

BETÆNKNING  
OM  
MISBRUG AF EUFORISERENDE  
STOFFER

AFGIVET AF DET AF INDENRIGS-  
MINISTERIET UNDER 10. NOVEMBER 1950  
NEDSATTE UDVALG



FOLKETINGETS BIBLIOTEK  
OG OPLYSNINGSTJENESTE  
CHRISTIANSBORG  
DK-1240 KØBENHAVN K  
TELEFON (01) 116600

KØBENHAVN

1953

.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....



## INDHOLDSFORTEGNELSE

Indledning .....	5
I. De euforiserende stoffer og deres anvendelse .....	7
II. Internationale konventioner og fremmed lovgivning .....	12
III. Udviklingen i Danmark .....	22
IV. Bør der træffes yderligere foranstaltninger til bekæmpelse af misbrug af euforiserende lægemidler i Danmark? .....	32
V. Forbud mod visse euforiserende stoffer .....	37
VI. Foranstaltninger med hensyn til lægers og andre medicinalpersoners ordinationer af euforiserende stoffer .....	39
1. Udsendelse af en vejledning vedrørende lægernes ordination af stofferne .....	39
2. Særlig ordning i Københavns og Frederiksberg kommuner .....	41
3. Fortsættelse af de tidligere lokale ordninger .....	42
4. Foranstaltninger over for læger, der ordinerer euforiserende stoffer på uforsvarlig måde .....	43
5. Foranstaltninger til undgåelse af falske recepter .....	45
6. Andre medicinalpersoners ordination af euforiserende stoffer .....	47
VII. Foranstaltninger vedrørende apotekeres udlevering af euforiserende stoffer .....	48
VIII. Kontrollen med brug af euforiserende stoffer .....	49
1. Områder, der nu er uden for kontrolordningen .....	51
2. Apotekernes udfyldelse af indberetningslisterne .....	54
3. Amtslægernes arbejde med eufomanibekæmpelsen .....	54
4. Sundhedsstyrelsens bearbejdelse af listerne .....	54
IX. Foranstaltninger mod smughandel med euforiserende stoffer .....	55
X. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse af eufomane .....	57
XI. Eufomani og førerbevis til motorkøretøj .....	61
Resumé af udvalgets forslag .....	62
Bilag:	
Bilag 1. Eufomanien i Danmark, belyst ved analyse af en måneds 54.000 recepter. Af <i>amtslæge, dr. med. Palle Wiingaard</i> .....	64
Bilag 2. Praktiske erfaringer vedrørende eufomanien i Storkøbenhavn. Af <i>afdelingslæge, dr. med. Mogens Ellermann og politiinspektør Jens Jersild</i> .....	66
Bilag 3. Nogle bemærkninger om forbruget af euforiserende stoffer i Danmark i de senere år. Afgivet af sundhedsstyrelsen .....	71
Bilag 4. Udvalgets forslag til vejledning til brug ved ordination af euforiserende stoffer .....	73
Bilag 5. Udvalgets udkast til lovforslag om ændring i lov nr. 72 af 14. marts 1934 om udøvelse af lægegerning .....	78



## INDLEDNING.

Den 10. november 1950 nedsatte indenrigsministeriet et udvalg med den opgave at undersøge de lægelige og administrative problemer, der knytter sig til anvendelsen af morfin og andre præparater med euforisk virkning, samt over for ministeriet at fremkomme med forslag sigtende til at mindske misbruget af disse præparater.

Ministeriet anmodede sundhedsstyrelsens juridiske konsulent, højesteretsdommer, dr. phil. *Victor Hansen*, om at overtage hvervet som udvalgets formand.

Til medlemmer af udvalget beskikkede ministeriet iøvrigt:

Sundhedsstyrelsens konsulent i farmakologi og toksikologi, reservelæge, dr. med.

*A. Harrestrup Andersen*,

sundhedsstyrelsens konsulent i psykiatri, overlæge ved Bispebjerg hospitals psykiatriske afdeling, dr. med. *Carl Clemmesen*,

retslægerådets næstformand, overlæge ved rigshospitalets psykiatriske klinik, professor ved Københavns universitet, dr. med. *Hjalmar Helweg*,

sekretær - senere fuldmægtig — i justitsministeriet *Per Lindegaard*,

tilforordnet sagkyndig ved retslægerådet, professor ved Københavns universitet, dr. med. *Knud O. Møller*,

dr. *Jørgen Riising*, Otterup, der var udpeget af Den almindelige danske Lægeforening, og

kontorchef i sundhedsstyrelsen *A. Skovgaard*.

Til sekretær i udvalget udnævntes fuldmægtig i indenrigsministeriet */.* *Barfod*.

Udvalget har holdt 23 møder. Endvidere har professor Møller, dr. Riising, overlæge Clemmesen og dr. Harrestrup Andersen i fællesskab udarbejdet det i betænkningen omhandlede forslag til vejledning angående lægers ordination af euforiserende stoffer, og de tre sidstnævnte har ført forhandlinger om dette forslag med repræsentanter for Den almindelige danske lægeforening.

På forskellige af sine møder har udvalget drøftet særlige spørgsmål med de nedenfor nævnte sagkyndige udenfor medlemmernes kreds:

Lægeseekretær i sundhedsstyrelsen, senere amtslæge i Skanderborg, dr. med. *Palle Wiingaard*, der har foretaget en indgående statistisk bearbejdelse af ordinationerne af euforiserende stoffer i november 1949, og med hvem man har drøftet dette forhold samt ordningen vedrørende sundhedsstyrelsens eufomankartotek.

Overlæge ved rigshospitalet, professor ved Københavns universitet, dr. med. *K. Brøchner-Mortensen*, med hvem man har drøftet spørgsmålet om anvendelse af amfetamin i forbindelse med afmagringskure.

Chefen for Københavns lægevagt, dr. *Svend Thygesen*, der har givet oplysning om natlægenes erfaringer med eufomane.

Stadslæge i København, dr. med. *Esther Ammundsen*, vicedstadslæge i København, dr. med. *H. E. Knipschildt*, embedslægeforeningens daværende formand, amtslæge i Holbæk *Erik Lynge*, amtslæge i Århus, dr. med. *Einar Øllgaard*, sundhedsstyrelsens apoteksvisitator *C. J. Toft-Madsen*, apoteker *A. D. Hørluck* (Rådhusapoteket i København) og apoteker *S. E. Bjørn* (apoteket »Trianglen« i København). Udvalget har med de pågældende drøftet embedslægernes og apotekernes andel i eufomani-bekæmpelsen.

Politiinspektør ved Københavns politi / *Jersild*, der har givet udvalget udførlige oplysninger om politiets erfaringer vedrørende eufomanien i Storkøbenhavn.

Professor ved Den kongelige veterinær- og landbohøjskole *V. Adersen*, der har givet udvalget oplysninger om dyrlægernes ordinationer af euforiserende stoffer.

Den foreliggende betænkning er tiltrådt af alle udvalgets medlemmer.

København i juli 1953.

*A. Harrestrup Andersen.*

*Carl Clemmesen.*

*Victor Hansen,*  
formand.

*H. Helweg.*

*Per Lindegaard.*

*Knud O. Møller.*

*Jørgen Rining.*

*A.*

*Skov*

*gaard.*

---

*Jørgen Barfod.*

## I. DE EUFORISERENDE STOFFER OG DERES ANVENDELSE.

*Rusgifte* - euforiserende stoffer - har været kendt og benyttet af menneskene fra de ældste tider. De anvendes i næsten alle lande, af næsten alle racer og befolkningsklasser, af primitive folkeslag som af det moderne samfundsmenneske.

Gennem deres virkning på hjernen fremkalder rusgiftene en særlig form for velvære: *eufori* (hvoraf navnet *euforiserende stoffer*) eller de ophæver ulystfølelser og andet ubehag. I tilstrækkelige doser fremkalder mange af disse stoffer en *rus*, d. v. s. en tilstand, hvor storhjernens hæmmende funktion er mere eller mindre nedsat, og hvor individets handlinger derfor bliver mere uhæmmede, ligesom rusen forbigående kan bringe individet glemsel for plagende tanker og truende konflikter.

Ved fortsat brug af euforiserende stoffer kan der udvikle sig en *eufomant*<sup>1)</sup>, d. v. s. en forfaldenhed til stoffet, der først og fremmest er karakteriseret ved en voldsom trang til fortsat at opnå den euforiserende virkning og derved forhindre, at der indtræder *abstinenssymptomer*, d. v. s. de ofte meget ubehagelige, undertiden ulidelige symptomer, der indtræder, når de *eufomane personer* ikke længere er under påvirkning af rusgiften. Ofte vil det være sådan, at den eufomane persons hele tilværelse koncentrerer alene om dette: med alle midler at skaffe sig den uundværlige rusgift; familie, arbejde og andre sociale forpligtelser forsømmes efterhånden ganske; den pågældendes moralske habitus kan forværres i svær grad, ligesom den legemlige helbredstilstand ofte forringes. For et sådant forfaldent menneske er livet blevet et helvede, der er langt værre end det liv, han ved rusgiftens hjælp søgte at flygte fra.

For mange euforiserende stoffer er det karakteristisk, at deres virkning ved stadig indtagelse af stofferne bliver svagere og svagere, eller - med andre ord - at de pågældende personers påvirkelighed af stofferne bliver mindre og mindre. De pågældende personer er blevet *tilvænnede* til stofferne. For stadig at opnå den tilstræbte *eufori* må disse personer derfor tage større og større doser af de pågældende stoffer, f. eks. morfin. Kroniske morfinister tager ret ofte morfin i doser, der hos normale, ikke tilvænnede personer ville fremkalde en dødelig forgiftning.

De euforiserende midler er talrige og mangeartede. Fraregnet de alkohol-holdige drikke - der ikke har været genstand for udvalgets arbejde - har man som euforiserende midler fra de ældste tider anvendt en lang række såkaldte plantedroger, d. v. s. tørrede plantedele, eller udtræk af sådanne (kokablade, opium, hashish og andre). Et stort antal af disse euforiserende midler har også fundet anvendelse som lægemidler, hvilket har givet stødet til renfremstilling af de i plantedrogerne indeholdte virksomme stoffer (f. eks. kokain og morfin). Senest har den farmaceutiske

<sup>1)</sup> En nærmere definition af begrebet *eufomani* (engelsk: »Addiction«; tysk: »Sucht«) findes s. 74.

industri syntetisk fremstillet talrige nye euforiserende stoffer under arbejdet på at fremstille nye lægemidler. Det er disse - såvel ældre som nyere - præparater og stoffer, der anvendes som lægemidler, og som desuden har euforiserende virkning, *de euforiserende lægemidler*, der omhandles i denne betænkning.

Fraregnet alkohol spiller de euforiserende midler, der *ikke* anvendes som lægemidler (f. eks. hashish), ingen rolle her i landet.

Det euforiserende lægemiddel, der rejste de første store problemer, og som efterhånden førte til de mest omfattende misbrug i verden, er *opium*. Opium er den indtørrede mælkesaft af opiumvalmuen, der oprindeligt voksede vildt i Middelhavslandene<sup>2)</sup>, og dets virkning skyldes dets store indhold af *morfin* (ca. 10%). Opium var i datidens kulturlande, Lilleasien, Ægypten og Grækenland, kendt som lægemiddel, førtes af Araberne til Indien og Kina og benyttedes allerede i middelalderen tillige som nydelsesmiddel i Levanten og Østen ved tygning og drikning; fra det 16. århundrede haves talrige meddelelser herom<sup>3)</sup>. I det 17. århundrede begyndte opiumsrygningen, der derefter bredte sig i meget vidt omfang i Persien, Indien og Kina<sup>4)</sup>, hvor den blev en folkelast. I Kina bredte rygningen sig meget stærkt navnlig i det 19. århundrede, begunstiget af det betydelige udbud fra andre stater og af de kinesiske regeringers politiske svaghed; en række regeringsforbud mod opiumsrygning og mod indførsel af opium blev uden væsentligt resultat<sup>5)</sup>. Omkring begyndelsen af det 20. århundrede begyndte i Kina også misbrug af morfinpiller og morfinindsprøjtninger at gøre foruroligende fremskridt, til dels på grund af modstanden mod opiumsdyrkingen og -rygningen<sup>6)</sup>. Omtrent samtidig begyndte en række kraftigere offentlige foranstaltninger mod misbrugene. Mellem en lang række stater afsluttedes de 3 opiumskonventioner af 1912, 1925 og 1931. Indiens og Kinas opiumsproduktion indskrænkedes betydeligt, i 1928 indførtes i Kina meget strenge straffe for smughandel med narkotika; Kinas opiumsproduktion, der endnu i 1934 var på 5856 tons, var i 1937, da Japans krig mod Kina begyndte, nede på 891 tons<sup>7)</sup>. I Ægypten regnedes i 1930 ca. ½ million af en befolkning på ialt ca. 14 millioner for forfaldne til rusgifte; efter en kraftig bekæmpelse ansloges tallet i 1935 til ca. 17.000<sup>8)</sup>. Opiumsmisbrug har dog stadig stor betydning i de pågældende lande, hvilket fremgår af den kolossale forskel, der stadig er på verdens opiumsproduktion og forbruget af opium til medicinsk og videnskabelig anvendelse.

Fra de asiatiske lande har opiumsrygningen bredt sig til europæiske og amerikanske storbyer, hvor den dog ikke har haft nogen videre betydning. I Europa og Amerika benyttedes opium først som krydderi og lægemiddel, og misbrug forekom navnlig ved, at patienter blev forfaldne til opium: denne forfaldenhed er som sygdom første gang erkendt i begyndelsen af det 19. århundrede<sup>9)</sup>. Efter at det i 1806 var lykkedes at renfremstille *morfin*, og efter at en sprøjte til indsprøjtning af opløsning under huden var opfundet i midten af 1800-tallet, blev den lægelige brug af

<sup>2)</sup> K. O. Møller m. fl.: *Stimulanser* (København 1945), side 52.

<sup>3)</sup> *Stimulanser*, side 16-17, 52-53; Owen: *British opium policy in China and India* (New Haven 1934), side 1 ff.

<sup>4)</sup> *Stimulanser*, side 17 og 70.

<sup>5)</sup> Jfr. i det hele Owens ovennævnte bog.

<sup>6)</sup> Owens ovennævnte bog, side 340.

<sup>7)</sup> *Stimulanser*, side 17-18.

<sup>8)</sup> *Stimulanser*, side 40.

<sup>9)</sup> *Stimulanser*, side 25.



dette stof på grund af dets fremragende smertestillende egenskaber hurtigt meget almindelig, og der opstod en række tilfælde af morfinisme såvel hos patienter som hos læger. Morfinisme ved »smitte« fra andre morfinister synes først oprådt i større omfang i de hektiske år efter første verdenskrig og mest i storbyerne, dels i mondæne restaurationskredse, dels blandt personer, der var gået til bunds i samfundet. Samtidig med morfinens fremgang er anvendelsen af opium gået tilbage; det anvendes nu navnlig som opiumsdråber (*tinctura opii*), endvidere blandt andet som tilsætning til hostestillende midler, og misbruges her i landet forholdsvis sjældent som rusgift.

Det stof, som næst efter opium tildrog sig den almindelige opmærksomhed, var *kokain*. Kokain modvirker træthedssymptomer, og kokablade blev derfor fra gammel tid anvendt af indianske bærere til tygning, uden at dette synes at have givet anledning til større forfaldenhed, der muligt modvirkes af naturfolkenes ukomplicerede levevis og hårde friluftsarbejde. Kokain renfremstillede i 1860, og i 1880-erne forsøgte man at benytte det som afvænningsmiddel mod morfinisme, hvilket dog senere opgaves, da kokain viste sig langt farligere end morfin<sup>10</sup>). Kokain adskiller sig i virkning på ret væsentlig måde fra morfin og beslægtede stoffer. Euforien efter kokain er betydeligt mere udtalt end efter morfin o. l. Ved kokainismen træder det egentlige nydelsesmoment væsentligt stærkere frem end ved morfinismen, og dette præger også kokainismens opståelsesmåde og udbredelse. Det hører til sjældenhederne, at kokainisme opstår på grund af lægelig ordination, simpelthen fordi der næsten aldrig er lægelig indikation for anvendelse af kokain udover en enkelt eller nogle få gange. Kokainismen fører til ødelæggelse langt hurtigere end morfinismen; i løbet af få måneder kan kokain gøre en rask person til et åndeligt og legemligt vrage.

De moderne lokalbedøvende midler har næsten helt overflødiggjort kokain i sygdomsbehandling; som øjendråber (til lokalbedøvelse af øjet) har det dog fortsat betydning.

Siden slutningen af forrige århundrede har lægevidenskaben og kemien arbejdet på at finde frem til stoffer, der havde morfinens lægelige egenskaber uden at have dets euforiserende ulemper. Man har herved fundet frem til en lang række stoffer, der dog alle har vist sig euforiserende:

*Tetraon*, *pantopon* o. lign. er blandinger af forskellige stoffer udvundet fra opium. Både som smertestillende og som eufomanifremkaldende præparater virker de ganske som morfin, der også udgør hovedbestanddelen i præparaterne.

Ud fra morfin har man kemisk fremstillet en række nye stoffer som *heroin*, *hydromorfon* (dilaudid), *oxykon* (eucodal), *thebakon* (acedikon), *metopon* og *metorfinan* (dromoran). Disse stoffer har i det store og hele samme virkninger som morfin, såvel med hensyn til smertestillende virkning som med hensyn til euforiserende virkning. Særlig farlig med hensyn til fremkaldelse af eufomani er dog heroin, der regnes for måske det farligste af alle euforiserende stoffer, hvorfor en lang række lande allerede har forbudt al indførsel og forhandling af stoffet; brugen af stoffet flourer imidlertid stadig kraftigt i den internationale smughandel.

I de seneste år er der fremstillet en række stoffer som *metadon* (butalgin), *petidin*

<sup>10</sup>) Stimulanser, side 25, 284.

(dolantin), *ketobemidon* (cliradon) og mange andre, der, skønt de kemisk ikke er beslægtet med morfin, dog besidder den samme smertestillende og euforiserende virkning som morfin og derfor frembyder ganske samme farer som morfin med hensyn til risikoen for fremkaldelse af eufomani. Eufomani med disse stoffer er relativt hyppig. Et stof som f. eks. metadon (butalgin) kan fuldstændig erstatte morfin hos en selv udtalt kronisk morfinist. Her i landet har det indtil for ganske nylig været således, at eufomane, der driver illegal handel med euforiserende stoffer (erhvervet gennem lægerecept), har foretrukket metadon fremfor morfin, fordi illegal handel med metadon (der først siden 1952 har hørt under opiumsordeningen, se side 27), kun kunne straffes som overtrædelse af apotekerloven med en mindre bøde, medens illegal handel med morfin kan straffes efter opiumsbestemmelserne med fængsel.

*Kodein* (metylmorfin) og *etylomorfin* har, selv om de kemisk står morfin nær, kun ringe euforiserende virkning, og det er sjældent at træffe et svært tilfælde af eufomani forårsaget af disse stoffer. Kodein og etylmorfin har stor anvendelse som hostestillende midler, og kodein anvendes endvidere i meget stort omfang i smertestillende tabletter af typen *codeifen-tabletter*, *codyl-tabletter* o. lign. Anvendt på fornuftig måde er disse smertestillende midler fortræffelige, men der er ingen tvivl om, at der finder et meget betydeligt misbrug sted af sådanne tabletter, et misbrug der langt fra kan karakteriseres som harmløst. Når Danmarks forbrug af kodein (se side 30) er så højt, beror det uden tvivl på anvendelsen i de nævnte smertestillende tabletter.

*Hydro kon* (dicodid) er et morfinlignende præparat, der anvendes som hostemiddel. Det indtager en mellemstilling mellem kodein og morfin med hensyn til risikoen for fremkaldelse af eufomani. Efter fortsat indtagelse af betydelige mængder hydrokon fremkommer en eufomani, der i meget ligner den kroniske morfinisme.

I begyndelsen af dette århundrede opdagede i U. S. A. rygningen af *hashish* (marihuanha), der er et produkt af almindelig indisk hamp. Hashish-rusen giver en betydelig vildskab, der i middelalderen gjorde det til et yndet middel hos muhammedanske krigerstammer; i U. S. A. benyttes det i samme retning af gangstere og af ungdom i forlystelseslivet og har været og er fortsat et betydeligt problem. Under rusen forøges sanseindtrykkene, herunder evnen til at opfatte og følge musik og rytmer, og hashish har derfor i U. S. A. også en vis udbredelse blandt musikere, navnlig jazzmusikere. I Europa spiller hashish-anvendelse som helhed ingen større rolle<sup>17)</sup>. Som ovenfor nævnt benyttes hashish ikke som lægemiddel.

*Amfetamin* (mecodrin), *metamfetamin* (eufodrin) og lignende præparater er en gruppe stoffer, der først er indført i sygdomsbehandlingen i 1935. De er karakteriseret derved, at de udøver en stimulerende virkning på storhjernen, medens morfin m. v. udøver en bedøvende virkning. Som morfin og kokain fremkalder stofferne en udtalt eufori. Amfetamin m. v. er i stedse stigende grad bleven anvendt og misbrugt som et stimulerende middel mod træthed, og i talrige tilfælde har dette ført til typisk forfaldenhed og eufomani. En medvirkende årsag til det nuværende store misbrug af amfetamin o. l. er formentlig det forhold, at sådanne stoffer under den anden verdenskrig i stort omfang blev givet til soldater og til medlemmer af undergrundsbevægelserne for at sætte dem i stand til bedre at kunne gennemføre langvarige og anstrengende aktioner.

<sup>17)</sup> Stimulanser, side 14-15, 52 og 289 ff.

I visse tilfælde har man iagttaget, at indtagelse af selv ret moderate mængder alkohol hos personer, der er forfaldne til amfetamin o. lign. og under påvirkning af disse stoffer, kan fremkalde ganske akutte og svære psykiske forandringer og føre til helt urimelige handlinger, undertiden grove voldsforbrydelser, ja drab.

*Sovemidler* har, navnlig i de allerseneste år, fundet en udbredt anvendelse som euforiserende midler; i første linie drejer det sig om barbitursyrepræparater: *fenemal* (luminal, phenobarbital), *diemal* (veronal, barbital), *allypropymal*, *diallymal* (dial) og *pentymal* (amytal) er de hyppigst anvendte. Stadig anvendelse af 1-2 tabletter om aftenen for at fremkalde søvn kan højst karakteriseres som en dårlig vane, men fører sædvanligvis ikke til eufomani. Ved anvendelse som euforiserende midler indtager de pågældende ofte 5-10 tabletter dagligt, ikke som en enkelt dosis, men fordelt over dagen.

Mellem den første og den anden verdenskrig var det i sig selv ret svage sove-middel *bromisoval* (bromural) en overgang meget anvendt som euforiserende middel, i Sverige bl. a. for at »strække« motboken's rationer. Lejlighedsvis er det herhjemme iagttaget, at kroniske alkoholister er gået over til at benytte *kloralhydrat*, som de fik betalt af socialkontorerne.

Eufomani fremkaldt med specielt barbitursyrer er meget farlig; de pågældende vil ofte til stadighed være udpræget narkotisk påvirket med for eksempel usikker gang og svigtende reaktionsevne. Ved afvænnning fra barbitursyre-eufomani kan der opstå alvorlige, omend forbigående, akutte psykoser (sindslidelser).

En særlig farlig eufomani-form er *samtidig anvendelse af sovemidler og amfetamin o. /.*: En ulempe ved sovemidlerne, anvendt til euforiserende formål, er deres udtalt sløvende virkning; denne sidste kan ophæves af amfetaminets stimulerende effekt. En ulempe ved amfetamin er dets storhjernestimulerende virkning, hvorved bl. a. nattesøvnen kan hindres. Denne ulempe kan ophæves med sovemidler. Gen-sidigt ophæver sovemidler og amfetamingruppens stoffer således de for den eufomane person uønskede virkninger, samtidig med at den euforiserende virkning af stofferne ikke forsvinder, men adderes til hinanden. Denne »koblede« eufomani-form fører erfaringsmæssigt hurtigt til en stærk stigning af de anvendte doser af såvel sovemidler som amfetamin o. lign. og er yderst farlig.

