Vi avhänder oss alltså möjligheterna att systematiskt analysera effekterna av läkemedelsvård på hälsan med hjälp av den löpande döds- och sjukdomsstatistiken.

Här stöter vi återigen på svårigheten att erhålla data på grund av att de är sekretessbelagda. Det är märkligt att *sekretessen* är så dominerande just på ett område där vetenskaplighet sägs genomsyra besluten.

Jag nämnde redan i förbigående att nya högpotenta psykofarmaka i stor utsträckning används för vardagsbesvär. I en kommentar i Svensk läkartidning till vår psykofarmakaundersökning gör Lars Werkö, läkemedelsindustriföreningens ordförande och en av cheferna för det expansiva och innovativa svenska läkemedelsföretaget Astra, inga som helst försök att bestrida psykofarmakas användning för icke-medicinska ändamål. Tvärtom. Han hävdar att valium är mindre riskabelt än alkohol och att kritiken mot sådant valiumbruk har sin grund i att alkohol ger pengar åt staten, men valium åt läkemedelsindustrin. Detta är, säger Werkö, bakgrunden till kritiken mot att lugnande medel används i stället för alkohol.

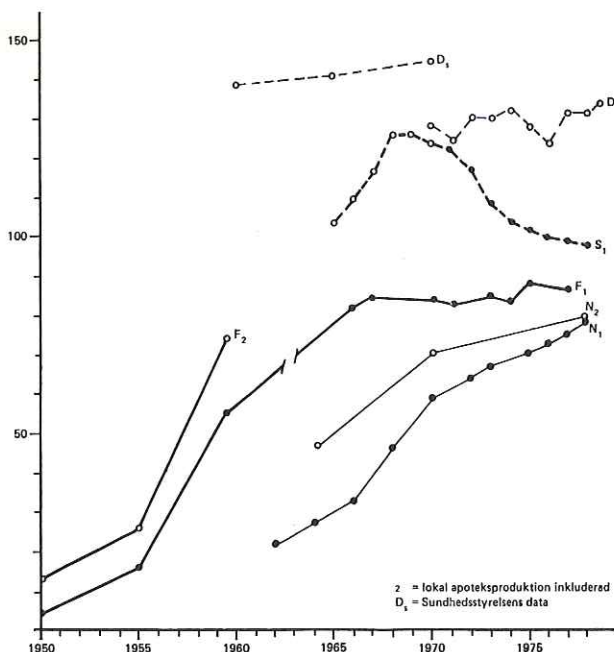
Det är svårt att ta ställning till om alkohol eller valium är farligare då man inte specificerar dos eller bruksmönster. Det centrala är emellertid att Werkö helt glömmer bort att valium brukas på basen av läkarordinationer och att valiumbruk i många länder på grund av sjukförsäkringssystemen inte betalas av brukaren. Anta att en person drabbats av sorg. Skall vi då verkligen säga att det är bättre med valium ordinerat av läkare, i stället för alkohol eller kamomillte. Vilken expertis har läkarna då det gäller behandling av sorg och vad har vi för evidens att valium överhuvud är effektivt då det gäller vardagsbesvär?

Werkö är en hederlig person. Han vågar säga ut att valium används långt mera än officiell medicinsk uppfattning tillåter. Men bruket av valium har slunkit in bakvägen. Varken kontrollörer eller läkare har officiellt velat godkänna denna situation. Skall vi acceptera denna parallell till metadonprogrammen, detta försök att ersätta alkohol med valium? Och hur vet vi att inte valium blir ett tillägg till alkoholbruket?

Det är naturligtvis mot denna bakgrund som vi måste bedöma den omfattning psykofarmakabruket fått också i de nordiska samhällena. I bild 2 illustreras utvecklingen av psykofarmakakonsumtionen. Avsikten är endast att ge en grov bild av utvecklingen över tid och skillnaden mellan länderna. Jag skall inte närmare kommentera data, utan i stället söka konkretisera vad detta betyder. Enligt en ny finsk undersökning uppskattas antalet brukare av psykofarmaka per dag till 6 procent av den finländska befolkningen eller till inemot 250 000 personer och då är inte sjukhuspopulationen medräknad och inte heller har s.k. »dolda psykofarmaka« beaktats vilka ju är speciellt många i Finland (Riska och Klaukka 1982).

Är detta ett tecken på överkonsumtion eller inte? Någon säger kanske att detta svarar mot människors behov. Men detta är osäkert. Läkarnas auktoritet och förskrivningar samt myten om vetenskaplighet gör att det är svårt att hävda att det är individens behov som styr konsumtionen.