De ovennævnte euforiserende stoffer indtager i vore dages civiliserede stater i det hele en ganske anden stilling end andre rusgifte og navnlig alkohol. Det er almindeligt anerkendt, at disse stoffer kun bør anvendes lægeligt, og misbrugere af stofferne vil ofte være henvist til at skaffe dem ved urigtige forklaringer til læger eller ved ulovlig smughandel; de vil ofte føle deres families og samfundets misbilligelse, bevæge sig i et væv af fortielser og løgne og må hyppigt føle sig i en nedværdigende situation.

Når der desuagtet stadig forekommer udbredte misbrug af euforiserende stoffer i civiliserede stater, beror det på en flerhed af forhold. Den stigende udbygning af sundhedsvæsenet har gjort det stadig lettere for den store befolkning at komme i berøring med stofferne. Det moderne samfunds forcerede tempo og løsnede traditioner skaber formentlig et stigende antal tilpasningsvanskeligheder - der også har givet sig udslag i et stigende antal selvmord og svangerskabsafbrydelser — og dermed et stigende stimulansbehov. De stigende priser på alkohol kan have bevirket en drejning af rusgiftmisbruget over mod euforiserende lægemidler. I U. S. A. ar-

bejder narkotikabandernes salgsorganisationer for udbredelse af misbrug, hvilket i de seneste år bl. a. har medført et stigende misbrug hos unge mennesker, der lader sig påvirke af dårlige kammerater, navnlig til brug af marihuana og heroin<sup>12</sup>).

Hos læger og til dels sygeplejersker synes misbrug at forekomme forholdsvis hyppigt<sup>13</sup>). Dette kan forklares ved deres anspændende arbejde, der ofte kræver fuld arbejdskraft og oplagthed på alle tider af døgnet; endvidere og navnlig deres lette adgang til stofferne.

At misbrugene vedblivende er et stort problem i den civiliserede verden fremgår af den aktivitet, der stadig vises ved ulovlig fremstilling af stofferne og ved internationale smuglingsaffærer, ofte gennem velorganiserede og hårdhændede smuglerbander<sup>14</sup>). Bekæmpelsen af disse forhold har i de senere år stadig stået på programmet i de forenede nationers arbejde og det internationale kriminalpolitiarbejde.

## II. INTERNATIONALE KONVENTIONER OG FREMMED LOVGIVNING.

Det var opiumssituationen i Kina og det øvrige Østen, der førte til det internationale samarbejde om bekæmpelse af misbrug af euforiserende stoffer.

I 1909 samledes i *Shanghai* en international konference om spørgsmålet med deltagere fra Frankrig, Holland, Italien, Japan, Kina, Persien, Portugal, Rusland, Siam, Storbritannien, Tyskland, U. S. A. og Østrig-Ungarn. Konferencen sluttede med vedtagelse af en række resolutioner, der skulle forelægges de deltagende landes regeringer, og hvori regeringerne opfordredes til at tage en række forholdsregler til modvirkelse af misbrug af opium, morfin m. v. Egentlige forpligtelser for de deltagende stater betød konferencen ikke.

Allerede i 1911 sammentrådte imidlertid i Haag en ny international konference, der omfattede de samme magter som ovenfor nævnt med undtagelse af Østrig-Ungarn, og som førte til afslutningen af *den første internationale opiumskonvention den 23. januar 1912*. I denne konvention gaves for det første regler om råopium. Det bestemtes i så henseende, at der skulle føres virksom kontrol med fremstillingen og udleveringen af råopium, og der gaves endvidere regler om ind- og udførsel af råopium, hvorefter sådan ind- og udførsel kun skulle kunne foretages af særligt autoriserede personer og over visse byer og havne, og hvorefter udførsel til lande, der forbød indførsel af råopium, ikke måtte ske, og udførsel til lande, der begrænsede indførslen af råopium, kun måtte ske under kontrol. Endvidere gaves regler for *præpareret opium* - opium forarbejdet til rygning, spisning eller iøvrigt som nydelsesmiddel; fremstilling og brug af præparatet opium skulle efterhånden søges undertrykt; præpareret opium måtte ikke indføres af de deltagende magter, og også

<sup>12</sup>) Jfr. U. S. Treasury Department: Traffic in opium and other dangerous drugs, 1949-51, Weston m. fl.: Narcotics, U.S.A. (New York 1952).

<sup>13</sup>) Efter en tysk statistik tilhørte omkring 30% af alle morfinister den medicinske profession, og deraf var næsten halvdelen læger.

<sup>14</sup>) Jfr. f. eks. U. S. Treasury Department: Traffic in opium and other dangerous drugs, 1949, 1950 og 1951. Endvidere rapport om ulovlig narkotikatrafik i 1951, afgivet til den internationale kriminalpolitikkommissions møde i Stockholm i juni 1952, jfr. iøvrigt om forhandlingerne på dette møde International Criminal Police Review 1952, side 219-20.

udførsel skulle snarest forbydes og skulle straks begrænses efter noget lignende regler som dem, der gjaldt for udførsel af råopium, bl. a. således, at præpareret opium ikke måtte udføres til et land, der forbød dets indførsel. Dernæst gaves regler om *opium til medicinsk brug, morfin, kokain og forskellige heraf fremstillede stoffer*. Disse stoffer måtte kun benyttes til medicinske og andre lovlige formål, og ind- og udførsel, fabrikation, salg og udlevering måtte kun ske med særlig tilladelse og i almindelighed under nøje bogføring; udførselstilladelse til et deltagerland måtte kun gives, når dette land havde givet indførselstilladelse. Endelig gaves *særlige regler for lande med interesser i Kina*, og det bestemtes, at deltagerlandene gennem det hollandske udenrigsministerium bl. a. skulle give hinanden *statistiske oplysninger* om handelen med de stoffer, der omfattedes af konventionen.

Konventionen skulle søges undertegnet af en lang række nærmere opregnede stater, idet man håbede at få dens område udstrakt til alle anerkendte stater. Den skulle træde i kraft 3 måneder efter, at den var ratificeret af alle de lande, der havde undertegnet den inden 31. december 1912. Da det viste sig vanskeligt at opnå alle disse ratifikationer, åbnedes i 1914 en protokol, hvis undertegnelse skulle betyde konventionens ikrafttræden for vedkommende land, men derefter forsinkedes hele spørgsmålet af den første verdenskrig. I Versaillestraktaten og forskellige andre fredstraktater bestemtes det imidlertid, at ratifikationen af fredstraktaten skulle betyde opiumskonventionens ikrafttræden for vedkommende land; yderligere underskrev nu mange neutrale stater protokollen af 1914, og opiumskonventionen kom derefter hurtigt til at omfatte næsten alle anerkendte stater. Det kontaktarbejde, der efter konventionen var tiltænkt det hollandske udenrigsministerium, overførtes til generalsekretæren ved Folkenes Forbund.

Den første opiumskonvention var på mange måder et ufuldkomment redskab. Konventionens største betydning lå i reglerne om kontrollen med den internationale handel, men disse regler var lidet udarbejdede. Endvidere i reglerne om kontrollen med stoffernes fremstilling og med den indenlandske handel. En regel om ligevægt mellem produktionen og det lægelige behov fandtes kun for tilvirkede lægemidler, idet opiumsrygning, -spisning o. s. v. som nævnt ikke forbødes, og nogen effektiv mulighed for at skaffe international ligevægt mellem produktion og behov af tilvirkede lægemidler gav konventionen ikke, idet det hollandske udenrigsministerium og senere folkeforbundets generalsekretariat ikke havde myndighed til i så henseende at optræde regulerende overfor medlemsstaterne, og idet bestemmelsen om medlemsstaternes pligt til at afgive statistiske oplysninger også var så løseligt formuleret, at bestemmelsen blev af miødre værdi som led i en sådan regulering. Heller ikke bestemmelserne om, at opiumsrygningen skulle modarbejdes, havde tilfredsstillende virkning.

Ved to internationale konferencer, der trådte sammen i Genève i 1924, forsøgte man at gøre reglerne mere effektive. Den første konference beskæftigede sig med spørgsmålet om kraftigere foranstaltninger mod opiumsrygningen i Østen og resulterede i en *overenskomst af 11. februar 1925*, hvorved det bl. a. bestemtes, at al opiumshandel i de opiumsrygende lande skulle være regeringsmonopol. Den anden konference søgte at gøre 1912-konventionens øvrige regler mere effektive og resulterede i *den anden internationale opiumskonvention af 19. februar 1925*. Denne konvention ophævede mellem deltagerlandene en betydelig del af 1912-konventionen, idet man kun opretholdt den gamle konventions afsnit af præpareret opium, om særregler for stater med interesser i Kina og om ikrafttrædelse og opsigelse. De

regler, som den nye konvention gav om råstoffer og om stoffer forarbejdet til lægelig brug, svarede imidlertid i hovedprincipperne til den tidligere konvention. Konventionens betydning lå navnlig i, at den gav adskilligt *udjørligere regler om kontrollen med den internationale handel*, hvorved en række huller lukkedes, — således regler om tidsbegrænsning af ind- og udførselstilladelser, om frihavne og transithandel. Endvidere *inddroges en række yderligere stoffer under konventionen*, navnlig koka-blade, indisk hamp og produkter af indisk hamp, og det bestemtes, at folkeforbundets sundhedsudvalg gennem folkeforbundet kunne søge andre narkotika inddraget under konventionen, når de viste sig farlige. Endelig *oprettedes i tilknytning til folkeforbundet et fast centraludvalg*, der skulle have udførlige oplysninger om de enkelte landes anslæde behov for og deres produktion, lagre, ind- og udførsel og forbrug af råstoffer og tilvirkede lægemidler, som omfattedes af konventionen; lande, der tillod præpareret opium, skulle også give oplysning om produktion og forbrug heraf. Hvis oplysningerne førte udvalget til den antagelse, at der i en stat skete overdrevne ophobninger af et af konventionen omfattet stof, eller staten var i fare for at blive centrum for ulovlig handel, kunne centraludvalget med rekurs til folkeforbundsrådet henstille til de øvrige stater at undlade udførsel til den pågældende stat af stoffer under konventionen. Konventionen trådte i kraft i 1928 og er tiltrådt af et meget stort antal stater.

*Den tredje internationale opiumskonvention, der afsluttedes i Genève den 13. juli 1931*, og som var et supplement til de tidligere konventioner, indførte *strengere regler om kontrol med tilvirkede lægemidler*. M. h. t. disse lægemidler *bragtes centraludvalgets tilsynsmyndighed i fastere rammer*. Hvert deltagerland skulle årligt forud opgøre sit behov for de pågældende stoffer, og opgørelserne skulle før årets begyndelse offentliggøres af et kontroludvalg. Disse opgørelser skulle - i modsætning til opgørelserne over behovet efter konventionen af 1925 - være bindende for landene; et lands produktion og import med fradrag af eksporten måtte ikke overstige det opgjorte behov, og hvis de regelmæssige indberetninger til centraludvalget om produktion og ind- og udførsel viste, at dette ikke overholdtes, skulle udvalget standse andre landes eksport til landet. Kontroludvalget skulle også udsende opgørelser over *ikke-medlemslandes* behov, og udførsel af større mængder af stofferne til sådanne lande måtte kun ske med centraludvalgets samtykke. Også 1931-konventionen *inddrog yderligere stoffer under konventionen*, og der gaves udførligere regler om fremgangs måden, når der fremkom nye opiums- og kokainforbindelser. Reglerne om *diacetylmorfin (heroin)* og stoffer i gruppe hermed skærpedes, således at de kun måtte udføres til lande, der ikke selv producerede dem, og kun til en officiel myndighed i vedkommende land. Endelig *skærpedes reglerne for kontrol med indenrigs fremstilling og salg af tilvirkede lægemidler*. Konventionen trådte i kraft i 1933 og er tiltrådt af næsten alle anerkendte stater.

Ved *en international overenskomst i Bangkok den 27. november 1931 om undertrykkelse af opiumsrygningen* skærpedes forskellige bestemmelser i Genève-overenskomsten af 11. februar 1925.

*Den fjerde internationale opiumskonvention, der afsluttedes i Genève den 26. juni 1936*, beskæftigede sig med *den strafferetlige og politimæssige bekæmpelse af smughandlen*. Konventionen forpligtede medlemsstaterne til at indføre strenge straffe, navnlig frihedsstraffe, for handel med og transport og besiddelse af euforiserende stoffer, når den foretoges i strid med de tidligere konventioner. Endvidere skulle medlemsstaterne indrette deres lovgivning således, at det enkelte land kunne

straffe også for smughandel foregået i udlandet, hvis man ikke ville udlevere gerningsmanden til strafforfølgning i udlandet. Endelig skulle der organiseres et politimæssigt samarbejde mellem medlemsstaterne. I modsætning til de øvrige konventioner er denne konvention, der trådte i kraft 1939, endnu kun tiltrådt af et forholdsvis begrænset antal stater, således ikke af de nordiske lande<sup>x</sup>).

Ved *en international protokol af 11. februar 1946* bestemtes det, at de opgaver, der efter konventionerne hidtil havde påhvilet folkeforbundets sundhedsudvalg og folkeforbundsrådet, skulle overtages af verdenssundhedsorganisationen og De forenede Nationers økonomiske og sociale råd.

Ved *en international protokol af 19. november 1948* blev der givet regler, hvorefter 1931-konventionen kunne udvides ikke alene til nye opiums- og kokainforbindelser, men til alle nye narkotiske midler.

I De forenede Nationer arbejder man for tiden dels på en sammenfatning af de fire konventioner og dels på en udvidelse, hvorved produktion og handel med råopium skal begrænses til lægelige og videnskabelige formål.

I tilknytning til opiumskonventionen er der i alle deltagerlandene fastsat bestemmelser om kontrol med fremstillingen og salget af de stoffer, der omfattes af konventionen, og om forbud mod smughandel. Disse bestemmelser i forbindelse med den formentlig ofte i forvejen i de forskellige lande gældende regel om, at euforiserende stoffer til lægeligt brug kun kan udleveres mod lægerecept, udgør væsentlige punkter i de enkelte landes lovgivninger om euforiserende stoffer.

I enkeltheder kan de forskellige landes lovgivninger om euforiserende stoffer imidlertid være meget afvigende. En sammenligning mellem 38 landes lovgivning på dette punkt på grundlag af udsendte spørgeskemaer er foretaget i et memorandum, som De forenede Nationers generalsekretariat den 30. april 1949 har afgivet til det udvalg angående euforiserende stoffer, der er nedsat under De forenede Nationers økonomiske og sociale råd. Som det fremgår af det pågældende memorandum, må dets oplysninger tages med forbehold, dels fordi det i sig selv kan være vanskeligt at opnå tilstrækkeligt fyldestgørende oplysninger gennem besvarelserne i et spørgeskema, og dels fordi det yderligere har været vanskeligt at sammenligne de enkelte landes besvarelser, der kan være meddelt ud fra et forskelligt syn på spørgsmålenes betydning. Det skulle dog være muligt at udlede visse hovedlinier.

Der synes herefter for det første at være visse forskelligheder i *reglerne om lægernes ordinationer af euforiserende stoffer*. Det alt overvejende almindelige er, at lægerne må foretage disse ordinationer ud fra deres eget skøn over, hvad der er forsvarlig lægegerning. I forskellige, navnlig eksotiske lande, er der dog *begrænsninger i lægernes ret til at ordinere euforiserende stoffer til eufomane personer*, enten således, at eufomane personer slet ikke må forsynes med euforiserende stoffer<sup>2</sup>), eller at de kun må få dem i faldende doser<sup>3</sup>). Undertiden har lægerne i de pågældende lande og også i en gruppe andre lande - der ligeledes mest er eksotiske, men dog også omfatter f. eks. Østrig, Tjcekoslovakiet og Canada - pligt til at sørge for,

<sup>1</sup>) Når Danmark endnu ikke har tiltrådt konventionen, skyldes det, at man med hensyn til disse spørgsmål, der hidtil ikke har haft betydning i Danmark, har ment at kunne afvente den nye samlede opiumskonvention, som for tiden er under udarbejdelse i De forenede Nationer.

<sup>2</sup>) Dette er oplyst for Japan, Sydkorea og Tyrkiet.

<sup>3</sup>) Albanien, Colombia, Filippinerne, Grækenland og Libanon. I Schweiz og U. S. A. må euforiserende stoffer kun ordineres til eufomane som led i en afvænningskur, jfr. nedenfor side 18 og 20-21.

at de eufomane personer afvænes<sup>4</sup>). I en række lande, der i det væsentligste falder sammen med de ovennævnte grupper - det er formentlig i disse grupper af lande, at eufomaniproblemet gennemgående er størst - har lægerne *pligt til at give indberetning til sundhedsmyndighederne om de tilfælde af eufomani*, som de søges om i deres praksis<sup>5</sup>), medens en sådan ordning ikke gælder bl. a. i en række europæiske lande og i U. S.A.<sup>6</sup>).

Den forskel, der således gør sig gældende i henseende til lægernes behandlingsfrihed overfor eufomane personer, går stort set igen i *spørgsmålet om eufomaniens strafbarhed*.

Den omstændighed, at lægernes ret til at ordinere euforiserende stoffer til eufomane personer i en række lande er indskrænket, må antages at bevirke, at de eufomane i disse lande let drives over i smughandelen. De vil herved i en gruppe lande, der i vidt omfang er identiske med de lande, som indskrænker ordinationsretten, falde ind under forskellige strafferetlige bestemmelser, hvorefter *det ikke-lægelige forbrug af euforiserende lægemidler i sig selv er strafbart*<sup>1</sup>).

En lang række andre stater, herunder forskellige europæiske stater og U. S. A., har ingen bestemmelse om, at det ikke-lægelige forbrug i sig selv er strafbart, men har dog en regel om, at det er *strafbart at være i ulovlig besiddelse af euforiserende lægemidler*\*). En sådan regel - der anbefales i den første opiumskonventions artikel 20 og den anden opiumskonventions artikel 7, og som også gælder i en lang række af de lande, der straffer selve det ikke-lægelige forbrug - skulle i og for sig ramme de samme personer, som ville rammes af et forbud mod ikke-lægeligt forbrug, og derudover muligt ramme en videre kreds, hvis hensigt til at indtage de ulovligt besiddede stoffer ikke kan godtgøres. Det må dog vistnok være berettiget at antage, at besiddelsesforbudet i høj grad er rettet mod smughandlere, og at i hvert fald en del af de lande, som alene har straffebestemmelsen i denne udformning, ikke vender sig så stærkt mod eufomanien som sådan, som det sker i lande med forbud mod selve forbruget.

Endelig findes der en række — formentlig navnlig europæiske — lande, der ikke har forbud mod ikke-lægeligt forbrug, og ej heller straffer den ulovlige besiddelse, men *nøjes med mindre vidtrækkende strafferegler mod smughandel*\*).

Udover de ovennævnte forskelligheder gælder der også i de forskellige lande afvigende regler om, *hvilke andre midler end straf man kan have mulighed for at anvende overfor eufomane*.

I de lande, der efter ovenstående har vid mulighed for at straffe eufomani - så

---

<sup>4</sup>) Albanien, dele af Australien (Vestaustralien og Queensland), Bolivia, Brasilien, Canada, Tjekkiet, Cuba, Filippinerne, Mexico, New Zealand (i visse tilfælde), Tyrkiet og Østrig.

<sup>5</sup>) Albanien, dele af Australien (Sydaustralien og Queensland), Brasilien, Bulgarien, Cuba, Tjekkiet, Filippinerne, Grækenland, Honduras, Japan, Mexico, Sydkorea og (i visse tilfælde) Tyrkiet.

<sup>6</sup>) Dele af Australien (Vestaustralien, New South Wales), Canada, Curacao, Danmark, Holland, Hollandsk Ostindien, Libanon, New Zealand, Norge, Surinam, Sverige, Tyrkiet, U. S. A. og Østrig.

<sup>7</sup>) Denne straffebestemmelse skal gælde i Afghanistan, Albanien, Vestaustralien, Brasilien, Chile, Cuba, Ecuador, Filippinerne, Grækenland, Hollandsk Indien, Honduras, Libanon, Mexico, Siam og Ægypten. I Queensland i Australien er selve den jævnlige indtagelse af euforiserende stoffer strafbar for personer tilhørende den medicinske profession.

<sup>8</sup>) Efter det oplyste skulle dette gælde dele af Australien (Victoria, New South Wales, Sydaustralien, Queensland, Tasmanien), Bolivia, Canada, Colombia, Curacao, Tjekkiet, Frankrig, Irland, Japan, Liechtenstein, New Zealand, Norge, Sverige, Sydkorea, Tyrkiet, U. S. A. og Østrig. Det samme gælder i Belgien, Schweiz og Storbritannien.

<sup>9</sup>) Dette gælder Danmark og efter de foreliggende oplysninger muligvis også Bulgarien, Finland, Holland og Jugoslavien.



vidt ses i reglen med frihedsstraffe - synes der hermed ofte i det væsentlige gjort op med de foranstaltninger, som træffes overfor eufomane. I enkelte af landene synes der dog yderligere mulighed for tvangsindlæggelse til afvænnings<sup>10)</sup>, for anden tvangsbehandling<sup>11)</sup> eller for polititilsyn<sup>12)</sup> eller forbud mod ophold i visse områder<sup>13)</sup>.

I de lande, der ikke i almindelighed straffer for eufomani som sådan, bekæmpes eufomanien dog i mangfoldige tilfælde gennem straffesager, således overfor eufomane receptfalsknere; der er herunder mulighed for at dømme de pågældende enten til et langvarigt fængselsophold, hvor afvænnings kan foregå, eller til afvænnings på en egnet anstalt. Navnlig i disse lande kunne man dog tænke sig, at der kunne være spørgsmål om at indgribe overfor eufomanien på andre måder end ved straf. Det er vanskeligt på dette punkt at slutte noget sikkert af generalsekretariatets memorandum. Reglerne om tvangsindlæggelse eller anden tvangsbehandling synes dog sjældne<sup>14)</sup>. Undertiden findes ordninger med politi- eller andet tilsyn<sup>15)</sup> eller forbud mod ophold i visse områder<sup>16)</sup>.

Det kan ikke af generalsekretariatets memorandum ses, *hvilke foranstaltninger der i de forskellige lande kan tages overfor lager, der ordinerer euforiserende stoffer på uforsvarlig måde.*

Udvalget har indhentet særlige oplysninger om lovgivningen om euforiserende stoffer i U. S. A., Storbritannien, Holland, Belgien, Schweiz, Vesttyskland, Sverige og Norge.

I U.S.A. bygger kontrollen med narkotika på bl. a. de to forbundslove: The Narcotic Drugs Import and Export Act og den såkaldte Harrison Narcotic Act af 1914 med senere ændringer (United States Code, Title 21, section 171 ff., og Title 26, section 2550 ff., 3220 ff.). Den sidstnævnte lov lægger skat på fremstilling, indførsel og salg af narkotika og pålægger i denne forbindelse regnskabspligt og bestemmer, at salget, bortset fra salg mod recept o. lign., kun må ske i eller fra de oprindelige, stemplede pakninger og kun mod en skriftlig rekvisition på en særlig formular. Loven forbyder personer, der ikke har fået stofferne på recept el. lign., at være i besiddelse af de pågældende narkotika, når de ikke har betalt den pligtige skat (section 2593, 3224). Den suppleres herved af enkeltstatslove, der i almindelighed forbyder ulovlig udlevering og besiddelse af narkotika<sup>17)</sup>.

Ved den såkaldte Boggs Act af 2. november 1951 er straffene for forsætlig overtrædelse af The Narcotic Drugs Import and Export Act og Harrison Act for-

<sup>10)</sup> Således formentlig Brasilien, Cuba, Equador og Grækenland.

<sup>11)</sup> Således formentlig Brasilien, Colombia, Equador og Honduras.

<sup>12)</sup> Bolivia, Brasilien, Colombia, Equador, Grækenland og Ægypten.

<sup>13)</sup> Grækenland i visse tilfælde og Ægypten.

<sup>14)</sup> Regler om tvangsindlæggelse findes muligvis i Czekoslovakiet og Tyrkiet og regler om anden tvangsbehandling i Czekoslovakiet og Tyrkiet. Endvidere er almindelige bestemmelser om tvangsindlæggelse gennemført i en række vesttyske stater, og i 1952 er der i staten New York i U. S. A. gennemført bestemmelser om tvangsindlæggelse af eufomane under 21 år, jfr. nedenfor side 18 og 21.

<sup>15)</sup> Sydafrika, Canada, Czekoslovakiet (tilsyn af sundhedsmyndighederne).

<sup>16)</sup> Frankrig i visse tilfælde.

<sup>17)</sup> F. eks. State of New York, Penal Law, section 1751-52. Endvidere State of California, Health and Safety Code, section 11.500 og 11.712-13; efter section 11.715 kan der ikke gives betinget dom for sådanne forhold. Den californiske lov gør også selve narkomanien strafbar med mellem 3 og 6 måneders fængsel, der heller ikke kan gøres betinget (section 11.721-22), ligesom der hjemles straf for den, der skaffer sig recept på narkotika ved svig, fordrejelser, udflugter, fordølgelse af en betydningsfuld oplysning eller benyttelse af falsk navn eller adresse (section 11.715.7, jfr. section 11.170). Udlevering af narkotika på telefonrecept må ikke finde sted (section 11.172).

nylig blevet betydelig skærpet, således at minimumstraffen er 2 års fængsel - i tilfælde af anden og tredje overtrædelse henholdsvis 5 og 10 års fængsel; i gentagelsestilfælde kan en dom ikke gøres betinget.

Med hensyn til lægernes ordinationer af narkotika bestemmes det i Harrison Act, at en læge må foretage sådanne ordinationer »in the course of his professional practice only«. Dette fortolkes af U. S. A.s højesteret således, at narkotika kun må ordineres til en eufoman, hvis det sker som led i en afvænningskur<sup>18</sup>). Spørgsmålet om at fratage læger deres ret til at administrere euforiserende stoffer, hvis de bliver eufomane eller overtræder narkotikalovgivningen, afhænger af de enkelte staters lovgivning<sup>19</sup>). Der synes i så henseende i praksis kun at rejse sig spørgsmål om at fratage hele retten til at praktisere og ikke blot retten til at ordinere euforiserende stoffer. Som en enkeltstatslov, der giver indgående regler om lægers ordination af narkotika, kan fremhæves den californiske Health and Safety Code. Efter denne må ingen læge ordinere narkotika til sig selv (section 11.167). Recepter på narkotika må, bortset fra tvingende omstændigheder, kun udstedes på særlige, af staten trykte receptformularer (section 11.166) og må på ingen måde indeholde falske eller fingerede oplysninger (section 11.165). Narkomane må kun behandles i godkendte, lukkede institutioner (section 11.391), og der gives strenge vægtmæssige og tidsmæssige grænser for ordinationer til narkomane (section 11.392-94). Overtrædelser af disse bestemmelser straffes med fængsel (section 11.715,7, jfr. 11.163). Ordinationer såvel til narkomane som til faste forbrugere af narkotika skal indberettes til sundhedsmyndighederne (section 11.395 og 11.425).

Spørgsmålet om tvangsmæssig behandling af eufomane omhandles i forbundslovgivningen i The Public Health and Welfare Act, der giver udførlige regler om særlige afvænningsforanstaltninger for eufomane. *Tvangsanbringelse* på disse anstalter kan kun ske i tilfælde af strafbar handling, men der er mulighed for *tvangstilbageholdelse* af frivilligt anbragte, jfr. nedenfor side 59. I enkeltstaterne har der i den seneste tid været spørgsmål om almindelig adgang til tvangsendlæggelse af narkomane<sup>20</sup>). I staten New York er i 1952 gennemført en lov om tvangsendlæggelse af narkomane, som er under 21 år gamle<sup>21</sup>).

Som det fremgår af den ovennævnte omfattende lovgivning, har spørgsmålet om misbrug af euforiserende stoffer ret stor betydning i U. S. A. Dette antages at stå i forbindelse med, at underverdenen har kastet sig over og organiseret den illegale narkotikahandel<sup>22</sup>). Antallet af eufomane i U. S. A. er meget vanskeligt at fastslå<sup>23</sup>). I 1914, da Harrison Act kom, ansloges tallet til 150-200.000, mest kvinder, ud af en befolkning på (i 1910) ca. 92 millioner. I 1948 ansloges tallet til ca. 48.000, mest mænd, ud af en befolkning på (i 1950) ca. 150 millioner<sup>24</sup>). I de senere år har der været en mærkbar stigning i eufomanien hos unge mennesker, der ofte begynder med at misbruge marihuanha og derefter går over til heroin; også dette

<sup>18</sup>) Anslinger: Narcotic Control by Physicians, Council on Pharmacy and Chemistry, bind 148 (1952) side 1275 ff. Jfr. Weston m. fl.: Narcotics, U.S.A. (New York 1952), side 18 og 191.

<sup>19</sup>) Jfr. Anslingers ovennævnte artikel.

<sup>20</sup>) U. S. Treasury Department: Traffic in opium and other dangerous drugs for the year 1951, s. 9-

<sup>21</sup>) Weston m. fl.: Narcotics, U.S.A., side 192-94.

<sup>22</sup>) Weston m. fl.: Narcotics, U.S.A., side 15 ff., 129 IL Det samme fremgår af Treasury Departments årsberetninger.

<sup>23</sup>) Weston m. fl.: Narcotics, U.S.A., side 4-5.

<sup>24</sup>) Disse tal er taget fra Vogel, Isbell and Chapman: Present Status of Narcotic Addiction, Chicago 1948. Efter tallene var i 1914 1,6-2,2 ‰ af U. S. A.s befolkning eufomane, i 1948 kun 0,32 ‰ af befolkningen. I Danmark anslås de eufomane til at udgøre 0,25-0,35 ‰, jfr. nedenfor side 32.

menes at kunne føre tilbage til narkotikabandernes salgsbestræbelser og har givet stødet til de seneste års skærpede lovgivning<sup>25</sup>).

I *Storbritannien* findes reglerne om euforiserende stoffer nu i The Dangerous Drugs Act af 1951, der bygger på tidligere lignende love af 1920 og 1932, og i The Dangerous Drugs Regulations af 1953, der bygger på The Dangerous Drugs Regulations af 1937 og The Raw Opium etc. Regulations af 1937.

Det er herefter forbudt enhver at fremstille euforiserende stoffer, der omfattes af loven, med mindre han har særlig tilladelse, og det er forbudt andre end læger, tandlæger, dyrlæger m. v. at udlevere stofferne uden særlig tilladelse, ligesom det er forbudt andre end læger, tandlæger, dyrlæger m. v. at være i besiddelse af stofferne, medmindre de har særlig tilladelse eller har fået stofferne på en lægerecept (Dangerous Drugs Regulations, regulation nr. 2-4, 7-10, 20-22, 27). Efter lovens section 15 straffes bl. a. den, som opnår en sådan tilladelse, herunder formentlig også en lægerecept, under falske foregivender, og efter regulation 9 straffes endvidere den, som opnår ordination på stofferne fra en læge uden at meddele denne, at han samtidig får lignende ordinationer fra en anden læge. Efter regulation 15 må en apoteker kun ekspedere en recept på et af de i loven nævnte lægemidler, hvis han *enten* kender lægens underskrift og ikke har grund til at tro, at den er uægte, *eller* har taget rimelige skridt for at sikre sig, at den er ægte.

Overfor eufomane læger forsøger man i første omgang at gribe ind ved at opfordre dem til at skaffe sig deres stoffer gennem en anden læge, der så forudsættes at søge gennemført en afvænnings. Ordinerer en eufoman læge alligevel til sig selv, overtræder han herved regulation 8 og kan risikere at blive tiltalt herfor. Han kan i så fald blive ramt af regulation 29 og 11, der bestemmer, at hvis en person dømmes for overtrædelse af loven eller af regulations under sådanne omstændigheder, at det må anses for urigtigt fortsat at lade ham administrere euforiserende stoffer, kan indenrigsministeren fratage ham retten til at besidde og uddele og - for så vidt angår læger, tandlæger og dyrlæger - også ordinere stofferne. I så fald fortaber lægen disse rettigheder i adskillige år og får dem først igen, når der foreligger tilfredsstillende oplysninger om, at han er helt helbredt, og der ikke er sandsynlighed for tilbagefald. Fortabelsen af rettighederne forhindrer ham ikke i at fortsætte sin praksis, men han må i så fald få en anden læge til at ordinere de nødvendige euforiserende stoffer til sine patienter. Læger, der ordinerer uforsvarligt til andre, kommer ikke herved i strid med regulations og kan altså ikke på dette grundlag miste deres ordinationsret efter regulation 29 og 11; undertiden overtræder de imidlertid regulations på anden måde, oftest regulation 17 om bogføring af indkøbte og distribuerede stoffer, og de kan da tiltales og miste ordinationsretten i denne anledning.

Nogen adgang til tvangsindlæggelse af ikke-kriminelle eufomane findes ikke i *Storbritannien*.

Antallet af eufomane i *Storbritannien* synes forholdsvis lavt. Det engelske indenrigsministeriums narkotika-afdeling havde i 1951 oplysning om 301 eufomane med læger som forsyningskilde; af disse eufomane var de 75 læger, 1 tandlæge og 1 apoteker.

Fra *Rolland* kan fremhæves, at det efter den hollandske opiumslov er forbudt læger at ordinere narkotika til sig selv. På grundlag af denne bestemmelse rejses der straffesag mod eufomane læger, med mindre de indlægger sig til afvænnings.

<sup>25</sup>) Jfr. Anslinger i Traffic in opium and other dangerous drugs for the year 1950, side 7 ff, Weston m. fl.: Narcotics U. S.A., side 3 ff., 21 f., 29 f

Bekæmpelsen af eufomanien synes iøvrigt i vidt omfang at bygge på administrativ praksis; de eufomane, som myndighederne bliver opmærksomme på, søges gennem frivillige ordninger knyttet til et bestemt apotek, således at andre apoteker får forbud mod at sælge til dem. Sundhedsmyndighederne fører på grundlag af indberetninger fra sundhedsvæsenets inspektører et register over eufomane personer. I en opgørelse fra 1949 anslås antallet af eufomane i Holland til ca. 300, deraf ca. 25 % tilhørende den medicinske profession (herunder også nogle få sygeplejersker).

I *Belgien* findes bestemmelserne om euforiserende stoffer i en lov af 24. februar 1921 om handel med giftstoffer, sovemidler og bedøvende og desinficerende stoffer og i en kongelig anordning af 31. december 1930 som senest ændret den 20. september 1951. Efter anordningens artikel 11 straffes den, der fremstiller, besidder, sælger eller udbyder, leverer eller erhverver bedøvende midler uden særlig tilladelse; apotekere og en række læger m. v. har dog en almindelig tilladelse til at besidde bedøvende midler, og det er tilladt at besidde dem ifølge lægerecept. Efter lovens artikel 3 straffes på samme måde de, der bruger sovemidler eller bedøvende midler i fællesskab, og de ikke-læger, der hjælper andre til at bruge stofferne. Anordningens artikel 21 hjemler straf for den, der skaffer sig bedøvende midler ved falsk recept eller falske oplysninger. Anordningens artikel 19 bestemmer, at recepter på bedøvende midler skal angive mængden i bogstaver. Efter artikel 24 må læger, dyrlæger eller tandlæger ikke give recept på eller udlevere morfin, kokain og diacetylmorfin eller deres salte, men må kun indgive disse stoffer på stedet.

I anordningens artikel 23 er det bestemt, at læger, dyrlæger eller tandlæger, der har ordineret eller skaffet sig overdrevne doser af bedøvende midler, kan indkaldes for en medicinalkommission. Denne foranstaltning har i mange tilfælde kunnet foregribe udviklingen af en eufomani. Artikel 23, stk. 2, hjemler straf for den læge m. v., der uden nødvendighed ordinerer eller fremskaffer bedøvende midler på en måde, der kan skabe, vedligeholde eller forværre en eufomani. Efter lovens artikel 4 kan han under en sådan sag frakendes sin fulde praksisret midlertidigt eller endeligt.

Der findes i *Belgien* ingen adgang til tvangsindlæggelse af ikke-kriminelle eufomane. Overfor kriminelle eufomane benytter man hyppigt den belgiske straffelovs mulighed for at dømme til indlæggelse i en psykiatrisk behandlingsanstalt.

I *Schweiz* er lovgivningerne om euforiserende stoffer fornylig blevet revideret ved Das Bundesgesetz über die Betäubungsmittel af 3. oktober 1951 med tilsluttende anordning af 4. marts 1952. Ved lovens artikel 8 forbydes heroin og hashish. I artikel 15 gives der kantonerne ret til at afskære de eufomane fra adgangen til de af loven omfattede stoffer; dette er lovfæstning af en ordning, som i forvejen har været praktiseret i kantonen Zürich. Efter artikel 19 straffes den, der ubeføjet fremstiller, forarbejder, indfører eller udfører, sælger, køber, transporterer, opbevarer eller besidder stofferne eller skaffer eller tilbyder dem til en anden. Anordningens artikel 39 giver med hensyn til recepter på bedøvende midler udførlige forskrifter om indholdet, hvilket skal tjene til undgåelse af receptfalsk.

Med hensyn til lægernes administration af stofferne findes følgende bestemmelse i lovens artikel 11:

»Die Ärzte und Tierärzte sind verpflichtet, Betäubungsmittel nur in dem Umfange zu verwenden, abzugeben und zu verordnen, wie dies nach den anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaften notwendig ist.

Dasselbe gilt für die Verwendung und Abgabe von Betäubungsmitteln durch Zahnärzte.«

Anvender en læge, tandlæge eller dyrlæge bedøvende midler på anden måde end angivet i artikel 11, straffes han i tilfælde af forsætlig overtrædelse med bøde eller fængsel indtil 2 år, i tilfælde af vindesyge i svære tilfælde med tugthus indtil 5 år; uagtsomme overtrædelser straffes med bøde eller hæfte, jfr. lovens artikel 20. Begår en læge, tandlæge, dyrlæge eller apoteker strafbar overtrædelse af loven, kan kantonen endvidere fratage ham retten til at udlevere eller ordinere euforiserende stoffer for tid eller for bestandig; det samme gælder, hvis han bliver eufoman, jfr. lovens artikel 12, der er en nydannelse i schweizisk ret.

Fra *Vesttyskland* kan fremhæves, at der i en række vesttyske stater ifølge love af 1951 og 1952 er mulighed for at tvangsindlægge sindssyge, åndssvage, eufomane eller alkoholistiske personer, som er farlige for sig selv eller andre. I alle de pågældende lande med undtagelse af Württemberg-Hohenzollern sker tvangsindlæggelsen ved retskendelse<sup>26)</sup>.

I *Sverige* findes de bestemmelser, der er forårsaget af opiumskonventionerne, i kgl. kundgørelse nr. 559 af 16. september 1933 med senere ændringer. Efter kundgørelsen straffes ulovlig handel med og fremstilling af de af kundgørelsen omfattede euforiserende stoffer, og endvidere den ulovlige besiddelse af stofferne. I kundgørelsens § 7, stk. 3, - således som denne bestemmelse er omredigeret i 1945 - er det bestemt, at hvis der foreligger begrundet formodning om, at en læge, dyrlæge eller tandlæge har misbrugt sin ret til ordination af de i kundgørelsen omhandlede stoffer, kan medicinalstyrelsen give særlige forskrifter for udlevering fra apotek af sådanne stoffer på recept fra den pågældende. Forskrifterne går i almindelighed ud på, at den pågældendes recepter kun må ekspederes fra et bestemt apotek eller et par bestemte apoteker, som månedlig skal sende indberetning om recepterne til medicinalstyrelsen. Efter § 7, stk. 4, - der er ny fra 1945 - kan medicinalstyrelsen, når åbenbart misbrug af ordinationsretten har fundet sted, og forskrifter som angivet i stk. 3 ikke findes tilstrækkelige, helt forbyde apotekerne at udlevere de omhandlede euforiserende stoffer efter pågældendes recept. Sådanne forbud gives i reglen indtil videre. Man mener, at der for tiden er ca. 30 læger, som i medfør af disse bestemmelser har mistet deres ret til at ordinere euforiserende stoffer eller har fået retten indskrænket.

Antallet af eufomane i Sverige menes i det hele lavt. Nogen almindelig adgang til tvangsindlæggelse af eufomane findes ikke.

I *Norge* findes de efter opiumskonventionerne nødvendige bestemmelser i lov om opium m. v. af 1. juni 1928. Efter lovens § 4, stk. 2, straffes bl. a. den, der er i besiddelse af noget af de i loven omhandlede stoffer uden lovlig adkomst.

Bekæmpelsen af eufomaniltfældene i Norge foregår iøvrigt i vidt omfang gennem frivillige ordninger, der har fæstnet sig i praksis. Har helsedirektoratet sikre oplysninger om, at en ikke-læge er eufoman, sender det fortrolige meddelelser herom til lægerne med henstilling om ikke at ordinere ham euforiserende stoffer og til apotekerne med anmodning om at indsende hans eventuelle recepter på euforiserende stoffer. I enkelte tilfælde har direktoratet ved frivillig aftale fået eufomane henvist til en bestemt læge og et bestemt apotek, der indberetter hans forbrug; herom får læger og apotekere fortrolig underretning. Er en læge under mistanke for eufomani eller for at ordinere uforsvarligt, får han undertiden pålæg om at føre fortegnelse

<sup>26)</sup> Jfr. nedersachsisk lov af 21. marts 1951 § 10 med tilsluttende anordning af 13. februar 1952, Württemberg-Hohenzollernsk lov af 26. februar 1952, bayersk lov af 7. maj 1952, hessisk lov af 19. maj 1952 og vestberlinsk lov af 24. juli 1952.

over sine ordinationer; foreligger der klar eufomani, har man i enkelte tilfælde opnået frivillige ordninger, hvorved lægen for kortere eller længere tid fraskriver sig retten specielt til at ordinere euforiserende stoffer. Virkningen af sådanne fraskrivningsordninger har været god, idet de læger, der har fraskrevet sig retten, som regel har taget deres afvæning alvorligt og efter nogen tid har kunnet få retten tilbage og derefter stort set har klaret sig uden tilbagefald. Der har i tidens løb ialt været 12 læger, som på denne måde har fraskrevet sig ordinationsretten, og de fleste af disse har nu fået retten tilbage.

Heller ikke i Norge menes der at være noget større eufomaniproblem; helse-direktoratet har for tiden oplysning om ialt ca. 250-300 tilfælde af eufomani. En almindelig tvangsindlæggelsesordning for eufomane findes ikke, men er under overvejelse, jfr. side 59.

### III. UDVIKLINGEN I DANMARK.

Eufomaniproblemet i Danmark er ligesom i en række andre europæiske lande opstået på grund af misbrug af morfinindsprøjtninger, og problemet er derfor først fremkommet efter morfinsprøjtens opfindelse i midten af forrige århundrede, men foreligger på den anden side med sikkerhed allerede i 1870'erne. I 1876 omtales i en redaktionel artikel i Ugeskrift for læger en afhandling af *Levinstein* om tyske morfinmisbrug, og ugeskriftets redaktion tager anledning til at gøre opmærksom på spørgsmålets betydning også her i landet og opfordrer til en skærpelse af reglerne om recepter på morfin- og opiumspræparater<sup>1)</sup>. I 1877 gør ugeskriftets redaktion påny opmærksom på nødvendigheden af denne skærpelse af receptreglerne<sup>2)</sup>, og samme år og i 1880 refereres nye arbejder af *Levinstein* om forholdene vedrørende morfinmisbrug i Tyskland<sup>3)</sup>.

I Ugeskrift for læger for 18. marts og 1. april 1882<sup>4)</sup> opfordrede redaktionen sine lægekolleger til at indsende oplysninger til ugeskriftet om de tilfælde af opiums- og morfinmisbrug, som de havde været ude for i deres praksis, således at man derigennem kunne skabe grundlag for en bedømmelse af problemets udstrækning og mulighederne for bekæmpelse af misbrugene. Dette mislykkedes, for så vidt som ugeskriftet kun modtog et forholdsvis ringe antal besvarelser, men i en redaktionel artikel i ugeskriftet i november 1882<sup>5)</sup> foretoges alligevel en omfattende behandling af spørgsmålet, hvorved redaktionen gennemgik de indberettede 24 sygehistorier og rejste spørgsmål om forskellige forholdsregler for at modvirke misbrugene.

Omkring samme tid undersøgtes spørgsmålet af *Knud Pontoppidan*, der forelagde sine resultater i 1883 i sin doktorafhandling »Den kroniske morfinisme«.

Det fremgår af den nævnte artikel i ugeskriftet - der i så henseende understøttes af forskellige af *Pontoppidans* sygehistorier - at lægerne, her i landet som andetsteds, til at begynde med ikke havde været tilstrækkeligt opmærksomme på de farer, som det kunne medføre at vænne patienter til morfinindsprøjtninger. Sådanne

<sup>1)</sup> Ugeskrift for læger, 3. række, 21. bind, side 327 f.

<sup>2)</sup> Ugeskrift for læger, 3. række, 23. bind, side 205-06, 266-68.

<sup>3)</sup> Ugeskrift for læger, 3. række, 24. bind, side 1 f. og 17 f., 4. række, 1. bind, side 349 f.

<sup>4)</sup> Ugeskrift for læger, 4. række, 5. bind, side 185 og 229.

<sup>5)</sup> Ugeskrift for læger, 4. række, 6. bind, side 341 f., 361 f. og 381 f.

indsprøjtninger anvendtes overfor en lang række smertefænomener med stor liberalitet, ofte således at patienten selv fik overladt en sprøjte og administrerede indsprøjtningerne. Resultatet blev snart en række tilfælde af kronisk morfinisme. Pontoppidan fremhæver<sup>6)</sup>, at læger har en særlig fremtrædende Standsdisposition til morfinisme på grund af deres lette adgang til midlet og sikkert også, fordi deres gerning stiller særlig store krav til deres øjeblikkelige velbefindende. Som forholdsregler mod misbrugene anbefaler både ugeskriftet<sup>7)</sup> og Pontoppidan<sup>8)</sup>, at lægerne udviser stor tilbageholdenhed med at anvende morfinpræparater m. v. overfor smerter og ikke (i ugeskriftet: »ikke uden påtrængende nødvendighed«) overlader indsprøjtninger til patienten selv eller hans sygeplejerske eller pårørende; Pontoppidan advarer i det hele mod morfin i indsprøjtningens form, hvor indgift gennem munden er mulig. Endvidere gentager ugeskriftet<sup>9)</sup>, hvad Pontoppidan tiltræder<sup>10)</sup>, sit tidligere forslag om en ændring i receptreglerne, idet det foreslås, at samtlige recepter på morfin og på opium i en vis mængde skal tilbageholdes på apotekerne og altså kun skal kunne ekspederes een gang<sup>11)</sup>. Yderligere foreslår ugeskriftet en skrappere kurs overfor materialhandlernes ulovlige handel med sådanne præparater, ligesom det anbefales lægerne at forsyne deres recepter med deres stempelmærke til undgåelse af receptfalsk. Endelig fremhæver Pontoppidan værdien af langvarig kontrol med de af vænnede<sup>12)</sup>.

Den ønskede ændring af receptreglerne gennemførtes allerede ved sundhedskollegiets cirkulære af 20. juli 1883, der fastsatte den siden da gældende regel, at recepter på morfinpræparater og opiumspræparater, de sidste under forudsætning af et vist mindsteindhold, kun måtte ekspederes een gang og derefter skulle annulleres<sup>13)</sup>. Samtidig henledte man embedslægerens opmærksomhed på den ulovlige medikamenthandel.

Det ovenstående viser, at man såvel fra den danske lægestands som fra myndighedernes side på et tidligt tidspunkt var opmærksom på eufomanifaren, og eufomantilfældene synes da i en lang efterfølgende årrække heller ikke at have grebet om sig i foruroligende omfang. I den følgende tid beskæftiger man sig i litteraturen væsentligst med enkelttilfældene og disses behandling, medens man ikke særlig har haft opmærksomheden rettet på, om der, udover de ovennævnte advarsler mod i for stort omfang at benytte euforiserende stoffer som smertestillende, kunne være grund til yderligere almindelige foranstaltninger for at begrænse tilfældene. I lovgivningen og retspraksis satte problemet foreløbig ikke store spor. Straffelovens

<sup>6)</sup> »Den kroniske morfinisme«, side 17.