Bild 2. Konsumtionen av psykofarmaka enligt vår snäva definition beräknad på basis av försäljningen omräknad till DDD per 1000 invånare per dag.



Källa: Bruun et al. 1982, 101.

Vi har också en rad indikationer på att överkonsumtion är ett reellt problem. Låt mig ta några exempel:

- experiment vid vårdanstalter med minskad psykofarmakamedicinering har visat på positiva effekter utan att patienterna blivit lidande
- alkoholpatienter har reagerat mot alltför omfattande medicinering och betonat att de inte kommit under vård för att bli beroende av andra beroendeskapande medel
- en analys av följderna av nedgången i konsumtionen av psykofarmaka i Australien visar hur läkemedelsförgiftningarna gått ned jämsides med konsumtionen
- undersökningar av regionala skillnader i Norge pekar på att sjukdomsbilden inte kan förklara skillnaderna i läkemedelsbruk
- sjukförsäkringen har varit en kausal faktor som bidragit till att läkemedelskonsumtionen ökat

- undersökningar från norska fängelser pekar på en konsumtionsnivå långt över den på mentalsjukhus.

Sistnämnda punkt är intressant. Först tillfogar vi människor medvetet det lidande fängelsestraff innebär, sedan försöker vi minska detta lidande genom att droga ned honom. Detta kan ju synas vara en mänsklig lösning, men vore det inte rimligare att använda straff, vilkas konsekvenser inte leder till medicinering som innebär avsevärda hälsorisker.

Låt mig summera upp några centrala punkter.

1. Det finns en tendens att överdriva skiljelinjerna mellan psykofarmaka i kontrast till alkohol och narkotika och likaså mellan psykofarmaka och sådana på psyket verkande substanser som inte registrerats som läkemedel. Psykofarmakas »tvåfrontsrig« har varit framgångsrikt.
2. Psykofarmakabruket är till stor del ovetenskapligt. Det är delvis fråga om en ny varugrupp som vi saknar möjligheter att bedöma. Långtidseffekterna är rätt oklara. Vi kan vänta oss många obehagliga överraskningar – åtminstone att döma av tidigare besvikelser.
3. Tekniska innovationer har också tidigare skapat nya typer av problem. Uppfinningen av destillationstekniken, upptäckten av morfin och heroin har lett till stora besvärigheter och få vinningar, och det är fara värt att vi i framtiden kan råka ut för samma bedömning vad gäller vissa typer av mycket använda psykofarmaka.
4. Den höga konsumtionsnivån och det omfattande bruket för vardagsbesvär har kommit till trots att vi haft en relativt utvecklad läkemedelskontroll.

Hur skall vi förstå detta?

Låt mig igen dra en parallell till alkoholpolitiken. Under 1950- och 1960-talen då alkoholkonsumtionen ökade starkt, innebar det också att alkoholkontrollen luckrades upp. Som Klaus Mäkelä och hans team konstaterar i en analys över utvecklingen i sju länder kan utvecklingen karakteriseras av att alkoholen mer och mer får karaktären av en vanlig vara, den normaliseras, och utvecklingen av kontroll och konsumtion kan ses som ett resultat av drag i den allmänna samhällsutvecklingen (Mäkelä et al. 1981).

Inom läkemedelskontrollen är utvecklingen delvis en annan. Det har byggts upp en statlig kontrollapparat som vuxit sig starkast i Sverige med mer än 120 anställda. Kontrollen har gjort mycket gott, men den har inte haft kraft att stå emot den medicinsk-teknologiska yran och psykofarmakas segertåg, den har låtit sig fascineras av vetenskaplig övertro och starkt påverkats av läkemedelsindustrins synsätt. Också inom EEC har man sökt lansera tanken att läkemedel i högre grad än tidigare skall vara en vanlig

vara och det innebär antagligen att vi kommer att få en liknande skilje-linje mellan Danmark och de övriga nordiska länderna vad gäller psykofarmaka som vi har då det gäller alkohol och narkotika. Kontrollens svårigheter kommer att ytterligare öka genom förhoppningar om export särskilt i Sverige men också i Danmark och Finland.