<sup>7)</sup> 4. række, 6. bind, side 366-67.

<sup>8)</sup> Side 130-31.

<sup>9)</sup> Side 369-70, 381 f.

<sup>10)</sup> Side 129.

<sup>11)</sup> Efter sundhedskollegiets cirkulære af 22. maj 1869 kunne recepter på morfin- og opiumspræparater kun ekspederes een gang, når den foreskrevne dosis var af en vis størrelse, men reglen gav meget ringe sikkerhed mod misbrug, navnlig fordi recepterne i praksis meget sjældent angav dosis. Ved sundhedskollegiets cirkulærer af 28. februar 1877 og 25. september 1879 gennemførtes en stramning for præparater til indsprøjtning, medens ordningen for præparater, der ikke særlig var bestemt til indsprøjtning, stadig var meget løs. De pågældende cirkulærer er trykt i det gamle årsskrift »Sundhedskollegiets forhandlinger«.

<sup>12)</sup> Side 131-32.

<sup>13)</sup> »Sundhedskollegiets forhandlinger« 1883. Receptreglerne udfærdiges nu af sundhedsstyrelsen i medfør af apotekerloven, jfr. senest sundhedsstyrelsens receptcirkulære af 1. december 1952 (trykt i »Den civile medicinallovgivning«), udstedt i medfør af apotekerlov nr. 107 af 31. marts 1932, § 27. Bestemmelsen om, at recepter kun må ekspederes een gang, omfatter nu også en lang række nyere euforiserende stoffer, herunder amfetaminpræparater.

falskbestemmelser fandt efterhånden anvendelse på receptfalsknere<sup>14</sup>). Iøvrigt er den eneste lovbestemmelse af betydning § 7 i lov nr. 111 af 30. april 1909 om sundhedsvæsenets centralstyrelse. Ved denne bestemmelse, der - som loven i det hele - byggede på forslag af den store medicinalkommission af 1908<sup>15</sup>), gaves hjemmel for efter en besværlig procedure at fratage læger, tandlæger, jordemødre, sygeplejere, massører og lignende samt apotekere og deres medhjælpere deres ret til at drive virksomhed, hvis de fandtes farlige *enten* på grund af varig eller med mellemrum indtrædende mangelfuld sjælstilstand, hidført være sig ved sygdom eller misbrug af midler som alkohol, morfin og deslige, *eller* på grund af udvist grov uduelighed i deres gerning. Bestemmelsen går igen i den nugældende lov nr. 182 af 23. juni 1932 om sundhedsvæsenets centralstyrelse § 5, dog at den for apotekeres og apotekermedhjælperes vedkommende nu alene findes i apotekerloven<sup>16</sup>); endvidere er bestemmelsen særligt optaget i lægeloven nr. 72 af 14. marts 1934 § 5 og i lov om udøvelse af jordemodergerning nr. 90 af 31. marts 1953 § 4. Den har kun været anvendt et meget begrænset antal gange, navnlig overfor læger, der var forfaldne til morfisme, og først når de var meget stærkt mærkede af deres misbrug.

Noget væsentligt smughandelsproblem med euforiserende stoffer forelå i lang tid ikke. Da Danmark ratificerede opiumskonventionerne - hvilket skete i 1913 for den første konventions vedkommende, i 1921 for ikrafttrædelsesprotokollen af 1914 og i 1930 og 1936 for så vidt angår den anden og tredje konvention<sup>17</sup>), og da man herefter supplerede de tidligere salgsregler i apotekerlovgivningen med de efter konventionerne nødvendige udførlige regler om kontrol med fremstilling af og handel med de stoffer, der omfattedes af konventionerne, fremhæves det også i myndighedernes interne erklæringer, at disse mere indgribende regler egentlig var uden særlig betydning for danske forhold. Konventionsreglerne gennemførtes iøvrigt fra begyndelsen af ved opiumslov nr. 236 af 12. juni 1922 og i tilknytning hertil ved en mere udførlig opiumsankendelse nr. 409 af 16. september 1922. Efter ratifikationen af den anden opiumskonvention afløstes disse bestemmelser helt af lov nr. 95 af 31. marts 1930 og anordning nr. 173 af 25. april 1930, der atter efter ratifikationen af den tredje konvention er afløst af lov nr. 53 af 6. marts 1936 og anordning nr. 161 af 20. juni 1936. Som følge af De forenede Nationers overtagelse af konventionernes administration er loven ændret ved lov nr. 495 af 14. december 1948. Endvidere er der efterhånden under loven inddraget en række nyere stoffer, jfr. nu bkg. nr. 94 af 19. marts 1952. I anordningen er der foretaget en mindre ændring ved anordning nr. 377 af 8. september 1948. Efter anordningen straffes kun den ulovlige handel med og udlevering af de pågældende stoffer, men ikke den ulovlige besiddelse - anordningen af 1922 § 4, 1930 § 8 og 1936 § 9<sup>18</sup>). Straffesager efter disse bestemmelser var i lang tid få og lidet betydende.

I de sidste ca. 25 år<sup>19</sup>) er der indtrådt en væsentlig ændring i det danske eufo-

<sup>14</sup>) Den tidligste trykte afgørelse er så vidt ses Højesteretstidende 1896, side 8 (Ugeskrift for retsvæsen 1896, side 618), der iøvrigt førte til frifindelse ved højesteret, fordi vedkommende antoges at have fået bemyndigelse fra sin læge til i påtrængende tilfælde at skrive recepten selv.

<sup>15</sup>) Nedsat ved lov nr. 49 af 13. marts 1908.

<sup>16</sup>) Lov nr. 107 af 31. marts 1932 § 38, tidligere lov nr. 132 af 29. april 1913 § 25.

<sup>17</sup>) Jfr. bekendtgørelser i lovtidende A nr. 408 af 23. maj 1922 og nr. 174 af 8. maj 1930, lovtidende C nr. 15 af 7. august 1936.

<sup>18</sup>) Forarbejderne til anordningen giver ikke forklaring på, hvorfor denne formulering er valgt.

<sup>19</sup>) Jfr. allerede Ugeskrift for læger 1922, side 1651-53, 1928, side 912, 1930, side 420-22 (med forslag om stavnsbindingsordning) 1930, side 439-40. Endvidere 1944, side 448 (møde i Københavns medicinske selskab i anledning af Randers-sagen).



manispørgsmål, hvilket har givet sig udslag i forskellige ønsker om og forsøg på yderligere almindelige foranstaltninger, der skulle hindre eufomani. Oprindeligt havde man betragtet det som den væsentligste side af eufomanibekæmpelsen, at lægerne udviste stor forsigtighed med anvendelsen af euforiserende stoffer i sygdomstilfælde og derved søgte at hindre, at eufomani overhovedet opstod. Var eufomani opstået hos en patient, var der ganske vist mange læger, der udfoldede store bestræbelser for at få patienten afvænnet eller dog holde forbruget nede, men man var klar over, at mange af disse patienter brugte alle kneb for at få mere af stoffet, herunder henvendelser til andre læger, forskrivninger fra udlandet - før dette blev vanskeliggjort ved opiumslovgivningen - og eventuelt receptforfalskninger, og man forholdt sig oprindeligt ret fatalistisk overfor dette; jgt almindeligt synspunkt var utvivlsomt, at en eufoman, som ikke ville lade sig afvænne<sup>20</sup> TwilKét man ikke havde nogen mulighed for at gennemtvinge - fortsat måtte have sit euforiserende stof, og at der ikke var meget mere at gøre ved dette. Den ændring, der efterhånden indtrådte, bestod i, at man mere og mere fremdrog betydningen af også at søge at hindre eller begrænse de eufomanes forbrug.

Denne udvikling af eufomaniproblemerne er foregået ganske langsomt og gradvis. Virkelig aktualitet fik eufomaniproblemet her i landet først fra omkring 1940, da man fik kendskab til en foruroligende stigning i forbruget af euforiserende stoffer. Den nedenfor omtalte »Randerssag« (side 27) i 1944, hvor to læger blev dømt for uforsvarlig morfinordination, vakte stor offentlig opsigt, og i tilslutning hertil opfordrede professor *Knud O. Møller* myndighederne til at føre en skarpere kurs mod letsindig ordination af euforiserende stoffer og til at indføre regler, der kunne modvirke det - måske på grund af krigen - stadigt stigende forbrug af euforiserende midler<sup>20</sup>).

Der kan anføres flere grunde til denne udvikling af eufomaniproblemet. Det var vel i sig selv naturligt, at læger og sundhedsmyndigheder, efterhånden som de beskæftigede sig med eufomaniproblemerne, og efterhånden som opiumslovgivningen gav bedre kontrol med forsyningerne, også begyndte at interessere sig for denne side af problemerne, der givetvis var af betydning for de eufomanes helbredstilstand. Hertil kommer, at det efterhånden var et stigende antal tilfælde af eufomani, der kom til myndighedernes kundskab. Dette kan skyldes den større almindelige interesse for spørgsmålet, men der har dog sikkert også foreligget en reel stigning. Fra begyndelsen kan dette være forårsaget af, at misbrugene, der oprindeligt navnlig forekom i de bedre stillede klasser<sup>21</sup>), efterhånden med det bedre forsørgelsesvæsen spredtes blandt alle befolkningsklasser. Senere har det formentlig været af betydning, at de fremkomne nye stoffer - for eksempel petidin, metadon, amfetamin - i første omgang hverken i lægestanden eller befolkningen var omgivet af den respekt, som man trods alt nærrede for morfinpræparaterne, ligesom også den stigende psykiske instabilitet i samfundet kan have spillet ind. I årene efter anden verdenskrig har den bemærkede stigning været ganske betydelig. Således har afdelingslæge, dr. med. *Mogens Ellermann* opgjort, at Set. Hans hospital, som tidligere kun havde ganske enkelte årlige indlæggelser til afvænning, i årene fra slutningen af 1944 til midten af 1950 ialt havde 80 sådanne indlæggelser<sup>22</sup>); på rigshospitalets psykiatriske kli-

<sup>20</sup>) Møde i Københavns medicinske selskab den 28. marts 1944, jfr. Ugeskrift for læger 1944, side 448; jfr. endvidere Ugeskrift for læger 1948, side 107, og 1949, side 241.

<sup>21</sup>) Pontoppidan: »Den kroniske morfinisme«, side 16.

<sup>22</sup>) Meddelt på et møde i Københavns medicinske selskab den 23. september 1952, refereret i »Nordisk medicin«.

nik var antallet af indlæggelser til afvæning i årene 1945-49 henholdsvis 8, 9, 13, 26 og 31 (Helweg: Drug addiction, Acta medica Scandinavica 1952, side 507 ff.). I hvert fald denne seneste stigning synes at stå i forbindelse med en vis forskydning i eufomaniernes karakter. Man må gå ud fra, at eufomanierne oprindeligt, bortset fra lægetilfældene, i det overvejende antal tilfælde var opstået ud fra vedkommendes brug af de pågældende stoffer mod sygdom<sup>23</sup>), og at der i hvert fald fra begyndelsen næppe har eksisteret større samlede kredse af personer, der havde påbegyndt brugen af stofferne alene eller overvejende i nydelseshensigt. *W immer* nævner i 1925<sup>24</sup>) hedonisttypen, der menes navnlig at forekomme i lidt bohèmeagtige kredse, men han anser typen for sjælden i Danmark. I årene efter sidste krig har man imidlertid her i landet fået kendskab til sådanne kredse af folk, der er blevet eufomane for eufomaniens skyld, navnlig i Københavns havnekvarter og med tilknytning til nogle københavnske kaffebarer. Kredsenes medlemmer er alle personer, der er gået nogenlunde til bunds i samfundet og alene lever for deres euforiserende stoffer, på samme måde som kroniske alkoholister lever for deres alkohol. Stofferne er i stor udstrækning opnået gennem lægerecepter, idet medlemmer af kredsene planmæssigt går fra læge til læge med urigtige oplysninger om nyresygdom, om at være sømand, der skal sejle på længere togt samme aften, o. s. v.; ofte kopieres recepter, og falske recepter fremstilles. Omkostningerne ved erhvervelse og indløsning af recepterne er forholdsvis store, og såvel derfor som for at skaffe nye ansigter, der kan bruges overfor lægerne, er kredsene interesseret i at skaffe nye medlemmer. Københavns politi har i 1952 registreret ca. 300 personer som medlemmer af kredsene, heraf ca. 50, der drev handel med stofferne. Eufomanien i kredsene er utvivlsomt »smitsom«. Dette fremgår bl. a. af Ellermanns undersøgelser over de ovennævnte 80 patienter på Set. Hans hospital og yderligere 63 personer fra Københavns politis kartotek; henholdsvis 30 og 47 af de pågældende har hævdet at være kommet ind på misbrugene ved at lære dem af andre (jfr. referat i »Nordisk Medicin« af et møde i Københavns medicinske selskab den 23. september 1952). Af de af Helweg gennemgaaede 87 patienter på rigshospitalet fra årene 1945-49 angaves de 10 at være kommet ind på misbruget ved overtalelser fra bekendte, og det samme var formentlig tilfældet også med nogle af de øvrige patienter (Acta medica Scandinavica 1952, side 509-10). Medens omdrivertilværelsen i havnekvarterer normalt ikke skulle behøve varigt at ødelægge sin mand, således at resocialisering ikke kan finde sted, bliver det modsatte let tilfældet, hvis vedkommende forledes til eufomani, og derfor er disse eufomanier givetvis et alvorligt problem. Da en læges ordinationer til sådanne eufomane ikke alene går til vedkommende patient selv, men med stor sikkerhed til opretholdelse og udbyggelse af kredsene, giver disse forhold anledning til særlig forsigtighed fra lægernes side. Udvalget henviser iøvrigt om disse kredse til den redegørelse, der er afgivet af afdelingslæge *Ellermann* og politiinspektør ved Københavns politi /. *Jersild*, og som er aftrykt side 66 som bilag 2 til betænkningen, samt til referatet i »Nordisk Medicin« af Ellermanns og Jersilds redegørelser på mødet den 23. september 1952.

Det var oprindeligt navnlig morfin, der blev misbrugt, senere også den lange række nyere præparater med lignende virkning. I de ovennævnte eufomankredse benyttedes efterhånden i udstrakt grad metadon (butalgin) og metamfetamin (eufo-

<sup>23</sup>) Pontoppidan: »Den kroniske morfinisme«, side 128.

<sup>24</sup>) Ugeskrift for læger 1925, side 981.

drin), fordi metadon først fra 1952<sup>25)</sup> og metamfetamin stadig ikke omfattes af opiumsloven, herunder dens straffebestemmelser. Indsmuglede marihuana-cigaretter skal være forekommet enkelte gange; dette stof omfattes af opiumsloven.

Forsøgene på at gribe mere effektivt ind overfor de eufomanes forbrug af euforiserende stoffer er sket på forskellige måder.

Af og til og navnlig fra slutningen af 1930'erne har man forskellige steder i provinsen, hvor forholdene var forholdsvis lettere overskuelige, forsøgt at opnå en begrænsning ved *lokalt samarbejde mellem lægerne*, hvorved den eufomane henvises til en enkelt læge og kun måtte få sit forbrug fra ham (de såkaldte stavnsbindingsordninger). Som det fremgår af kapitel II, er lignende ordninger vokset op forskellige steder i udlandet. Ordningerne har haft svært ved at virke helt effektivt, fordi de kun kunne omfatte de kendte eufomane, og eufomane personer derfor til en vis grad har kunnet klare sig ved at hjemsoge nabobyer under falske navne. Undertiden har det også vist sig svært at få alle læger med i ordningerne.

En særlig side af samarbejdet skete gennem natlægeordningerne, der findes i større byer og navnlig i København. Natlægerne er ikke noget særligt tillokkende objekt for de professionelle eufomane, fordi en natlæge, når han beslutter sig til at give patienten et euforiserende stof, ikke giver recept på det, men indgiver det på stedet. Adskillige eufomane forsøger dog at få euforiserende stoffer gennem natlægerne, navnlig gennem nye læger under natlægeordningen, men natlægerne er i de senere år kommet ind på ved gensidigt samarbejde at skaffe sig klarhed over disse patienter, og ordningens ledelse udsender herefter meddelelse til alle natlægerne om, at natlægerne ikke har den sædvanlige pligt til i deres stillings medfør at besøge de pågældende patienter.

I den seneste tid er samarbejdet søgt udvidet særligt med hensyn til af vænnede eufomane, idet det afvænnende sygehus efter kurens fuldendelse sender meddelelse til de lokale læger om, at vedkommende nu er afvænnet og ikke påny bør have euforiserende stoffer. Også denne ordning har vist sig mindre effektiv på grund af den lokale begrænsning.

Fra midten af 1940'erne er der endvidere på *sundhedsstyrelsens foranledning rejst straffesager for grov eller gentagen forsømmelse i lægegerningen efter lægelovens % 18 mod forskellige læger, der havde ordineret euforiserende stoffer til eufomane personer på uforsvarlig måde.*

Den første sag af denne art drejede sig om 2 læger i Randers, som havde givet betydelige morfinordinationer til forskellige morfinister i Randers, til dels tilhørende en morfinklike dér, og som dømtes ved Randers rets dom af 25. januar 1944 og Vestre landsrets dom af 12. januar 1945 (Ugeskrift for retsvæsen 1945, side 373). Landsrettens dom lød for den enes vedkommende på 15 dages hæfte og frakendelse for 1 år af retten til at virke som læge; den anden idømtes en bøde på 250 kr. Sundhedsstyrelsen havde til brug for landsretten afgivet en erklæring af 26. august 1944, der var tiltrådt af retslægerådet, og hvoraf følgende citeredes i landsrettsdommen:

»... skal sundhedsstyrelsen udtale ... man må nære betænkelighed ved at udtale, at det *altid* vil være uforsvarligt at ordinere morfininjektionsvædske til en kronisk morfinist, uden at der foreligger anden begrundelse end den, at vedkommende er morfinist.

<sup>25)</sup> Bekendtgørelse nr. 94 af 19. marts 1952.

Efter styrelsens formening må det / *almindelighed* betragtes som uforsvarligt at ordinere morfin eller lignende stoffer til morfinister og andre manifest eufomane personer, når der ikke foreligger sygdomme, der nødvendiggør brugen af morfin, medmindre ordinationen sker som led i en rationel afvænningskur, eller indtil en sådan kan iværksættes.

Der er således visse tilfælde, hvor der kan blive tale om at ordinere morfininjektionsvædske til de omhandlede kroniske morfinister, og i sådanne tilfælde må lægen skønne, hvor store kvanta der er nødvendige. I disse tilfælde må der imidlertid foreligge enten et klart rationelt forsøg på afvænnning, hvilket dog kun i sjældne undtagelsestilfælde lader sig gennemføre ambulant, eller der må foreligge en bestemt aftale mellem lægen og patienten om, at denne til nærmere aftalt tid skal indlægges på hospitalet til afvænnning. Den tid, der kan hengå inden patientens indlæggelse, vil dog undertiden kunne blive af forholdsvis lang varighed under hensyn til patientens arbejde, økonomi eller andre praktiske forhold, men det må af lægens dispositioner i dette tidsrum fremgå, at hans kontrol med den pågældendes morfinforbrug har været så effektiv, som det under de givne forhold er muligt...«

Ved en utrykt Københavns byrets dom af 2. september 1948<sup>26)</sup> blev en københavnsk læge på tilsvarende måde idømt 20 dagbøder à 25 kr. for uforsvarlige ordinationer, og ved en ligeledes utrykt Københavns byrets dom af 6. december 1948<sup>27)</sup> blev en læge i anledning af uforsvarlige ordinationer frakendt retten til at praktisere for bestandig, medens han i medfør af straffelovens § 71 ikke idømtes straf. Senere afgørelser er truffet ved Københavns byrets domme af 11. og 25. oktober 1950 (juristens domssamling 1951, side 1 og 8), der idømte henholdsvis 14 dages hæfte og en bøde på 4.000 kr., og ved en utrykt Aarhus kriminalrets dom af 19. marts 1951<sup>28)</sup>, der idømte en bøde på 250 kr. - sidstnævnte dom under tvivl og med dissens, bl. a. fordi vedkommende læge havde underrettet amtslægen om forholdene. Ved en utrykt dom af 18. marts 1952, afsagt af Københavns amts nordre birks kriminalret, blev en læge idømt en bøde på 1.500 kr. og fradømt retten til at udøve praksis<sup>29)</sup>.

De ovennævnte sager giver et tydeligt indtryk af den udsatte stilling, de praktiserende læger har overfor de meget ofte stærkt pågående og upålidelige eufomane og uden særlig støtte i den lægevidenskabelige teori ud over den gamle, almindelige forestilling om, at man ikke uden videre kan berøve en eufoman hans stoffer. Sagerne omfatter også kun tilfælde, hvor vedkommende læger har ordineret betydelige kvanta til de enkelte eufomane og undladt at søge at holde deres forbrug indenfor rimeligt begrænsede rammer, eller hvor der iøvrigt har foreligget særlige forhold, og der kan vist nok ikke af dommene udledes noget om, at det vil blive anset for strafbart at fortsætte med at ordinere euforiserende stoffer indenfor en rimelig begrænsning til eufomane, der nægter at lade sig afvænne — præjudikatets begrænsning i så henseende fremgår klart af dommen fra Aarhus. I en skrivelse til sundhedsstyrelsen af 6. marts 1950 om de pågældende sager i almindelighed - denne skrivelse var fremlagt under Aarhussagen - har retslægerådet fortsat sluttet sig til sundhedsstyrelsens skrivelse af 26. august 1944 i Randers-sagen og altså fortsat holdt på, at lægerne bør søge en afvænnning gennemført; vil den eufomane ikke rette sig efter lægen, må

<sup>26)</sup> Byrettens 9. afdeling nr. 244/48.

<sup>27)</sup> Byrettens 9. afdeling nr. 250/48.

<sup>28)</sup> Sag nr. 106/49.

<sup>29)</sup> Sag nr. A 340/1951.

lægen helt ophøre at ordinere til ham. Efter det billede, sagerne giver af den nuværende situation, mener retslægerrådet imidlertid ikke, at den læge, der handler herimod, som almindelig hovedregel vil gøre sig skyldig i strafbart forhold. Skrivelsen konkluderer i, at spørgsmålet ikke blot bør forfølges med straffesager og kontrol, men at det er afgjort nødvendigt, at der træffes andre foranstaltninger, der kan blive til vejledning, hjælp og støtte for den praktiserende læge.

De praktiserende lægers vanskelige stilling og hele spørgsmålets uklarhed - idet sundhedsstyrelsens og retslægerrådets standpunkt i mangfoldige tilfælde måtte føre til at nægte ordination, hvilket af visse læger betragtedes som lægeligt uforsvarligt - bevirkede, at man fra forskellig side rejste spørgsmål om at give lægerne mulighed for at gennemtvinge afvænningerne ved *tvangsindlæggelse af eufomane*<sup>30</sup>).

Et tredje forsøg på at dæmme op overfor eufomanierne er sket ved *Københavns politis stadige kontrol i årene efter sidste krig med de professionelle eufomane i Nyhavn og tilsvarende kvarterer*. Udvalget henviser herom til redegørelsens bilag 2. En række af hovedmændene er dømt til psykopatforvaring eller sindssygehospital, men det har vist sig, at den gældende lovgivning ikke er tilstrækkelig effektiv ved bekæmpelsen af klikkerne, navnlig fordi opiumsordningen kun hjemler straf overfor dem, der sælger eller udleverer stofferne, men ikke overfor dem, der modtager eller besidder dem; endvidere omfatter opiumlovgivningen ikke amfetamin og de dermed beslægtede stoffer, jfr. herom nærmere nedenfor i kapitel IX.

Eufomanispørgsmålet har således i det hele i de senere år givet anledning til en række problemer, hvis betydning det var vanskeligt at overse. At det var ønskeligt at få spørgsmålet undersøgt, understregedes nu yderligere af den omstændighed, at Danmark i en årrække har ligget højest på den internationale statistiks opgørelser over forbruget pr. indbygger af morfin- og opiums præparater. Nedenfor er angivet forskellige landes forbrug af morfin gennem en række år, opgjort pr. million indbyggere, ifølge den internationale statistik, der udarbejdes af det faste opiums-centraludvalg under World Health Organization:

*Forskellige landes forbrug af morfin i kg pr. million indbyggere.*

	1934	1936	1946	1948	1949	1950	1951
Danmark . . . . .	25,9	26,2	33,4	30,3	28,5	42,7	28,0 <sup>*)</sup>
Norge . . . . .	17,1	21,2	12,2	24,4	17,4	31,4	18,0
Sverige . . . . .	13,4	8,0	9,2	10,5	9,1	9,9	11,8
Island . . . . .		17,2	22,7	14,9	29,2	14,2	7,0
Finland . . . . .	9,1	8,9	25,5	13,1	12,4	15,4	4,7
Belgien . . . . .	12,5	11,5	11,0	11,3	11,4	10,6	8,3
Holland . . . . .		7,4	9,0	8,9	8,2	5,3	6,6
Schweiz . . . . .	9,2	12,5	5,6	10,8	8,9	10,2	4,9
Frankrig . . . . .	7,5	7,9	9,7	5,0	3,2	1,6	2,8
Tyskland . . . . .	9,7	7,8	25,3	7,5	6,6	5,1	13,5
England . . . . .		15,0	19,7	14,9	17,3	17,0	19,9
Canada . . . . .	10,4	9,7	8,0	6,8	5,8	5,3	5,1
U. S. A. . . . .	17,2	17,4	14,8	10,8	10,8	11,1	8,2

<sup>\*)</sup> I den offentliggjorte statistik for 1951 er dette tal på grund af fejlagtig forbrugsangivelse fra dansk side opgjort til 35,1.

<sup>30)</sup> Således Ugeskrift for læger 1944, 448 ff. (møde i Københavns medicinske selskab i anledning af Randers-sagen), Ugeskrift for læger 1952, side 1270 (resolution på Den almindelige danske Lægeforenings repræsentantskabsmøde den 1. september 1952).

Hvad særligt angår udviklingen i *Danmark* henvises til nedenstående opstilling over forbruget af forskellige euforiserende stoffer pr. million indbyggere, taget fra samme statistik:

*Danmarks forbrug af visse euforiserende stoffer i årene 1936—1951  
i kg pr. million indbyggere.*

År	Morfin	Heroin	Kodein***)	Ætylmorfin	Kokain
1936.....	26,2	4,28**)			4,3
1938.....	27,2	2,39**)	98,3	9,5	4,5
1940.....	26,4	0,70	122,3	17,4	2,6
1942.....	28,2	0,69	153,8	16,9	3,5
1946.....	33,4	0,98	285,1	39,5	3,4
1947.....	35,0	0,48	277,9	32,1	4,1
1948.....	30,3	0,24	237,9	22,3	3,3
1949.....	28,5	0,47	256,2	29,5	3,8
1950.....	42,7	0,47	371,9	26,4	5,4
1951.....	28,0*)	0,23	310,1	19,2	4,6

\*) Den offentliggjorte statistik for 1951 opgør tallet til 35,1, jfr. den tidligere tabel.

\*\*\*) Det høje forbrug af heroin skyldtes anvendelsen i diverse hostesaft. 1938-39 erstattedes heroinet i disse hostesaft med ætylmorfin.

\*\*\*) Det stedse stigende forbrug af kodein skyldes antagelig for den væsentlige dels vedkommende anvendelsen i visse smertestillende præparater af typen: Codeifen-tabletter («Codyl» og mange andre).

Danmarks overvægt i den internationale statistik kan nok til dels forklares med Danmarks forholdsvis rigelige forsyning med læger og den stærke udbygning af sygehus- og sygekassevæsenet. Hertil kommer, at Danmarks statistik formentlig er mere pålidelig end mange andre landes, og at der erfaringsmæssigt finder overordentlig ringe indsmugling af morfinpræparater sted, således at hele den af eufomanerne forbrugte morfinmængde passerer den officielle statistik, hvilket næppe sker i alle lande. Ved de morfinaffærer, som Københavns politi i de senere år har oprullet, har det således vist sig, at praktisk taget al den morfin og de øvrige euforiserende stoffer, som den sorte børs rådede over, hidrørte fra ægte eller falske lægeordinationer, medens næsten intet var indsmuglet. Det høje forbrugstal for 1950 I indbefatter apotekernes lagerforhøjelse af valutamæssige grunde<sup>31)</sup>). Statistiken giver dog anledning til overvejelser, og opiumskonventionernes faste centraludvalg har også i 1951 anmodet sundhedsstyrelsen om en redegørelse om landets tilsyneladende høje forbrug af morfin, ætylmorfin og kodein.

I 1948 var det klart for sundhedsstyrelsen, at man i Danmark var kommet ind på at ordinere amfetaminpræparater i meget vid udstrækning<sup>32)</sup>, og ved cirkulære af 30. juni 1948<sup>33)</sup> anmodede man derfor apotekerne om på særlige skemaer at indsende månedlige indberetninger til sundhedsstyrelsen om samtlige ordinationer af amfetaminpræparater. Bearbejdelsen af dette materiale blev aldrig gennemført, men man blev klar over, at sådanne skemaer gav væsentlig bedre oversigt over ordinationsforholdene, end man hidtil havde kunnet få gennem apotekernes morfin-

<sup>31)</sup> Jfr. den redegørelse fra sundhedsstyrelsen, der er af trykt side 71 som bilag 3 til nærværende betænkning.

<sup>32)</sup> Amfetaminpræparaterne henhører som nævnt ikke under opiumskonventionen og omfattes derfor ikke af den internationale statistik.

<sup>33)</sup> Dette og de nedennævnte cirkulærer er trykt i »Den civile medicinallovgivning«.

bøger, og ved cirkulære af 29. oktober 1949 bestemte sundhedsstyrelsen, at apotekerne fra 1. november 1949 skulle indsende sådanne skemaer til sundhedsstyrelsen for alle recepter på morfinpræparater, opiumspræparater af et vist mindsteindhold, kokainpræparater, petidin og lignende præparater samt amfetaminpræparater; samtidig ophævede man foreløbig pligten til at indføre recepterne i morfinbøgerne. Ved cirkulære af 25. marts 1950 og ved receptcirkulære af 1. december 1952 er denne indsendelsesordning opretholdt som gældende indtil videre, således at indsendelsen skal ske gennem amtslægen (stadslægen). Ordningen har i sig selv givet sundhedsstyrelsen større føling med forholdene. Yderligere har daværende lægesekretær i sundhedsstyrelsen, nu amtslæge i Skanderborg *dr. med. Palle Wiingaard* foretaget en udførlig statistisk bearbejdelse af materialet for den første indsendelsesmåned, november 1949. Efter at der på disse måder var skabt muligheder for fastere grundlag for bedømmelsen af eufomaniproblemet i Danmark, blev nærværende udvalg nedsat i november 1950.

Resultaterne af Wiingaards undersøgelser blev meddelt dels i et foredrag i Københavns medicinske selskab den 23. september 1952, dels i en afhandling<sup>34)</sup>, der er indføjet i særtryk side 64-65 som bilag 1 til nærværende betænkning.

Wiingaards arbejde omfatter alle de euforiserende stoffer, der er medtaget i cirkulæret af 29. oktober 1949, og giver for det første et billede af *lægenes almindelige ordinationsvaner med hensyn til disse stoffer* i november 1949. Der er i denne måned afgivet ialt 54.065 rekvisitioner på stofferne. Heraf har 53.342 kunnet henføres til læger, medens resten har været udstedt af tandlæger, dyrlæger m. v. eller ikke har kunnet identificeres. Rekvisitionerne kan henføres til ialt 3108 læger, d. v. s. ca. 70 % af Danmarks 4334 udøvende læger, der gennemsnitligt hver har udstedt 17,2 rekvisitioner i månedens løb. Det faktiske antal rekvisitioner varierer stærkt for de enkelte læger, idet et stort antal - 576 - kun har udstedt een rekvisition, og der derefter er en ret jævnt stigende skala op til de sidste 32 læger, der har udstedt mellem 100 og 254 rekvisitioner hver. Disse 32 læger (1,3 % af de rekvirerende) står som udstedere af 4332 rekvisitioner (8,1 % af rekvisitionerne). Det samlede antal rekvisitioner synes at fordele sig nogenlunde jævnt landet over. 17,8 % af rekvisitionerne vedrører stoffer af amfetamingruppen, hvilket i betragtning af de snævre rammer for dette stofs lægelige indikationer med sikkerhed afslører et misbrug.

Ved at gennemgå rekvisitionerne for de patienter, der 3 gange i månedens løb har fået indløst rekvisitioner på samme euforiserende stof - disse patienter benævnes i arbejdet reiterister - og ved at udsende spørgeskemaer til de læger, der er angivet på vedkommende rekvisitioner, har Wiingaard dernæst søgt at danne sig et overblik over *antallet af eufomane i Danmark i den pågældende måned, bortset fra eufomane læger*. Materialet har vist 1419 reiterister, der har fået deres ialt 6724 reiteringer fra 746 læger, d. v. s. gennemsnitlig 9,1 reiteringer for hver af de pågældende læger. De fleste af lægerne har kun stået som rekvirenter med hensyn til een reiterist. 80 læger har på den anden side haft fra 4 til 18 reiterister hver; disse læger har præget det samlede reiteristmateriale stærkt. Det er navnlig lægerne i de større provinsbyer, der står som forsynere af forholdsvis mange reiterister; - på forhånd ville man formentlig have ventet overvægten i Storkøbenhavn, men det skal dog bemærkes, at en stor del af »Nyhavnseufomanerne« i København ikke

<sup>34)</sup> Ugeskrift for læger 1952, side 1335 ff.

kunne ventes at komme frem ved undersøgelsen, dels fordi mangfoldige af dem får deres forsyninger fra andre eufomane, og dels fordi personer, der optræder under vekslende, falske navne, vanskeligt kan afsløres gennem materialet. - Reiteristerne var overvejende kvinder, nemlig 65,8 % mod 34,2 % mænd; også i så henseende ville man formentlig på forhånd have ventet en anden fordeling. For 1390 af reiteristerne har man opnået fyldestgørende besvarelser af spørgeskemaerne, og herefter må mellem ca. 500 og ca. 800 af dem antages at være eufomane; hertil må efter det ovennævnte antagelig i hvert fald lægges en væsentlig del af de af Københavns politi registrerede ca. 300 eufomane.

Ved arbejdet har man endelig søgt at danne sig et skøn over *antallet af eufomane læger i Danmark i den pågældende måned*. Antallet af rekvisitioner til lægernes eget brug - til praksis, familie eller sig selv - var forholdsvis ringe, kun 2849, udstedt af 1083 læger. Heraf har halvdelen kun udstedt een og en lang række andre kun nogle få sådanne rekvisitioner i månedens løb; kun 178 har udstedt flere - mellem 4 og 36 - rekvisitioner i månedens løb, og disse 178 præger det samlede billede stærkt. 199 af de læger, der har udstedt 3 eller flere rekvisitioner til sig selv, har udstedt over halvdelen af rekvisitionerne på samme euforiserende lægemiddel. Det er formentlig blandt denne gruppe læger, man må søge de eufomane læger i Danmark, men nogen nærmere afgrænsning er ikke søgt foretaget.

Det samlede antal eufomane i Danmark i november måned 1949 kan måske efter ovenstående anslås til mellem 1000 og 1500 eller - ud fra et folketal på ca. 4,3 millioner - 1 eufoman for hver 3-4000 indbyggere<sup>35</sup>).

#### IV. BØR DER TRÆFFES YDERLIGERE FORANSTALTNINGER TIL BEKÆMPELSE AF MISBRUG AF EUFORISERENDE LÆGEMIDLER I DANMARK?

Når man på grundlag af det tidligere nævnte vil overveje, om der bør træffes yderligere foranstaltninger til undgåelse af misbrug af euforiserende lægemidler her i landet, er der en række spørgsmål, som naturligt melder sig.

For det første: Er misbrugene i Danmark i dag stadig af samme størrelse som i november 1949? Eller kan det tænkes, at udviklingen siden da: det bedre kendskab til de nyere lægemidler, straffesagerne mod lægerne, apotekernes indberetninger til sundhedsstyrelsen og sundhedsstyrelsens reprimander til læger på grundlag af indberetningernes oplysninger, har bevirket en nedgang i misbrugene?

Udvalget skal heroverfor bemærke, at forbruget *pr. indbygger* af morfin- og opiumspræparater m. v., som det fremgår af skemaerne ovenfor side 29-30, ikke har vist nogen nedgang i tiden fra 1949 til udgangen af 1951<sup>i</sup>).

<sup>35</sup>) I U. S. A. er antallet af eufomane i 1948 anslået til ca. 1 pr. 3000 indbyggere (Vogel, Isbell and Chapman, Present Status of Narcotic Addiction, Chicago 1948).

<sup>i</sup>) Jfr. sundhedsstyrelsens redegørelse, der er aftrykt side 71 som bilag 3 til betænkningen. I redegørelsen er foretaget en beregning af salget fra et enkelt apotek af amfetaminpræparater i årene 1948-52; disse præparater omfattes ikke af den internationale statistik.



For det andet: Må misbrugene antages i det alt overvejende antal tilfælde før eller senere at føre til en katastrofe for den misbrugende? Eller kan det antages, at et betydeligt antal af de eufomane efterhånden selv kan arbejde sig ud af deres eufomani eller dog stadig holde deres forbrug indenfor begrænsede rammer, således at forbruget aldrig når en sådan størrelse, at det kan påvirke deres arbejdsevne og stilling i familie og samfund<sup>2)</sup>.

Udvalget skal hertil bemærke, at der givetvis forekommer adskillige tilfælde, hvor en patient, til hvem man er nødt til at ordinere euforiserende lægemidler for at holde ham i gang trods stærke legemlige smerter, kan holde sig på en begrænset dosis af disse lægemidler over lange tidsrum, uden at de tager magten fra ham; de forhindrer ham ikke i at udføre sit arbejde, men sætter ham tværtimod i stand til trods den legemlige sygdom fortsat at udfylde sin plads. Udvalget må imidlertid bestemt advare mod at slutte fra sådanne patienter, der meget vel kan være særdeles karakterfaste personer og ikke behøver at være disponeret til nogen særlig svaghed overfor stofferne, og til de personer, der bruger stofferne mod mere ubestemt smertefænomener af ofte stærkt neurotisk anstrøg, eller benytter stofferne på grund af ren eufomani. Blandt disse sidstnævnte personer vil der formentlig også være nogle, der er i stand til at beherske forbruget - navnlig blandt folk, der tidligere har haft rimelig grund til at anvende stofferne og siden har svært ved at frigøre sig fra dem. - I almindelighed kan man dog vist nok sige, at den måde, hvorpå mere eller mindre klart eufomane forbruger lægemidlerne til trods for de barrierer, man har søgt at sætte om disse stoffer, viser tilbage til karaktersvaghed og til en udpræget tilbøjelighed for stofferne. Begge disse egenskaber tager erfaringsmæssigt til med den fortsatte brug, og der er derfor grund til at antage, at eufomane i vidt omfang vil være tilbøjelige til at løbe linen ud.

For det tredje: Består de eufomane i Danmark ikke i stort omfang af personer med sådanne tilpasningsvanskeligheder overfor samfundet, at de må antages under alle omstændigheder at ville gå til bunds, — hvis ikke i misbrug af euforiserende lægemidler så i misbrug af alkohol? Vil aktioner til modvirkning specielt af deres eufomani ikke allerede af den grund i stort omfang være uden større betydning?

Disse spørgsmål rejses i reglen med særligt henblik på »Nyhavnseufomanerne«, der som nævnt har været en vigtig anledning til de senere års krav om en skærpet bekæmpelse af eufomanierne. Spørgsmålene må imidlertid efter udvalgets mening såvel for »Nyhavnseufomanerne« som for de øvrige eufomane besvares med et klart Nej. Der er ikke nogensomhelst grund til at tro, at de *eufomane læger, sygeplejersker m. v.* i almindelighed ville forfalde til alkohol eller uordnet levevis iøvrigt, hvis man kunne afholde dem fra at bruge euforiserende lægemidler, og det er tværtimod af særlig stor betydning at søge at forhindre eufomani hos læger. Antallet af eufomane læger er ganske vist ikke stort, og det er ret sjældent, at den eufomane læge ved ordinationer til patienter udbreder eufomanien blandt disse, men det kan dog ikke undgås, at den eufomane læges evne til at udføre lægegerning på fuldt svarlig vis i mange tilfælde forringes i en sådan grad, at samfundet bør gribe ind. Hvad dernæst angår *de øvrige eufomane* i almindelighed, fremgår det af de afvæn-

<sup>2)</sup> Jfr. allerede Pontoppidan: »Den kroniske morfinisme«, side 37-54.

nende hospitalers erfaringer med hensyn til patienter indlagt til afvænning, at de pågældende i stort omfang er folk, der kommer fra et borgerligt miljø, og om hvem der ikke er nogensomhelst grund til at tro, at de i almindelighed skulle forfalde til alkohol og uordnet levevis, hvis de måtte give slip på morfin m. v.<sup>3)</sup>). Det samme gælder ganske utvivlsomt om en stor del af de eufomane, der ikke er kommet ind til afvænning. *Hvad endelig særligt angår »Nyhavnseufomanerne«* bemærkes, at det uordentlige liv for visse grupper af dets udøvere kun behøver at være en begrænset årrække, og at selv de, der igennem mange år går fra fængselsstraf til fængselsstraf - at der findes en række sådanne personer blandt de eufomane, fremgår af Ellermanns og Jersilds undersøgelser - dog ikke principielt opgives af samfundet, hvad psykopatforvaringsanstaltens virksomhed er et vidnesbyrd om.

Udvalget må efter det ovenstående være af den opfattelse, at misbrug af euforiserende lægemidler i Danmark har et sådant omfang - også når henses til misbrugenens virkninger for de eufomanes familier - at det vil være påkrævet, at der træffes yderligere foranstaltninger til bekæmpelse af eufomanierne, hvis dette er muligt.

Her rejser der sig imidlertid et fjerde spørgsmål: Er det overhovedet muligt *li* større omfang at redde de personer, der er blevet eufomane? Som ovenfor nævnt vil det i vidt omfang dreje sig om karaktersvage mennesker, som derfor må antages at være forholdsvis tilbøjelige til at fortsætte misbruget, i hvert fald når de igen kommer ud for vanskeligheder i deres tilværelse. Hvad særligt angår personer, der har været indlagt til afvænning på hospital, har dette vist sig til evidens, og de hidtidige erfaringer tegner under forholdene, *som de er nu*, et mørkt billede af mulighederne for at gennemføre en blivende afvænning. Af de af Ellermann gennemgæede 80 afvænningspatienter fra Set. Hans hospital fra årene 1944-50 var der i 1952 10, som var døde, sad i fængsel eller var bortrejst til udlandet. Af de resterende 70 var 61 faldet tilbage, medens man ikke kunne skaffe sikre oplysninger om 8, og kun 1 mentes sikkert at have klaret sig uden tilbagefald. Det drejer sig i dette tilfælde om et særligt vanskeligt patientmateriale; i vidt omfang personer, som havde en lang kriminel fortid, og som ikke i deres miljø kunne finde nogen støtte til at rette sig. Også patienter med bedre socialt rygstød viser imidlertid stor tilbagefaldshyppighed, bl. a. fordi de ofte er meget utilbøjelige til at føre kuren til ende. Anchersen gennemgår i Acta psych. et neur. 1947, side 153, spørgsmålet med hensyn til 44 afvænningspatienter, hvoraf 27 faldt tilbage, 10 betragtedes som usikre og kun 7 betragtedes som helbredt. Blandt de 87 afvænningspatienter på rigshospitalet i tiden 1945-49, der gennemgås af Helweg i Acta medica Scandinavica 1952, side 507 ff., havde 47 tidligere haft en eller flere afvænningskure, og 10 blev genindlagt til afvænning på Rigshospitalet i 1950; 47 afbrød kuren i utide. I U. S. A. synes erfaringerne med afvænningerne noget bedre. I Vogel, Isbell and Chapman, Present Status of Narcotic Addiction (Chicago 1948), udtales det, at Lexington hospitalet siden 1935 har behandlet lidt over 11.000 afvænningspatienter, og at efterundersøgelser synes at vise, at over 16 % af disse patienter holdt sig

<sup>3)</sup> Set. Hans hospitals patientmateriale indtager i så henseende en særstilling, idet det er stærkt præget af »Nyhavnseufomaner«, jfr. Ellermanns meddelelser i Københavnske medicinske selskab den 23. september 1952.

afholdende over en 7-årig periode, og yderligere 20 % holdt sig afholdende over et udstrakt tidsrum.

Det er sandsynligt, at man kan hjælpe Danmarks eufomane til en mere holdbar afvænnning, hvis man kan opnå, at afvænningskurene sætter ind på et tidspunkt, hvor de enkelte eufomanier endnu er forholdsvis friske. Overfor *eufomane læger* skrives der som tidligere nævnt ikke ind efter lægelovens § 5, før eufomanien er i stærkt fremskredent stadium. En indskriden på et tidligere tidspunkt ville være af betydning ikke alene for deres egne helbredelsesmuligheder, men også på grund af den fare, eufomanien kan betyde for deres patienter. Overfor *eufomane, der skaffer sig euforiserende lægemidler på ureglementeret måde*, skrives der kun ind, når der kan påvises receptfalsk eller handel med eller udlevering af stofferne; derimod ikke overfor personer, der køber i smughandel. Selv når der rejses straffesager, gennemføres disse de første gange overfor samme eufomane person kun til normalt helt virkningsløse kortere frihedsstraffe; dom til afvænnning på sindssygehospital eller i psykopatforvaring benyttes kun overfor fremskredent eufomane. Også i disse henseender kunne en ændring være ønskelig. Overfor *eufomane i øvrigt* kan man rejse spørgsmålet om at opnå tidligere afvænnning gennem en tvangsindlæggelsesordning.

En yderligere mulighed for en lykkeligere gennemførelse af afvænningerne kunne ligge deri, at man gennem indberetningsordningen til sundhedsstyrelsen og sundhedsstyrelsens kartotek over eufomane har god mulighed for at følge de afvænnede og derfor kan skride ind med støtteforanstaltninger, så snart man opdager et tilbagefald.

Udvalget er klar over, at forskellige af de ovennævnte foranstaltninger vil være af betydning. Udvalget mener imidlertid ikke, at man bør lægge hovedvægten på forbedrede afvænningsordninger, men at man navnlig bør *søge at forhindre, at eufomant overhovedet opstår ved at sætte ind overfor de eufomanes forholdsvis lette adgang til at få euforiserende lægemidler*. Det er klart og også ofte fremhævet, at forholdsvis let adgang til stofferne er en betingelse for, at eufomanierne kan gribe om sig. Spærres adgangen, falder selv ret svære eufomanier på den anden side bort af sig selv, således som det har vist sig, når en eufoman er kommet til et fremmed land, hvor han ikke har haft mulighed for at skaffe sig stofferne. En bekæmpelse af eufomanierne ved forsøg på at lukke for adgangen til midlerne vil have store fordele frem for en udvidet afvænningsordning. Den vil være langt mere hensynsfuld overfor de eufomane og vil derfor kunne sættes ind allerede på eufomaniernes allerførste stade. Den vil endvidere være langt mere effektiv og derfor formentlig have mulighed for succes også overfor ret fremskredne eufomane. Den vil endelig efter udvalgets mening kunne gennemføres med nogenlunde god virkning gennem forholdsvis små og lidet indgribende og bekostelige foranstaltninger på grund af det forholdsvis begrænsede apparat, der står for uddelingen af stofferne<sup>4</sup>).