I detta läge förefaller det som om Norge vore det enda nordiska land som skulle ha chansen att bygga upp en läkemedelspolitik som utgår från ett folkhälsoerspektiv. Här finns svagare industriintressen, här finns en kontrolltradition att falla tillbaka på, men som från senare hälften av 1960-talet hotats av den internationella utvecklingen och nordiska harmoniseringssträvanden. Men detta kräver en omorientering där följande moment är särskilt viktiga

- en kritisk analys av läkemedelskontrollens nuvarande inriktning och arbets sätt
- en realistisk bedömning av vetenskapens begränsningar och möjligheter
- en fördjupad analys av det nuvarande psykofarmakabrukets karaktär
- en analys av de nuvarande definitionernas sociala konsekvenser.

Låt mig avsluta med några ord om definitioner. Jag har själv låtit bli att närmare definiera alkohol, narkotika och psykofarmaka. Jag vet att ett franskt chateauvin inte är detsamma som linjeakvavit lika litet som coca-blad är detsamma som heroin. Jag har också förbigått att psykofarmaka är en heterogen grupp. Det viktiga är att vi är medvetna om att dessa begrepp fått en allmer juridisk-administrativ karaktär. Detta gäller också läkemedel. Det väsentliga är att våra definitioner på läkemedel och vår politik genom definitionsinriktningen speciellt premierat högpotenta läkemedel. Varför inte omdefiniera läkemedelsbegreppet så att placebo-effekten maximeras och – för att symboliskt anknyta till inledningen – ge konfekten status av läkemedel på nytt.

Ketil Bruun

Adresse: Professor Ketil Bruun
Sociologiska Institutionen, Stockholms Universitet
S-10691 Stockholm

LITTERATURFÖRTECKNING

- Bruun, K., P. Bomann-Larsen, E. Falkum, E. Holme Hansen, E. Hemminki, K. Dahl Jacobsen, T. Ø. Jensen, I. Koskikallio, J. Lilja & T. Pesonen: Läkemedelsfrågan i Norden i ljuset av psykofarmakakontrollen. Prisma, Stockholm 1982.
- Bruun, K., G. Edwards, M. Lumio, K. Mäkelä, L. Pan, R. E. Popham, R. Room, W. Schmidt, O.-J. Skog, P. Sulkunen & E. Österberg: Alcohol control policies in public health perspective. The Finnish Foundation for Alcohol Studies Volume 25, Forssa 1975.

- Bruun, K., L. Pan & I. Rexed: The Gentlemen's Club. International control of drugs and alcohol. The University of Chicago Press, Chicago 1975a.
- Hemminki, E. & T. Pesonen: Lääke-esittelyt (Läkemedelspresentationerna). Kansanterveyslaitoksen julkaisuja M 34, Tampere 1978.
- Mäkelä, K., R. Room, E. Single, P. Sulkunen & B. Walsh et al.: Alcohol, society and the state. I. A comparative study of alcohol control. Addiction Research Foundation, Toronto 1981.
- Nordenfeldt, Lennart: Vad dog hon av? Om konsten att bestämma dödsorsaken. Forskning och framsteg 1980, nr. 8, 35—39.
- Pan, L.: Alcohol in Colonial Africa. The Finnish Foundation for Alcohol Studies Volume 22, Forssa 1975.
- Poikolainen, K.: Drug poisoning mortality trends in Scandinavian countries 1961—1973. Scandinavian Journal of Social Medicine 1977, 5, 115—121.
- Riska, E. & T. Klaukka: Läkemedelsfrågan ur hälso- och sjukvårdsforskningens synvinkel. Inlägg vid seminarium om Läkemedelsfrågan i Norden i ljuset av psykofarmakakontrollen. Esbo, Finland 1982.
- Troels-Lund: Dagligt liv i Norden i det 16. Aarhundrede. Bind V (utan år).

MEDDELELSE FRA REDAKTIONEN

Som nævnt i NTFK 1981 s. 3 har *Nordisk Samarbejdsråd for Kriminologi* ydet en væsentlig støtte i forbindelse med reorganiseringen af tidsskriftet. Af forsiden på dette nummer fremgår, at samarbejdsrådet nu yderligere har finansieret udgivelsen af dette ekstraordinære nummer for derved at skaffe mulighed for publicering af flere artikler, fyldigere kronikker o. s. v. Det er redaktionens håb, at vi allerede fra 1983 på grund af det øgede antal medlemmer vil være i stand til at udgive 320 sider om året. På medlemmernes vegne takker vi rådet for, at vi gennem dets støtte har haft mulighed for at foruddiskontere denne udvikling.

NTFK's svenske redaktør, *Nils Jareborg*, skal i en periode opholde sig i udlandet. *Sten Heckscher* har derfor indtil videre overtaget hvervet.

Redaktionen