Euforiserende lægemidler når i øjeblikket ud til forbrugerne dels ved salg fra

<sup>4</sup>) Eufomaniproblemet adskiller sig på dette punkt væsentligt fra det iøvrigt på mange måder lignende og i omfang langt større alkoholproblem; - en bedømmelse af alkoholismens procentvise udbredelse i befolkningen er forsøgt i Kurt H. Fremmings bog: Sygdomsrisikoen for sindslidelser og andre sjælelige abnormtilstande i den danske gennemsnitsbefolkning (København 1947), side 128 f., og arbejds- og socialministeriets udvalg vedrørende for sorgen for de i forsorgslovens kapitler XXIV-XXVIII omhandlede personer (anstaltsudvalget) går på dette grundlag ud fra, at op mod 50.000 af Danmarks nulevende befolkning på et eller andet tidspunkt af deres liv har været forfaldne til alkohol på en sådan måde, at det har haft sociale følger for dem. - Denne forskel i bekæmpelsesmulighederne gør det naturligt at søge eufomanispørgsmålet løst efter andre linier end alkoholspørgsmålet.

apotekerne på ægte lægerecepter, dels ved salg fra apotekerne på falske lægerecepter og dels endelig ved tyverier og indsmuglinger.

Salg på lægerecepter, ægte eller falske, er utvivlsomt i øjeblikket langt den væsentligste forsyningskilde. Det er formentlig hovedforsyningsgrundlaget i de eufomanitilfælde, der er klarlagt ved Wiingaards arbejde, men også »Nyhavnseufomanerne« og lignende eufomane har i meget væsentlig grad fået deres forsyninger på lægerecepter. Det er vanskeligt at danne sig et skøn over, hvor stor en del af recepterne til de eufomane der har været falske. Under de første Nyhavns-sager viste kontrolafhøringerne af en række læger i hvert fald, at en meget betydelig del af recepterne var ægte, og Wiingaards undersøgelse kan til en vis grad tyde i samme retning, for så vidt som lægernes besvarelser vedrørende reiteristerne i reglen ikke indeholder antydninger om falske recepter. Det er dog sandsynligt, at tilfældene af receptfalsk senere er taget til, jfr. Ellermanns og Jersilds redegørelse, bilag 2. Det er imidlertid udvalgets indtryk, at eufomane stadig i betydeligt omfang forsynes gennem ægte recepter, hvilket for en stor del står i forbindelse med hele den usikkerhed, der står om spørgsmålet. Der er ganske vist mange læger, som har afvist alle ordinationer af euforiserende stoffer, når de havde mistanke om misbrug, - i hvert fald når patienten var dem ukendt. Andre læger har nok i øjeblikket givet den ønskede recept, men samtidig søgt at overtale patienten til indlæggelse til afvænnings- og andre har - uden nærmere undersøgelse - ordineret, hvad patienten forlangte, måske i reduceret dosis, måske ud fra forestillinger om en afvænningsfarlighed. Sådanne dispositioner forsvares da i reglen med medlidenhed, med at det er farligt at undlade at give en morfinist morfin, eller med at patienten ved nægtelse blot havde henvendt sig til en nabolæge og så der ville have fået det ønskede stof. Kun i undtagelsestilfælde har formentlig økonomiske motiver hos lægerne spillet ind. Det synes at rygtes hurtigt blandt eufomane, hvilke læger der er mindst nøjeregnende på dette område, og disse kan da blive udsat for talrige henvendelser fra eufomane.

Med hensyn til disse forsyninger gennem *ægte recepter* bemærkes, at de foregår gennem en lægestand, der efter udvalgets mening som helhed vil være alvorligt interesseret i en bedring af forholdene, og hvoraf der efter Wiingaards undersøgelser kun synes at være et ringe antal, der bevidst sætter sig ud over en rimelig forsigtighed. Det vil efter udvalgets mening med dette grundlag være muligt at opnå en meget væsentlig stramning af de eufomanes forsyninger gennem lægerecepter. Man bør herved i første række stræbe mod at skabe større teoretisk klarhed over spørgsmålene ved udsendelsen af en almindelig vejledning over ordination af euforiserende lægemidler, hvorved det bl. a. i almindelighed kan slås fast, at det må anses for rigtigt at nægte ukendte eller uefterrettelige patienter euforiserende stoffer, jfr. i det hele retslægerådets ovennævnte skrivelse til sundhedsstyrelsen af 6. marts 1950. Man bør endvidere udbygge det frivillige samarbejde mellem lægerne med henblik på at undgå, at eufomane personer skaffer sig småforsyninger hos en lang række læger, og dette vil kunne støttes ved hjælp af de oplysninger, der kan hentes fra apotekernes indberetninger til sundhedsstyrelsen og fra sundhedsstyrelsens kartotek. Man bør endelig sigte mod at skride ind overfor de enkelte ikke forsvarligt ordinerende læger på en smidigere måde end ved de hidtidige sagsanlæg efter lægelovens § 18. Udvalget tænker her navnlig på de ordninger, der gælder i Sverige og Schweiz, og hvorved lægerne for en tid mister deres ret til at ordinere euforiserende lægemidler. Et sådant retsmiddel vil formentlig også være vel anvendeligt overfor eufomane

læger. Oplysningerne i indberetningerne og sundhedsstyrelsens kartotek vil være en god hjælp også ved rejsningen af sådanne frakendelsessager.

Hvad dernæst angår forsyningerne gennem *falske recepter* vil det efter udvalgets mening være muligt at gennemføre visse yderligere sikkerhedsforanstaltninger mod falske recepter i forbindelse med lægernes receptudstedelse og apotekernes ekspedition af recepterne.

*Tyverier* af euforiserende lægemidler er hidtil forekommet i et vist mindre omfang. *Indsmuglinger* er kun konstateret i få tilfælde og praktisk talt ikke i de senere år. Begge dele vil kunne ventes at tage til, hvis andre kilder stopper. For at modvirke dette stiller udvalget derfor i nedenstående kapitel IX forslag til visse foranstaltninger.

Med hensyn til *enkelte stoffer*, navnlig diacetylmorfin (heroin), kan der være tale om en særlig effektiv bekæmpelse ved helt at forbyde disse stoffers forekomst i Danmark.

Udvalget skal nedenfor i kapitel V undersøge spørgsmålet om fuldstændigt forbud mod visse stoffer. I kapitel VI omtales derefter de foranstaltninger, som kan træffes med hensyn til lægernes og andre medicinalpersoners ordinationer af euforiserende stoffer, herunder udsendelsen af en vejledning, øget lægeligt samarbejde, gennemførelse af en frakendelsesordning specielt med hensyn til retten til at ordinere euforiserende stoffer og endelig foranstaltninger mod receptfalsk. I kapitel VII omtales de foranstaltninger, der kan træffes ved apotekernes udlevering af euforiserende stoffer, i kapitel VIII den almindelige kontrol med stoffernes fremstilling og omsætning, herunder sundhedsstyrelsens kartoteksordning, og i kapitel IX de strafferetlige spørgsmål. Endelig omtales i kapitel X spørgsmålet om indførelse af en almindelig tvangsindlæggelses- eller tvangstilbageholdelsesordning og i kapitel XI det særlige spørgsmål om eufomanes adgang til at føre motorkoretøj.

## V. FORBUD MOD VISSE EUFORISERENDE STOFFER.

Det er tidligere fremhævet, at stoffet *diacetylmorfin* (heroin) har givet anledning til særlige vanskeligheder. Stoffet, der fremstilles af morfin, blev første gang fremstillet i 1898 og har vist sig som et billigt og særdeles effektivt hostestillende middel, men har samtidig vist sig at have en ganske overordentlig kraftig euforiserende virkning, der har medført, at smughandlen i høj grad har kastet sig over det. Af Ægyptens ca. 500.000 forfaldne i 1930 var ca. 7.500 heroinister<sup>1)</sup>, og i 1932 indførtes over 3 kinesiske havne mindst 5 tons heroin pr. måned, medens verdens samlede medicinske forbrug af heroin var ca. 1 ton pr. år<sup>2)</sup>. Ulovlig heroinfabrikation og ulovlig heroinhandel vides stadig at spille en stor rolle<sup>3)</sup>.

Under opiumskonferencen i 1931 behandlede man derfor spørgsmålet om at

\*) Stimulanser, side 16.

2) Stimulanser, side 20.

3) Jfr. rapport om ulovlig narkotikatrafik i 1951, afgivet til den internationale kriminalpolitikkommissions møde i Stockholm i juni 1952; jfr. endvidere U. S. Treasure Department: Traffic in opium and other dangerous drugs, 1949-51.

træffe særlige forholdsregler mod anvendelsen af diacetylmorfin. Til grund for behandlingen lå en erklæring fra en ekspertkomité, der fremhævede stoffets i høj grad farlige karakter som euforiserende stof og ønskeligheden af i de fleste, hvis ikke i alle tilfælde at erstatte det med mindre farlige stoffer. I konventionen af 1931 gennemførte man dog ikke et fuldstændigt forbud mod fremstilling og anvendelse af diacetylmorfin, men fastsatte i artikel 10 alene et forbud mod, at lande, der producerede diacetylmorfin eller diacetylmorfinpræparater, udførte disse stoffer til andre lande. Udførsel kunne dog ske til lande, der ikke selv fremstillede stofferne, men kun i det omfang, som var nødvendig for modtagerlandets medicinske eller videnskabelige behov, og kun efter anmodning af modtagerlandets regering og med en officiel myndighed som modtager af stofferne.

I Danmark, hvor fremstilling af stofferne ikke finder sted, er det i overensstemmelse med konventionens bestemmelser fastsat i opiumsordeningen nr. 261 af 20. juni 1936 § 3, sidste stk., at indførsel af disse stoffer kun kan ske gennem sundhedsstyrelsen efter de nærmere forskrifter, som sundhedsstyrelsen giver herom. Sundhedsstyrelsen har været interesseret i at begrænse det danske forbrug af diacetylmorfin, der var ret højt, idet stoffet indgik som bestanddel i forskellige meget benyttede hostestillende midler. I slutningen af 1930'erne ombyttede medicinalfabrikkerne på henstilling fra sundhedsstyrelsen diacetylmorfinet i det nævnte præparater med det langt mindre farlige, men i terapeutisk henseende ligeså virksomme stof ætylmorfin. Som følge af disse bestræbelser er Danmarks indførsel af diacetylmorfin sunket stærkt, nemlig fra 16 kg i 1936 til 1 kg i 1951. Efter Wiingaards undersøgelse af danske lægers ordinationer i november 1949 synes landets nuværende forbrug af diacetylmorfin til en vis grad at bunde i lokale vaner i enkelte egne af landet.

I 1949 rejste en ekspertkomité over for World Health Organization spørgsmålet om fuldstændigt forbud mod fremstilling og brug af diacetylmorfin. Det fremhævedes, at dette ville være det lægeligt rigtige, at et forbud mod produktionen endvidere i høj grad ville lette kampen mod den ulovlige heroinhandel, og at der allerede var 24 lande, hvor diacetylmorfin overhovedet ikke anvendtes. Komitéens forslag medførte, at World Health Organization på forslag af opiumskonventionernes faste centraludvalg sendte forespørgsel til alle medlemsstater om deres stilling til fuldstændigt forbud mod diacetylmorfin. Danmarks svar blev afgivet i en skrivelse fra indenrigsministeriet af 3. oktober 1950, hvori det anførtes, at sundhedsstyrelsen ville være villig til at støtte enhver bestræbelse, som World Health Organization måtte gøre i dette spørgsmål.

Som følge af den nuværende begrænsede benyttelse af diacetylmorfin her i landet har der i de seneste år kun foreligget ganske enkelte misbrug af dette stof. Det er imidlertid udvalgets opfattelse, at det vil være afgjort rigtigt straks at forbyde stoffet helt. Efter udvalgets opfattelse kan dette ske allerede på grundlag af den nuværende lovgivning, idet enhver lovlig anvendelse af stoffet kan udelukkes ved, at sundhedsstyrelsen fremtidig undlader at give indførselstilladelser for diacetylmorfin og diacetylmorfinpræparater. Udvalget indstiller, at sådanne foranstaltninger træffes.

Udvalget har overvejet, hvorvidt andre euforiserende stoffer er så farlige i forhold til deres lægelige nytte, at der kunne være tale om helt at forbyde deres anvendelse i Danmark. Man har herved haft opmærksomheden henvendt på *opløsninger af amfetamin og metamfetamin* (eufodrin). Disse opløsninger har en vis begrænset anvendelse på hospitalerne, og denne anvendelse burde i alt fald ikke udelukkes. / *almindelig lægepraksis* har opløsningerne derimod efter udvalgets mening ikke

noget berettiget anvendelsesområde. Hertil kommer, at de har været stærkt misbrugt af eufomane og sortbørshandlere, hvilket muligvis til dels kan stå i forbindelse med, at handel med stoffet ikke omfattes af opiumslovgivningens forholdsvis strengere strafferegler, jfr. nedenfor i kapitel IX. Det er dog muligt, at der vil kunne ventes nogen indskrænkning af disse misbrug, hvis de af udvalget foreslåede ændringer i strafferegierne gennemføres, og de af udvalget herudover foreslåede foranstaltninger skulle iøvrigt antagelig i sig selv medføre en betydelig indskrænkning i de eufomanes forsyninger med disse stoffer. Udvalget finder herefter ikke tilstrækkelig anledning til at foreslå et så ekstraordinært skridt som fuldstændigt forbud mod anvendelse af amfetaminopløsninger i almindelig lægepraksis, men vil finde det tilstrækkeligt, at lægerne advares mod disse opløsninger.

I de seneste år har man i udlandet ved syntese fremstillet det bedøvende stof *ketobemidon* (cliradon). Dette stof har vist sig meget stærkt euforiserende og har allerede medført svære tilfælde af eufomani; i U. S. A. er det forbudt at fremstille, indføre og sælge stoffet<sup>4</sup>). Udvalget foreslår, at stoffet også forbydes i Danmark, hvor det i den seneste tid har fundet nogen benyttelse. Udvalget anser det imidlertid for tvivlsomt, om det vil være rigtigt at forhindre anvendelsen af ketobemidon i Danmark ved i medfør af opiumsloven at nægte tilladelse til at indføre, fremstille eller sælge stoffet; man henviser herved til, at det ikke har været lovens mening at tage skridt mod *den lægelige benyttelse* af euforiserende stoffer, i hvert fald bortset fra diacetylmorfin, som loven viser en særlig mistillid til. Man foreslår derfor, at der i det forslag til ny lov om apotekervæsenet, som formentlig kan ventes genfremsat i rigsdagssamlingen 1953-54, gives sundhedsstyrelsen hjemmel til at forbyde indførsel, fremstilling, salg og udlevering af lægemidler, hvor disses anvendelse efter sundhedsstyrelsens skøn medfører fare af sundhedsmæssig art. Dette ville svare til den forbudshjemmel, som sundhedsstyrelsen allerede har med hensyn til medicinske specialiteter efter apotekerloven af 1932 § 32, stk. 5, nr. 4 (jfr. § 80, stk. 1, c, i det apotekerlovsforslag, som blev fremsat i rigsdagssamlingen 1952-53), og ville i det hele give den klareste hjemmel for forbud mod et lægemiddel.

En sådan hjemmel vil også være ønskelig af hensyn til *fremtidig fremkommende euforiserende stoffer, hvis sådanne stoffer viser sig særlig farlige.*

## VI. FORANSTALTNINGER MED HENSYN TIL LÆGERS OG ANDRE MEDICINALPERSONERS ORDINATIONER AF EUFORISERENDE STOFFER.

### 1. *Udsendelse af en vejledning vedrørende lægernes ordinationer af stofferne.*

Den diskussion, der som foran nævnt blev rejst i den medicinske fagpresse i begyndelsen af 1940'erne om eufomanien som et samfundsproblem, samt oplysninger fra en række sager vedrørende lægers omfattende ordination af euforiserende stoffer

<sup>4</sup>) Jfr. Hans Fischer: Zum neuen eidgenössischen Betäubungsmittelgesetz, Schweizerische Ärztezeitung 1952, nr. 44-45.

har klart vist, at der hos adskillige danske læger har hersket betydelig uklarhed med hensyn til spørgsmålet om ordination af euforiserende stoffer til eufomane personer. Ikke helt få læger har betragtet det som deres lægelige pligt at forsyne eufomane med de nødvendige stoffer og har som argumenter herfor bl. a. anført risikoen ved at unddrage en eufoman hans sædvanlige stof, vanskeligheden ved at få de pågældende indlagt til afvæning, afvænningsbehandlingens ofte dårlige resultat samt det forhold, at ordinerede lægen ikke de ønskede stoffer, ville en anden læge nok gøre det i stedet. Hyppigt er det også fra lægelig side blevet hævdet, at lægerne ikke havde fornøden støtte hos myndighederne ved deres ofte byrdefulde forsøg på at holde sig fri af de krævende eufomane personer. Talrige læger har på den anden side stedse nægtet at ordinere euforiserende stoffer til eufomane, således at disse - som det også fremgår af det side 31 anførte - har fået deres forbrug dækket hos en relativt lille gruppe af læger.

Selv om der såvel ved undervisningen af de medicinske studerende som i den medicinske fagpresse er fremkommet adskillige advarsler mod at ordinere euforiserende stoffer til eufomane, har der indtil nu manglet en fyldigere vejledning med angivelse af retningslinierne for, i hvilke tilfælde det må anses at være forsvarligt at ordinere euforiserende stoffer, og i hvilke tilfælde ordination bør undlades. Udsendelsen af sådanne retningslinier anbefales i retslægerådets tidligere nævnte skrivelse af 6. marts 1950<sup>1)</sup> og er efter udvalgets mening et absolut nødvendigt grundlag for gennemførelsen af de foranstaltninger, der kan være tale om at iværksætte for at modvirke misbruget af euforiserende stoffer.

Hvis man, som udvalget foreslår, gennemfører lempeligere, men formodentlig også noget hyppigere anvendte retsmidler overfor de læger, der ordinerer euforiserende stoffer på uforsvarlig måde, vil udsendelsen af retningslinier for ordinationerne få særlig betydning. Det må antages, at der i så fald vil blive tale om at fastlægge en ny, betydningsfuld praksis for, hvornår disse retsmidler skal anvendes. Det synes da særdeles rimeligt på forhånd at gøre almindelig bekendt for lægerne, hvilke forhold man kan tænke sig at lægge vægt på i så henseende, fremfor at lade linierne danne sig af sig selv i domspraksis gennem en række retssager, som ved en vejledning måske kunne have været undgået.

En betænkelse ved at udsende en vejledning, indeholdende retningslinier for ordinationer af euforiserende stoffer, ligger i, at det er en grundregel i Danmark som i en lang række andre lande, at lægerne frit kan vælge deres behandlinger og ordinationer, alene begrænset af det almindelige krav om omhyggelig og samvittighedsfuld lægegerning og af de almindelige regler i straffelovgivningen.

Udvalget er klar over, at denne frie behandlings- og ordinationsret er af stor betydning for lægernes muligheder for at handle effektivt i det enkelte tilfælde og for lægevidenskabens fremskridtsmuligheder i det hele. Man mener imidlertid ikke, at dette kan være til hinder for at udsende retningslinier på vanskelige områder, når det sker ikke i form af faste, bindende regler, men i form af en almindelig vejledning om, hvorledes sundhedsmyndighederne ser på forholdene. En sådan vejledning afskærer ikke lægerne fra at handle anderledes i det enkelte tilfælde, når blot dette sker efter moden overvejelse og med den fornødne ansvarsbevidsthed og forsigtighed. Sådanne vejledninger er heller ikke ukendte i dansk praksis, jfr. f. eks. sundhedsstyrelsens cirkulære af 25. september 1939 til landets læger angående

\*) Ovenfor side 28-29-



svangerskabsafbrydelser og udsendelsen i Ugeskrift for læger 1948, side 107 f, af en meddelelse fra sundhedsstyrelsen, hvori professor *Knud O. Møller* giver nærmere anvisning på de forsigtighedsregler, der bør følges ved ordination af amfetamin, jfr. endvidere Ugeskrift for læger 1950, side 9 f, hvor *Knud O. Møller* og dr. med. *Ole Secher* efter aftale med sundhedsstyrelsen giver retningslinier for anvendelsen af klorætyl<sup>2)</sup>.

Ud fra de ovennævnte overvejelser udarbejdede udvalget som et af sine første arbejdspunkter et udkast til en vejledning for ordination af euforiserende stoffer, og med skrivelse af 3. marts 1952 sendte man efter aftale med indenrigsministeriet dette udkast til sundhedsstyrelsen, idet man foreslog, at vejledningen udsendes fra sundhedsstyrelsen til landets læger. Efter aftale med sundhedsstyrelsen har repræsentanter for udvalget derefter drøftet udkastet med repræsentanter for Den almindelige danske Lægeforening, og resultatet er blevet, at man mellem lægeforeningen og udvalget er nået til enighed om det forslag til vejledning, der er af trykt side 73 som bilag 4 til nærværende betænkning.

Et hovedpunkt i forslaget til vejledning er bemærkningerne om en læges ordinationer til personer, der ikke hører til hans sædvanlige klientel. Sådanne ordinationer anser man i vidt omfang som uforsvarlige, men har dog ikke ment undtagelsesfrit at kunne tage afstand fra dem. I de tilfælde, hvor ordination til en lægen ubekendt person herefter kan finde sted, mener udvalget det betydningsfuldt at støtte lægerne i deres bestræbelser for at værgе sig mod personer, der under anvendelse af urigtigt navn eller adresse henvender sig til dem om euforiserende stoffer. Man foreslår derfor at indføre straf for sådanne urigtige oplysninger, dog kun, når de er afgivet skriftligt, jfr. nedenfor side 57. For så vidt dette gennemføres, bør lægerne opfordres til ved ordinationer til dem ubekendte personer at sikre sig skriftlig oplysning om patientens identitet, jfr. nærmere nedenfor side 57, og en bemærkning herom bør da optages i vejledningen.

Med hensyn til en læges ordinationer til patienter, der hører til hans sædvanlige klientel, fremhæves det forskellige steder i forslaget til vejledning, herunder med hensyn til sovemidler, at lægen ved fortsat ordination bør føre kontrol med, at patienten kun får de doser, der er behandlingsmæssigt nødvendige. Udvalget finder det i denne forbindelse uheldigt, at receptcirkulæret af 1. december 1952 giver adgang til at udlevere thebakon, kodein, hydrokon og sovemidler 5 gange i løbet af 5 år på samme recept, hvis ikke andet er bestemt i recepten. Man skal foreslå, at gyldighedsperioden for sådanne recepter indskrænkes til 1 år.

## 2. Særlig ordning i Københavns og Frederiksberg kommuner.

I Københavns og Frederiksberg kommuner, hvor spørgsmålet om lægers ordinationer til ukendte personer er relativt hyppigere end andetsteds, har udvalget opnået det meget betydningsfulde, at kommunerne har givet deres tilslutning til, at *de praktiserende læger samtidig med at afvise patienterne kan henvise dem til visitorator eller den vagthavende læge ved visse kommunale sygehuse*. Denne ordning, som er omtalt i vejledningen, vil være til betydelig støtte for lægerne ved vejledningens gennemførelse i praksis.

<sup>2)</sup> Specielt med hensyn til morfinordinationer til kroniske morfinister udsendte sundhedsstyrelsen ved cirkulære af 22. marts 1918 til landets læger ikke en vejledende udtalelse, men et kategorisk forbud mod sådanne ordinationer. Begrundelsen var den vanskelige forsyningssituation. Såvel dette cirkulære som cirkulæret af 25. september 1939 er trykt i »Den civile medicinallovgivning«.

### 3. Fortsættelse af de tidligere lokale ordninger<sup>3)</sup>.

De »stavnbindingsordninger«, som man hidtil har arbejdet med, har i første linie haft til hensigt at forhindre, at en eufoman kunne få forsyninger ved at gå fra læge til læge, som han iøvrigt kun havde den løseste forbindelse med. Endvidere på at forhindre, at en eufoman i årevis kunne stå som fast patient hos flere forskellige læger. Disse situationer skulle efter udvalgets mening have mulighed for at blive meget sjældne, når vejledningen bliver fulgt. Det vil dog stadig kunne forekomme, at en eufoman i en kortere tid får forsyninger fra flere faste læger; når dette bliver oplyst, kan en stavnbindingsordning for den enkelte person komme på tale, således som det også er forudsat ved vejledningens bemærkninger om indberetning til embedslægen i sådanne situationer. Også den ordning, der efter vejledningen tænkes truffet med stadige ordinationer til håbløst eufomane personer, vil indbefatte en »stavnbinding«.

Noget lovgivningsgrundlag for sådanne ordninger har i det hele hidtil ikke eksisteret. I forsorgslovens § 326, jfr. § 271, er det dog bestemt, at personer, som får deres lægeudgifter betalt af det offentlige, af det sociale udvalg kan henvises til at søge en bestemt læge. Dette har i praksis virket som en slags stavnbinding, men bestemmelsen hindrer ikke, at den pågældende for egen regning søger til andre læger for at få euforiserende stoffer. På et begrænset område er stavnbinding også sket i medfør af straffelovgivningen, idet man i den seneste tid i et par tilfælde har stillet som vilkår for prøveudskrivning af eufomane fra psykopatforvaring, at vedkommende kun søgte en bestemt læge. Udvalget har overvejet, om der burde gennemføres almindelige lovbestemmelser om stavnbinding, men har ikke fundet, at der er tilstrækkelig grund til dette, blot der sørges for, at lægerne får meddelelse om, at den eller de personer er at betragte som »stavnbundne« (se nedenfor). Der kunne som lovbestemmelse være tale om et forbud for lægerne mod at behandle stavnbundne patienter, som ikke var henvist til dem, men et sådant forbud synes overflødigt, fordi de allerfleste læger utvivlsomt vil afvise sådanne patienter fra behandling alene på grundlag af meddelelsen om stavnbindingen, og skulle det tænkes, at en læge ordinerede til en patient i bevidst strid med en sådan ordning, ville der efter udvalgets mening foreligge en uforsvarlig ordination, som kunne medføre retsskridt efter de retningslinier, der angives nedenfor under 4). Der kunne endvidere være tale om at gøre henvendelse til andre læger strafbar for en stavnbundet person, men udvalget vil dog mene, at det må være en tilstrækkelig forholdsregel eventuelt helt at standse ordinationer til ham i et sådant tilfælde.

Som tidligere nævnt er stavnbindingsordningerne i den seneste tid suppleret med *ordninger, hvorved et hospital, når det har gennemført en afvænnning af en patient, sender meddelelse om afvænningen til lægerne på patientens hjemsted* for at undgå, at han påny får ordinationer af euforiserende stoffer.

Et tredje område, hvor lægerne ved lokalt samarbejde har søgt at dæmme op over for misbrug af euforiserende stoffer, er som nævnt *natlægeordningernes interne underretningsvirksomhed*. Det arbejde, som i hvert fald i de største byer er udført i så henseende, vil efter udvalgets mening fortsat være af stor betydning, og udvalget skal foreslå, at sundhedsstyrelsen i et cirkulære fremhæver betydningen af, at sådanne sikkerhedsforanstaltninger træffes indenfor alle natlægeordninger.

<sup>3)</sup> Jfr. ovenfor side 27.

Udvalget skal i det hele udtale følgende om lægernes faglige samarbejde til modvirkning af eufomanien:

Ud over efterlevelse af vejledningen vil det for bekæmpelsen af eufomanien være af grundlæggende betydning, om der med dette formål kan opbygges et intimt og stadigt samarbejde imellem de forskellige lægelige faktorer: de praktiserende læger, embedslæger, hospitalslæger - særlig på de psykiatriske afdelinger og sinds-sygehospitaller - og sundhedsstyrelsen.

I dette samvirke bliver det de praktiserende lægers sag at holde embedslægerne underrettet, jfr. vejledningen, og at søge de eufomane patienter indlagt til afvæ-ning så tidligt som muligt. De hospitalsafdelinger, der giver sig af med afvæ-ning af eufomane patienter, bør udspørge disse indgående om, hvilke læger der hidtil har ordineret dem euforiserende lægemidler, således at ikke alene som hidtil den indlæggende læge, men også andre lægeforbindelser systematisk ved udskrivningen kan underrettes af hospitalet om den gennemførte afvæ-ning. Meget taler for, at et sådant underretningssystem, der skal dække lokale, men ikke alt for små områder, organiseres af den stedlige embedslæge i samarbejde med den lokale lægekreds-forenings formand, men ordningens nærmere udformning må formentlig afhænge af de forskellige lokale og geografiske forhold landet over.

Sundhedsstyrelsen bør støtte bestræbelser for etablering af et sådant samvirke, Og amtslægerne vil være de naturlige centre for arbejdet. Amtslægerne har en særlig føling med ordinationerne af euforiserende stoffer ved, at apotekernes måneds-lister over ekspederede recepter passerer dem, og såvel amtslæger som sundheds-styrelsen bør yde de praktiserende læger den aktive støtte at underrette lægerne i de tilfælde, hvor månedslisten afslører, at samme patient samtidig hos flere læger opnår euforiserende stoffer.

Udvalget mener det ikke hensigtsmæssigt på forhånd at fastlægge nærmere regler for opbygningen af et samarbejde som det skitserede, men anser det for heldigst, om det kunne gro naturligt op som en selvfølgelig del af det normale lægearbejde.

#### 4. *Foranstaltninger overfor læger, der ordinerer euforiserende stoffer på uforsvarlig måde.*

Overfor læger, der selv er eufomane, har man hidtil i vidt omfang søgt at opnå bedring ved advarsler fra sundhedsstyrelsen eller embedslægerne, men som helhed har dette været ret virkningsløst. Af effektive foranstaltninger har man i øjeblikket kun frakendelsen af retten til at drive praksis efter lægelovens § 5, jfr. sundheds-styrelseslovens § 5. Sådant praksisfrakendelse er kun gennemført i et ringe antal tilfælde og først, når vedkommende læger var meget stærkt mærkede af deres misbrug<sup>4</sup>).

Denne ordning er efter udvalgets mening uforsvarlig såvel overfor de pågæl-dende læger som overfor deres patienter, og udvalget må anse det for påkrævet at finde frem til en ordning, *hvorved indskriden kan ske på et betydeligt tidligere tidspunkt*, helst så snart man er i besiddelse af de første oplysninger, som viser en væsentlig fare for, at lægen kan udvikle sig til eufoman. Den i England, Schweiz, Sverige og Norge praktiserede ordning, hvorefter læger, der misbruger euforiserende stoffer, kan miste deres ret til at ordinere disse stoffer, vil efter udvalgets mening

<sup>4</sup>) Jfr. ovenfor side 24.

være velegnet i så henseende. Denne frakendelse bør efter udvalgets mening ligesom efter lægelovens § 5 kunne ske administrativt eller — hvis lægen foretrækker denne fremgangsmåde - ved civil retssag.

Udvalget har overvejet, om det ikke bør være en betingelse for de pågældende frakendelser, at der forinden har været gjort foigæves forsøg med mindre indgribende foranstaltninger. Med sådanne foranstaltninger tænker udvalget dels på advarsler og dels på pålæg til vedkommende læge om at føre fortegnelser over sine ordinationer af euforiserende stoffer, hvilket kunne tænkes at få ham til at besinde sig på, hvilke ulykker han var ved at pådrage sig. Udvalget mener, at vejen bør holdes åben for sådanne foranstaltninger, og at de muligvis efterhånden bør anvendes i større omfang, hvis praksis kommer til at vise, at de kan gennemføres med held, men udvalget finder ikke, at det bør være en betingelse for at rejse sag mod en eufoman læge om frakendelse af retten til at ordinere euforiserende stoffer, at sådanne foranstaltninger forinden har været anvendt forgæves overfor lægen.

Overfor læger, der ikke selv er eufomane, men foretager uforsvarlige ordinationer af euforiserende stoffer til patienter, har man ligeledes i en række tilfælde forsøgt at klare sagerne med advarsler fra sundhedsmyndighederne. Herudover har man - bortset fra de undtagelsestilfælde, hvor lægelovens § 5 kan bringes i anvendelse, f. eks. tilfælde af alderdomssvækkelse - hidtil kun haft mulighed for at skride ind efter lægelovens § 18, hvorefter den læge, der gør sig skyldig i grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed i udøvelsen af sit kald, kan straffes med bøde eller hæfte. Efter lægelovens § 20 og straffelovens § 79, således som disse bestemmelser var affattet i tiden indtil juli 1951, kunne lægen endvidere frakendes retten til at virke som læge for tid eller for bestandig, hvis han ved forholdet havde vist sig uskikket til lægevirksomhed eller uværdig til den for en læge fornødne tillid. Siden juli 1951 er sidstnævnte bestemmelser afløst af straffelovens § 79, således som denne er ændret ved lov nr. 286 af 18. juni 1951, jfr. denne lovs §§ 1 og 10. Også herefter er der mulighed for at frakende retten til at udøve lægevirksomhed, dog kun hvis det udviste forhold begrunder en *nærliggende fare* for misbrug af stillingen. Der er endvidere, i modsætning til tidligere, hjemmel til at nøjes med at frakende retten til at udøve virksomhed under visse former, hvorefter det også skulle være muligt at nøjes med at frakende ordinationsretten med hensyn til euforiserende stoffer.

Det er som tidligere nævnt<sup>5)</sup> en forholdsvis ny praksis at rejse straffesager efter lægelovens § 18 mod læger, der har foretaget uforsvarlige ordinationer af euforiserende stoffer til patienter. Der foreligger indtil nu kun ret få sager af denne art, alle vedrørende forhold, der ligger før lovændringen af 1951. Sagerne har i almindelighed medført bøder eller hæftestrafte af forskellig størrelse. Det er klart, at der er væsentlige betænkeligheder ved at frakende den fulde praksisret i disse sager, men sådan frakendelse er dog sket overfor 3 af de 8 tiltalte læger; heraf var de 2 af høj alder.

De nugældende retsmidler på det pågældende område er i og for sig ganske smidige, idet de strækker sig fra advarsler over betinget tiltalefrafald til bøde og hæfte og endvidere giver mulighed for begrænset eller ubegrænset frakendelse af praksisretten. Vanskeligheden ved den nugældende ordning består navnlig i, at det er meget tvivlsomt, hvorvidt uforsigtige ordinationer af euforiserende stoffer over-

<sup>5)</sup> Jfr. ovenfor side 27-28.

hovedet vil blive betragtet som grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed, således at lægelovens § 18 kan anvendes. Det er ikke usandsynligt, at man i retspraksis vil trække så snævre grænser i denne henseende, at de mest gængse forsømmelser ikke vil falde indenfor bestemmelsens område. Hertil kommer, at udvalget ville anse det for ønskeligt, at de fleste tilfælde af indskriden kunne ske, uden at det var nødvendigt at indlede straffesag. Man vil derfor foreslå, at den adgang til fratagelse af ordinationsretten, som tænkes indført overfor eufomane læger, også kommer til at omfatte læger, der ordinerer uforsvarligt til andre, således at der gives mulighed for at rejse sådanne sager i ret vidt omfang, og således at sagerne kan afgøres administrativt eller, hvis lægen ønsker det, ved civil retssag. I hvert fald i Schweiz og Sverige omfatter adgangen til indskrænkning af ordinationsretten både eufomane læger og læger, der iøvrigt misbruger deres ordinationsmuligheder.

Udvalget vil imidlertid mene, at frakendelse af ordinationsretten overfor en læge, der har foretaget uforsvarlige ordinationer til andre, aldrig bør kunne finde sted, forinden man i forvejen forgæves har forsøgt at retlede ham gennem et pålæg om at føre nøje fortegnelse over sine ordinationer af euforiserende stoffer såvel med hensyn til art og mængde af stofferne som med hensyn til indikationerne for ordinationerne samt at indsende disse optegnelser til embedslægen. Det er sandsynligt, at en stor del af de pågældende læger forsynder sig på grund af uorden eller manglende overblik over deres ordinationer, og at et pålæg om sådan optegnelsespligt, eventuelt i forbindelse med faren for senere alvorligere foranstaltninger, i vidt omfang vil være et fuldt tilstrækkeligt retsmiddel.

Udvalget har ment, at de ovennævnte regler om optegnelsespligt og frakendelse af ordinationsretten naturligt vil kunne indføres som en ændring til lægeloven. Udvalget har i så henseende udarbejdet et lovudkast med bemærkninger, der er af trykt nedenfor side 78 som bilag 5.

I dette lovudkast er det i § 5 c foreslået, at en læge overfor indenrigsministeriet kan fraskrive sig retten til at ordinere euforiserende stoffer. Udvalget ville finde det rimeligt, at der også med hensyn til den ovennævnte i lægelovens § 5 omhandlede fortabelse af retten til overhovedet at udøve lægegerning var en tilsvarende adgang for lægen til selv at fraskrive sig denne ret, hvilket vil kunne være til lettelse både for lægen og for administrationen. En sådan fraskrivelse antages der ikke at være hjemmel til i lægeloven, jfr. dennes § 7, stk. 2. En lovændring på dette punkt ligger noget udenfor udvalgets opgaver, men man henleder opmærksomheden på, at det ville være naturligt i et lovforslag, der indeholder de af udvalget foreslåede ændringer i lægeloven, også at optage en bestemmelse om det anførte forhold.

##### 5. Foranstaltninger til undgåelse af falske recepter.

Det er tidligere fremhævet, at falske recepter antagelig spiller en stigende rolle for de eufomanes forsyninger med euforiserende stoffer. Hvis det gennem de forholdsregler, der foreslås i nærværende betænkning, kan lykkes i væsentligt omfang at lukke af for de eufomanes forsyninger gennem ægte lægerecepter, må det yderligere ventes, at receptforfalskningerne i høj grad vil tage til, og det vil derfor efter udvalgets mening være meget betydningsfuldt at finde frem til forholdsregler, der kunne gøre receptforfalskningerne væsentlig vanskeligere, end de er i øjeblikket.

*Receptforfalskninger* forekommer ganske væsentligst under to former:

1) På blanke receptblanketter, der ofte er stjålne fra læger, skriver den eufomane person selv recepten, idet han søger at efterligne en læges skrift og underskrift så godt som muligt med en ægte recept som forbillede.

2) Den eufomane person retter et eller flere tal i en af en læge udstedt recept, således at recepten kommer til at lyde på en større mængde euforiserende stof, end lægen har ordineret.

Vedrørende affattelsen af recepter gælder sundhedsstyrelsens cirkulære af 1. december 1952. I dette cirkulæres § 2 anføres i stk. 1: »En recept bør ordentligvis være skrevet på en dertil egnet blanket med receptudstederens påtrykte eller påstemplede navn, stilling og adresse.«

En recept *kan* således udfærdiges på et almindeligt stykke papir uden stempel etc. (Dette hænger sammen med, at en læge undertiden må skrive recepter, uanset at han ikke er i besiddelse af en vanlig receptblanket).

Hvad nu først angår risikoen for *falske recepter* er der overfor udvalget rejst spørgsmål om, hvorvidt man ikke i væsentlig grad kunne vanskeliggøre benyttelsen af sådanne recepter ved at stille krav om, at recepter på visse farligere euforiserende stoffer kun måtte udfærdiges på særlige blanketter, som kunne trykkes ved sundhedsstyrelsens foranstaltning på papir med vanskeligt efterligneligt mønster, og som skulle opbevares af lægerne som værdipapirer på forsvarlig måde. Udvalget ville anse det for særdeles betydningsfuldt at få gennemført en sådan forholdsregel, der må kunne påbydes af sundhedsstyrelsen i medfør af apotekerlovens § 27. I hvert tilfælde bør det efter udvalgets formening gennemføres, at apotekerne aldrig udleverer euforiserende stoffer efter recepter, der ikke er forsynet med stempel etc., uden at have sikret sig ved forespørgsel hos lægen, at recepten er ægte.

Hvad dernæst angår risikoen for *forfalskede recepter* skal udvalget anføre, at det hyppigt er forekommet, at personer har skrevet for eksempel et nul bag det af lægen skrevne tal, således at en recept på for eksempel 20 tabletter derved kommer til at lyde på 200 tabletter. En sådan rettelse på en recept er let at foretage, og det kan være yderst vanskeligt, ja umuligt for apotekeren at opdage rettelsen. Forfalskningen vil på ret effektiv måde kunne forhindres ved et pålæg til lægerne om, at de i deres recepter på de farligere euforiserende stoffer skal *angive mængderne både i bogstaver og tal*, en forholdsregel, der er påbudt i Belgien og også her i landet har været foreslået fra forskellig side. Udvalget skal stærkt anbefale, at også dette forslag gennemføres i medfør af apotekerlovens § 27.

Med hensyn til *telefoniske recepter* har det i sundhedsstyrelsens tidligere receptcirkulærer været fremhævet, at sådanne recepter skal indskrænkes mest muligt på grund af de let indløbende misforståelser og fejlhøringer. Endvidere har der været givet visse særlige sikkerhedsregler for telefonordinationer, bl. a. at de kun må modtages af en farmaceutisk uddannet person, at denne skal forlange oplysning om rekvirentens navn, stilling, adresse og eventuelt andre oplysninger til sikring af rekvirentens identitet, og at ordinationerne skal bogføres på nærmere angiven måde. I det seneste receptcirkulære af 1. december 1952 er bestemmelserne udbygget med en særlig regel for euforiserende stoffer, idet man med hensyn til disse stoffer pålægger apotekerne ved kontrolopringning eller på anden måde at skaffe sig fuld sikkerhed for rekvirentens identitet. Det er udvalgets indtryk, at euforiserende stoffer hidtil kun ganske undtagelsesvis er opnået på urigtige telefoniske recepter, og man finder ikke grund til at foreslå sikkerhedsregler ud over dem, der er angivet i receptcirkulæret.

## 6. Andre medicinalpersoners ordinationer af euforiserende stoffer.

Foruden læger kan også tandlæger og dyrlæger skrive recepter på euforiserende stoffer, jfr. apotekerlovens § 27. Endvidere kan euforiserende stoffer udleveres til skibsbesætninger og -passagerer i overensstemmelse med reglerne om skibes forsyning med lægemidler, jfr. for tiden handelsministeriets bekendtgørelse nr. 28 af 28. januar 1952.

*Tandlægers* adgang til at ordinere euforiserende stoffer er forholdsvis begrænset, idet de efter sundhedsstyrelsens receptcirkulære af 1. december 1952 ikke må foretage receptordinationer af euforiserende stoffer til patienter, men alene til egen brug i praksis. Denne brug er så indskrænket, at der ikke opstår spørgsmål om, hvorledes man i normal tandlægepraksis skal undgå at gøre patienter til eufomane eller anvende stofferne på eufomane. Heller ikke positive misbrug forekommer let, og der har, så vidt udvalget bekendt, ikke været oplysning om tilfælde, hvor tandlæger har forsynet eufomane patienter, hvorimod der har været ganske enkelte tilfælde, hvor eufomane tandlæger har forsynet sig selv. I så fald kan der være spørgsmål om at fratage tandlægen hans ret til at drive virksomhed i medfør af § 5 i lov nr. 182 af 23. juni 1932 om sundhedsvæsenets centralstyrelse, jfr. § 9, stk. 1, i lov nr. 40 af 25. februar 1916 om udøvelse af tandlægevirksomhed. Betingelserne for en frakendelse efter disse regler er dog strenge, idet det kræves, at tandlægen skal være farlig for sine medmennesker under udøvelsen af sin kaldsvirksomhed. Denne ordning forekommer ikke udvalget helt tilfredsstillende, og man vil foreslå, at der i den nye tandlægelov, som nu er under forberedelse, indføres regler svarende til, hvad der er foreslået ovenfor under 4. Endvidere vil man foreslå, at de under 5 nævnte receptforskrifter også kommer til at omfatte tandlægers recepter på euforiserende stoffer.

*Dyrlæger* har ret til at ordinere lægemidler på recept dels til sig selv til brug i praksis, dels til dyrenes ejere. De har endvidere ret til at dispensere lægemidler - d. v. s. selv tilberede dem - og distribuere lægemidler - d. v. s. videreforhandle færdig tilberedte lægemidler, som de køber på apotek. Alle disse udelingsordninger gælder også for euforiserende stoffer, men det er udvalgets indtryk, at det i praksis er sjældent, at euforiserende stoffer udleveres eller ordineres på recept til dyrenes ejere, idet dyrlægerne i almindelighed ordinerer dem til eget brug og selv indgiver dem til dyrene. De lægemidler, som dyrlægerne rekvirerer, skal i alle tilfælde anvendes til dyr, og det er et klart misbrug, hvis en dyrlæge ordinerer euforiserende stoffer til sig selv eller andre personer. Misbrug af denne art må i almindelighed tænkes etableret gennem dyrlægernes ordinationer til sig selv; det kan være forholdsvis let at skjule et menneskes forbrug mellem disse ordinationer, der samtidig kan dække en række dyrs forbrug, ofte i store kvanta. Misbrug synes imidlertid ikke hyppige, men har dog været oplyst i ganske enkelte tilfælde. Overfor sådanne misbrug står man efter nugældende lovgivning ret magtesløst. Dyrlæger omfattes ikke af loven om sundhedsvæsenets centralstyrelse, og der findes ingen almindelig dyrlægelov og i det hele ingen almindelige bestemmelser om dyrlægevirksomhed ud over den kongelige anordning nr. 671 af 29. december 1917 om dyrlægernes udlevering af lægemidler (ændret på enkelte punkter ved kongelig anordning nr. 63 af 24. februar 1933). Denne anordning omhandler kun dispensations- og distributionsretten, og da disse rettigheder næppe er særlig betydningsfulde for etablering

af misbrugene, er det veterinære sundhedsråds adgang til at fratage dyrlægerne dispensations- og distributionsretten i tilfælde af grov eller oftere gentagen for-sømmelse, jfr. anordningens §§ 9 og 14, uden videre betydning som retsmiddel på dette område. Udvalget finder det utilfredsstillende, at lovgivningen ikke indeholder bedre muligheder for at gribe ind over for dyrlæger, som misbruger retten til at ordinere euforiserende stoffer, og man vil foreslå, at en kommende dylægelov kommer til at indeholde regler som angivet under 4, ligesom receptforskrifterne under 5 efter udvalgets mening også bør komme til anvendelse på dyrlægerecepter, så længe dyrlægerecepter på euforiserende stoffer er tilladt, jfr. side 53.

Reglerne om *skibes forsyning med lægemidler* indeholder udførlige forskrifter for, hvilke mængder af lægemidler, herunder euforiserende stoffer, der skal findes i skibenes medicinkister, hvilket er forskelligt efter skibenes størrelse og benyttelse. Lægemidlerne udleveres af apotekerne til skibene direkte på grundlag af bekendtgørelsens regler. På skibene må de kun uddeles af skibslægen eller, hvis skibslæge ikke findes, af skibsføreren eller dennes stedfortræder. Der har, så vidt udvalget bekendt, aldrig været oplyst noget misbrug af denne ordning, og udvalget finder ikke grund til at foreslå ændrede regler i så henseende.

## VIL FORANSTALTNINGER VEDRØRENDE APOTEKERES UDLEVERING AF EUFORISERENDE STOFFER.

For alle betydningsfulde euforiserende stoffer gælder som tidligere nævnt, jfr. nu sundhedsstyrelsens receptcirkulære af 1. december 1952, at de kun må udleveres på recept. De farligste euforiserende stoffer må kun udleveres een gang på samme recept. Telefoniske recepter på euforiserende stoffer må efter cirkulæret ikke ekspederes, med mindre apoteket ved kontrolopringning eller på anden måde har skaffet sig fuld sikkerhed for rekvirentens identitet.

Apotekernes vanskeligheder i forbindelse med udleveringen har navnlig ligget i, at det har været uhyre svært at udsondre de falske eller forfalskede recepter fra de ægte, jfr. foran side 45 f. Hvis kundens eller receptens udseende har givet grund til mistanke, har man foretaget kontrolopringning til lægen, dog at man forståeligt ofte ved natekspeditioner er veget tilbage for dette; også om dagen har kontrolopringninger ofte været vanskelige at gennemføre, fordi lægen kan være vanskelig at træffe hjemme. Ved telefoniske recepter kan umiddelbar kontrolopringning foretages med godt resultat, hvis der er ringet fra lægens bopæl.

Udvalget må anse det for meget betydningsfuldt, at apotekerne stadig er på vagt overfor de falske recepter. Kontrolopringninger bør fortsat forsøges, når omstændighederne taler for det. Navnlig bør udlevering af amfetaminopløsning til andre end hospitaler normalt ikke ske, før der er opnået sikkerhed gennem en kontrolopringning.

Københavns politi har dernæst henledt udvalgets opmærksomhed på, at annullerede recepter på de stærktvirkende euforiserende stoffer, når de ikke sendes til sygekasse eller sygeforening, efter nuværende praksis tilbagegives til kunden, og at beviset for receptfalsk herved i mange tilfælde går tabt. Udvalget er enigt med Københavns politi i, at alle recepter på disse stoffer bør tilbageholdes af apoteket og,



når de ikke sendes til sygekasse eller sygeforening, opbevares på apoteket, eventuelt i 5 år, svarende til den almindeligste strafforældelsesfrist med hensyn til receptfalsk.

Udvalget foreslår, at apotekerne gennem en ændring af receptcirkulæret instrueres om de ovennævnte forholdsregler.

## VIII. KONTROLLEN MED BRUG AF EUFORISERENDE STOFFER.

Som nævnt i kapitel II satte opiums-konventionerne i væsentlig grad ind på at bringe handlen med og fremstillingen af euforiserende lægemidler under kontrol og sikre, at disse lægemidler udelukkende anvendtes i medicinsk og videnskabeligt øjemed og ikke gled ud i smughandelen. Det fastsattes derfor i konventionerne, at handel med og fremstilling af stofferne kun måtte foretages af virksomheder, der havde særlig tilladelse, at der endvidere krævedes særlig tilladelse til hver enkelt ind- og udførsel, og at de pågældende virksomheder - eventuelt dog bortset fra apotekere og læger - skulle føre nøjagtige bøger over deres køb, salg og benyttelse af stofferne og i et vist omfang indsende regelmæssige rapporter herom til vedkommende stat<sup>1</sup>). I overensstemmelse hermed er det nu for Danmarks vedkommende fastsat *ved lov nr. 53 af 6. marts 1936 og anordning nr. 161 af 20. juni 1936*, jfr. anordning nr. 377 af 8. september 1948 og bekendtgørelse nr. 94 af 19. marts 1952, at al ind- og udførsel, handel med og fremstilling og forarbejdning af de i anordningen og bekendtgørelsen nævnte stoffer kun må foretages af apotekere og af personer og firmaer, som har fået indenrigsministeriets særlige tilladelse, at de pågældende virksomheder kun må udlevere stofferne til andre af indenrigsministeriet godkendte virksomheder, dog at apotekere og dispenserende og distribuerende læger og dyrlæger også må udlevere dem til patienter ifølge recept, at ind- og udførsel af stofferne kræver sundhedsstyrelsens særlige tilladelse for hver sending, og at virksomhederne skal føre udførlige bøger over køb, forarbejdning og salg af stofferne og - bortset fra apotekerne - sende regelmæssige opgørelser til sundhedsstyrelsen på særlige blanketter.

Gennem dette tilladelses- og indberetningssystem og gennem den regelmæssige kontrol, som på grundlag af indberetningerne foretages hos virksomhederne af sundhedsstyrelsens visitator, er sundhedsstyrelsen i stand til nøje at følge stoffernes skæbne i Danmark og påse, at stofferne ender hos patienter ifølge lægerecept og ikke går ud i smughandelen, — en kontrol, der iøvrigt hidtil ikke har været anset for særlig påkrævet her i landet, hvor smughandel med stoffer, der er gået uden om apotek og lægerecept, hidtil ikke har spillet nogen større rolle<sup>2</sup>). - Herudover har ordningen imidlertid også gjort det muligt at føre *en vis kontrol med de stoffer, der leveres til patienter ifølge lægerecept*.

Det var i så henseende tidligere bestemt, at apotekerne skulle indføre hver enkelt recept på et af anordningens stoffer med angivelse af stof, dosis, ordinerende læge og patient i en særlig »morfinbog«, der kontrolleredes af sundhedsstyrelsens visitator og endvidere kontrolleredes af amtslægen, i København stadslægen, i reglen en gang om året. Amtslægerne og stadslægen havde under dette gennemsyn opmærk-

\*) 1925-konventionens artikler 4-10 og 12-18, 1931-konventionens artikler 15-19.

2) Jfr. ovenfor side 30 og 37.

somheden henledt på, om nogle af ordinationerne forekom særlig påfaldende og kunne give anledning til nærmere undersøgelse. Det var imidlertid, navnlig i større byer, vanskeligt gennem morfingbøgerne at få overblik over disse forhold.

Da det viste sig ønskeligt at få en bedre oversigt over ordinationerne af euforiserende stoffer, indførtes derfor som tidligere nævnt<sup>3)</sup> ved sundhedsstyrelsens cirkulære af 29. oktober 1949 med virkning fra 1. november 1949 en anden ordning, hvorefter apotekerne opførte de nævnte oplysninger om recepterne på særlige månedslister, som ved månedens slutning indsendtes til sundhedsstyrelsen. Denne ordning gælder også for amfetaminpræparater, skønt disse ikke omfattes af opiumsloven<sup>4)</sup>. Efter sundhedsstyrelsens cirkulære af 25. marts 1950 og receptcirkulæret af 1. december 1952 er ordningen nu den, at listerne indsendes til amtslægen (stadslægen), der foreløbig som en midlertidig ordning videresender dem til sundhedsstyrelsen. Amtslægerne får gennem disse lister væsentligt bedre overblik over forholdene end før. De månedlige lister indeholder dog oplysninger om så mange recepter - i november måned 1952 drejede det sig i en stor amtslægekreds som Aarhus ialt om ca. 3300 recepter, i en mindre amtslægekreds som Haderslev ialt om ca. 850 recepter, i København-Københavns amt ialt om ca. 20.000 recepter - at det i hvert fald for amtslægeembederne med disses nuværende kontormæssige organisation ikke er muligt at foretage en grundig gennemgang af alle listerne. Efter den i øjeblikket praktiserede ordning koncentrerer amtslægerne sig om personer, hvis forhold er særlig iøjnespringende, eller som de ad anden vej er opmærksomme på, og indsender listerne til sundhedsstyrelsen med bemærkninger herom. I København og Københavns amt, hvor forholdene er særlig uoverskuelige, foretager stadslægen og amtslægen ingen bearbejdelse af listerne, men indsender dem uden bemærkninger til sundhedsstyrelsen, hvor bearbejdelsen foregår.

Det arbejde, som sundhedsstyrelsen i øjeblikket udfører med listerne, består for det første i en nøje gennemgang hver måned af samtlige lister fra København og Københavns amt. Først gennemgås de enkelte lister for at få oplyst, om visse patienter har fået særlig store eller ejendommelige enkeltordinationer eller særlig mange ordinationer. For samtlige læger og patienter, som det herved findes ønskeligt at gå nærmere efter, og for de patienter og læger, som i forvejen er noteret til kontrol for vedkommende måned, foretages en nøjagtig opgørelse af samtlige de ordinationer, der for pågældende måned fremgår af listerne for København og amtet, og resultatet noteres på kartotekskort. For de læger eller patienter, hvor resultatet af opgørelsen findes at give anledning til forespørgsler, skrives oplysningerne endvidere ud på lister, som sendes til stadslægen og amtslægen i Københavns amt, og disse læger foretager de videre fornødne henvendelser, herunder ofte meddelelse til læger om, at patienter, som de forsyner med euforiserende stoffer, samtidig får sådanne stoffer fra en række andre navngivne læger. Stadslægen og amtslægen giver sundhedsstyrelsen meddelelse om resultatet af deres henvendelser, når der skønnes at være anledning til det, herunder om en person ønskes holdt under fortsat observation.

Gennemgangen af materialet fra København og Københavns amt udgør den største del af sundhedsstyrelsens arbejde med listerne. Herudover foretages hver måned en ganske tilsvarende bearbejdelse af materialet fra eet eller to andre amter på skift, hvorunder man også foretager gennemgang med hensyn til de personer, som amtslægerne ved indberetningernes indsendelse har gjort opmærksom på.

<sup>3)</sup> Jfr. ovenfor side 31.

<sup>4)</sup> Jfr. ovenfor side 27.

Med hensyn til listerne fra de øvrige amter foretages for vedkommende måned gennemgang med hensyn til de læger og i visse tilfælde de patienter, der i forvejen er noteret til gennemgang, og sagerne herom ekspederes til amtslægerne på sædvanlig måde.

De mange oplysninger, der som følge af ovenstående efterhånden er samlet i sundhedsstyrelsens kartotek, har bevirket, at sundhedsstyrelsen på stående fod har kunnet give værdifulde meddelelser til amtslæger eller politi, der havde brug for oplysninger om særlige personers forhold, eller til læger, der ønskede oplyst, om deres patienter søgte andre læger.

Sundhedsstyrelsens arbejde med listerne har hidtil kunnet klares af en enkelt mand, hvis fulde arbejdstid det optager.

Jævnside med denne kontrol gennem listerne og sundhedsstyrelsens kartotek har der i de senere år i hvert fald i København været ført stadig kontrol fra politiets side i kvarterer, hvor kredse af eufomane personer vides at holde til.

Udvalget vil anse det for meget betydningsfuldt, at de forskellige former for kontrol fortsætter, også hvis udvalgets tidligere nævnte forslag gennemføres. Det er ganske vist udvalgets opfattelse, at gennemdrøftelsen af eufomanispørgsmålet og udsendelsen af en vejledning fra sundhedsstyrelsen i sig selv vil medføre en væsentlig indskrænkning i adgangen til euforiserende stoffer og dermed vil forhindre udviklingen af eufomanier. Vejledningen vil imidlertid næppe have større virkning overfor *eufomane læger*, og det vil være af stor betydning at kunne følge deres forhold gennem listernes oplysninger og derigennem få mulighed for at gribe ind på et så tidligt tidspunkt, at der er gode chancer for at bringe misbruget til ophør. Også overfor *læger, der ordinerer til andre*, vil bevidstheden om, at forholdene stadig følges, sikkert være af en vis værdi, og det vil i hvert fald være af stor betydning på det tidligst mulige tidspunkt at kunne gøre lægerne bekendt med, at nogen af deres patienter samtidig får euforiserende stoffer fra andre læger. Med hensyn til *eufomane, der skaffer sig euforiserende stoffer udenom lægerne*, har kartoteksordningen vist sig at kunne give en vis hjælp til tidlig opdagelse af falsknerier. Også politiets kontrol har betydning med hensyn til disse eufomane.

Udvalget mener i det hele at kunne anbefale kontrolordningen i den form, den har nu, men skal dog fremkomme med forskellige bemærkninger vedrørende ordningen.

### 1. Områder, der nu er udenfor kontrolordningen.

Som tidligere nævnt gælder de særlige regler om *salg fra apotek* af euforiserende stoffer også for *amfetaminpræparater*. Hver recept på disse præparater må således kun ekspederes een gang, og recepterne skal optages på de månedlige indberetningslister<sup>5)</sup>). Imidlertid omfattes amfetaminpræparaterne ikke af opiumskonventionernes system og ikke af opiumslovgivningen<sup>6)</sup>), og denne lovgivnings regler om kontrol i alle omsætningsled gælder derfor ikke for amfetamingruppen. Med hensyn til *indførsel her til landet* gælder derimod for amfetaminpræparater såvel som for en lang række andre lægemidler reglen i anordning nr. 79 af 4. april 1929 om apotekvarer, hvorefter indførsel i et vist omfang er forbeholdt apotekerne, men denne

<sup>5)</sup> Jfr. ovenfor side 23, note 13, side 31 og side 50.

<sup>6)</sup> Jfr. ovenfor side 50.

regel sigter kun mod at beskytte apotekererhvervet og ikke mod at etablere en almindelig kontrol med stofferne, og reglen giver kun en yderst begrænset sikkerhed mod uforsvarlig amfetaminanvendelse; dels fordi den kun omfatter varepartier til fakturapris under 100 kr., dels fordi den kun omfatter færdige præparater og ikke råstoffer, og dels endelig fordi handlende under visse omstændigheder har samme indførselsret som apotekerne. I krigs- og efterkrigsårene har indførslen af alle medicinalvarer herudover været undergivet vareforsyningslovens indførselskontrol, der dog, således som den administreredes, ikke gav nogen særlig sikring mod uforsvarlig amfetaminindførsel. Kontrollen i medfør af vareforsyningsloven er imidlertid nu i vidt omfang ophævet. Hvad særlig angår indførsel gennem gavepakker har der i det hele ikke været nogen større kontrol; i medfør af anordningen af 4. april 1929 har man dog skullet have en apoteker til at foretage indklareringen med hensyn til pakkernes indhold af færdige medicinalvarer. *Engrossalg* af amfetamin er ligesom indførsel af varerne i medfør af anordningen af 4. april 1929 forbeholdt apotekere og under visse omstændigheder handlende, når det drejer sig om færdigvarer til salgspris under 100 kr., men iøvrigt gælder der udover næringslovens almindelige regler ingen særlige begrænsninger i retten til at engrossalg med disse varer eller til *forarbejdning* af disse varer, og der føres ikke nogen kontrol hermed.

Den ovennævnte mulighed for indførsel af amfetaminpræparater i gavepakker har i nogle tilfælde givet anledning til uheldige forhold. Iøvrigt vides den manglende kontrol med indførslen her til landet og med fremstilling af og engros handel med amfetaminpræparater hidtil ikke at have medført misbrug, bl. a. på grund af medicinalfabrikkernes påpasselighed. Misbrug navnlig gennem indførsel synes dog ikke særlig utænkelig, og udvalget vil foreslå, at opiumslovgivningens bestemmelse om, at ind- og udførsel, fremstilling og forarbejdning samt handel med og udlevering af de pågældende stoffer kun må foretages af apotekere og personer eller firmaer med særlig tilladelse, udvides til også at omfatte amfetamingruppen. En sådan ordning må antages at blive let at administrere, fordi det udover apotekerne kun er få virksomheder her i landet, der forarbejder eller handler med amfetaminpræparater. Ordningen vil i forbindelse med toldkontrollen være en ret effektiv hindring for, at amfetamin og lignende varer indføres af uheldige personer og ledes ad forkerte baner. En tilladelsesordning vil også gøre det ganske klart, hvornår der foreligger ulovlig handel, og derved give godt grundlag for den skærpede straffebestemmelse vedr. sortbørshandel med amfetamin m. v., som anses for ønskelig, jfr. kapitel IX. Det er muligt, at den nævnte indførselskontrol i forbindelse med de skærpede strafferegier kan give tilstrækkelig sikkerhed mod, at amfetamin m. v. misbruges i omsætningsledene forud for apotekshandelen, således at en særlig bogføringskontrol og lagerkontrol ikke bliver nødvendig.

Over salg fra apotekerne haves gennem indberetningslisterne god oversigt for samtlige farligere euforiserende stoffer. Disse salg vil i reglen vise stoffernes endelige anvendelse. Herfra gælder dog forskellige undtagelser. *Lagers rekvisitioner af euforiserende stoffer* omfatter ikke alene deres eget forbrug, men også og navnlig de mængder af stofferne, som de altid må have hos sig til brug for praksis, og over den videre anvendelse heraf vil de, når ikke særlige forhold gør sig gældende, jfr. ovenfor side 43 f., ikke have pligt til at føre optegnelser. *Levering til skibenes medicinkister* sker fra apotekerne alene på grundlag af de gældende regler om, hvad disse kister skal indeholde, jfr. for tiden bekendtgørelse nr. 28 af 28. januar 1952; kun med hensyn til morfin eksisterer der en almindelig pligt til at føre optegnelser over

udlevering fra medicinkisterne, jfr. bekendtgørelsens § 6, og disse optegnelser, der skal føres i skibsdagbogen eller skibets tilsynsbog, underkastes ikke nogen nærmere sundhedsmæssig kontrol. *Sygehusene* rekvirerer stofferne i store mængder ad gangen og fører ikke samlede optegnelser over den videre anvendelse. *Distribuerende lager* rekvirerer ligeledes stofferne i større mængder ad gangen. Efter bekendtgørelse nr. 189 af 3. juli 1931 skulle de for hvert receptpligtigt lægemiddel, de udleverede, sende en recept til vedkommende apoteker, men denne ordning har gennem længere tid ikke været overholdt i praksis, og lægerne har ikke pligt til selv at føre fortegnelser over de udleverede stoffer. *Dyrlæger* rekvirerer ofte euforiserende stoffer i store mængder ad gangen, dels til egen brug i praksis og dels til dispensation og distribution, jfr. side 47. Dispenserende dyrlæger har efter den kongelige anordning nr. 671 af 29. december 1917, §§ 2 og 7, pligt til at føre deres køb og udleveringer af visse euforiserende og andre stoffer i en giftprotokol, men denne protokol er i praksis uden større betydning og gennemgås ikke med henblik på muligheden for personers misbrug af euforiserende stoffer, og for dyrlægernes rekvisitioner til egen brug i praksis og for deres distributioner gælder ingen optegnelsespligt.

Hvad først angår *lægers rekvisitioner til brug for deres praksis* finder udvalget ikke grund til at foreslå yderligere sikkerhedsforanstaltninger. Det vil i almindelighed dreje sig om ganske ubetydelige mængder, og stiger de påfaldende, kan sundhedsmyndighederne gå frem som angivet ovenfor side 43 f.

Udvalget finder heller ikke anledning til at foreslå yderligere sikkerhedsforanstaltninger med hensyn til *skibskisternes beholdninger*, der må antages at blive administreret med stor forsigtighed på skibene.

På *sygehusene* er patienter, der får euforiserende stoffer, herunder undergivet så nøje kontrol, at faren for misbrug skulle være minimal. Betænelighederne ved de ukontrollerede hospitalsbeholdninger ligger i den mulighed, de giver for ukontrollerede misbrug hos læger og sygeplejersker. En bogføring over samtlige anvendelser af disse stoffer på hospitalerne vil dog antagelig kun være af begrænset værdi som sikring herimod, og udvalget har ment at burde se bort fra en sådan bogføring og nøjes med de ordensforskrifter, som tænkes givet for medicinopbevaring på hospitalerne efter forslag af et af sundhedsstyrelsen den 9. september 1948 nedsat udvalg, jfr. apotekerlovskommissionens betænkning af 1952 side 198-202.

Ordningen, hvorefter *læger* på steder, hvor der ikke er apotek, kan få tilladelse til *selv at distribuere medicin*, er af gammel dato og er nu hjemlet ved apotekerloven af 1932, § 23. Der kunne være tale om at pålægge disse læger en særlig optegnelses- og indberetningspligt med hensyn til euforiserende stoffer, men udvalget vil dog foreslå, at de farligere euforiserende stoffer helt undtages fra distributionsretten, da det er meget sjældent, at lægen vil få brug for at udlevere disse stoffer, og da det er ønskeligt, at der findes det færrest mulige antal lagre af disse stoffer.

For *dyrlægers* vedkommende bør man efter udvalgets mening i forbindelse med overvejelserne om en kommende dyrlægelov have opmærksomheden henledt på, at der kan forekomme sådanne misbrug med hensyn til dyrlægernes beholdninger af euforiserende stoffer, at der bør pålægges dem almindelig optegnelsespligt vedrørende køb og benyttelse af stofferne. Udlevering af de farligere euforiserende stoffer til dyrenes ejere, det være sig ved dispensation, distribution eller receptordination, finder allerede nu antagelig kun forholdsvis sjældent sted, jfr. ovenfor side 47, og der bør efter udvalgets mening gives udtrykkeligt forbud herimod.

## 2. Apotekernes udfyldelse af indberetningslisterne.

Det vil ofte være således, at det er apotekerne, der tidligst får klarhed over, at en læges eller en patients forhold vedrørende euforiserende stoffer giver anledning til betænkeligheder, på et tidspunkt, hvor dette ikke eller kun vanskeligt vil kunne udledes ved amtslægenes og sundhedsstyrelsens gennemgang af indberetningslisternes rubra. Det ville derfor give en mere effektiv ordning, hvis apoteket i indberetningslisterne afmærkede sådanne ordinationer, der kunne give anledning til overvejelser, med et kryds, »N. B.« eller lignende. På landet og i mindre byer, hvor der er nær personlig kontakt mellem apotekeren og lægerne og befolkningen, vil en sådan fremhævelsesordning dog ikke være behagelig for apotekerne og vil formentlig her også kunne undværes, da oversigten over forholdene disse steder i det hele er god. I større byer vil ordningen efter udvalgets skøn være af stor værdi, og man skal foreslå, at apotekerne på disse steder instrueres om en sådan ordning.

Det bemærkes, at fremhævelserne formentlig altid bør foretages af apotekeren selv eller den, der på hans vegne står for indsendelsen af listerne.

Udvalget skal iøvrigt fremhæve, at det er af stor betydning for sundhedsmyndighedernes arbejde med listerne, at listerne af apotekerne føres med fyldestgørende navn- og adresseangivelser og med let læselig skrift; om muligt bør de maskinskrives, hvorved der samtidig kan tages genpart til apotekets eget brug.

## 3. Amtslægenes arbejde med eufomanibekæmpelsen.

Amtslægerne har allerede flere steder vist betydelig interesse for eufomanibekæmpelsen, har regelmæssigt drøftet den med de praktiserende læger og har derved medvirket til at skærpe de praktiserende lægers forsigtighed og været i stand til at give værdifulde oplysninger.

Udvalget må anse det for meget ønskeligt, at dette samarbejde med de praktiserende læger bliver almindeligt alle steder. Man skal herunder fremhæve, at der i så henseende også bør være kontakt om eufomaniproblemet mellem amtslægen (stadslægen) og eventuelle natlægeordninger i kredsen, jfr. ovenfor side 42. Man skal iøvrigt fremhæve, at amtslægerne altid ved gennemgangen af indberetningslisterne bør have opmærksomheden henledt på, om der forekommer recepter vedrørende udenamts patienter eller fra udenamts læger, idet misbrug undertiden søges skjult ved, at den pågældende fordeler sit forbrug over apoteker i flere amter.

## 4. Sundhedsstyrelsens bearbejdelse af listerne.

Sundhedsstyrelsens arbejde med listerne er som nævnt kun indført som en midlertidig ordning, der dels skulle give sundhedsstyrelsen et samlet overblik over, hvorledes forholdene her i landet i øjeblikket lå med hensyn til misbrug af euforiserende stoffer, dels skulle gøre det muligt for sundhedsstyrelsen at skønne over, hvorledes arbejdet med listerne mest praktisk kunne tilrettelægges.

Udvalget anser det for utvivlsomt, at sundhedsstyrelsens arbejde med listerne bør fortsættes.

Udvalget må som tidligere nævnt lægge stor vægt på, at der med regelmæssige mellemrum føres kontrol og kartoteknoteringer med hensyn til personer, som tidligere har været eufomane, eller som iøvrigt har været ude i forhold, der gør det ønskeligt at overvåge deres forhold til euforiserende stoffer. Hvis udvalgets side 44 f.

nævnte forslag om indberetningspligt for visse læger gennemføres, vil en regelmæssig kontrol på grundlag af listerne over disse lægers ordinationer være et næsten nødvendigt supplement til ordningen.

Udvalget må endvidere lægge stor vægt på, at listerne regelmæssigt gennemgås med henblik på ikke tidligere kendte misbrug. En sådan gennemgang er for København og Københavns amt en nødvendighed for at få en forsvarlig oversigt over forholdene og har også for det øvrige land vist sig at have stor betydning, idet der her ved er fremkommet oplysninger om mange ikke hidtil kendte forhold. Da man ved gennemgangen med hensyn til de til kontrol noterede personer ofte vil studse over uregelmæssigheder med hensyn til andre personer, vil det iøvrigt altid være meget nærliggende at udvide kontrollen til også at omfatte disse andre personer. Udvalget må anse det for betydningsfuldt, at en sådan almindelig gennemgang for tiden foretages hver måned for Københavns og Københavns amts vedkommende, hvor forholdene er særlig uoverskuelige, og hvor erfaringen også viser, at der ved hver ny gennemgang fremkommer mange hidtil ukendte oplysninger af betydning.

Udvalget skal endelig anbefale, at arbejdet fortsat foretages af sundhedsstyrelsen. Det vil under alle omstændigheder være nødvendigt, at gennemgangen for København og Københavns amt, der som nævnt giver langt den største del af arbejdet, foretages af en for byen og amtet fælles institution, idet de eufomane personer ofte i vidt omfang spreder deres recepter over mange apoteker i byen og amtet. Det vil imidlertid herefter være det mest hensigtsmæssige at lade denne institution, der er øvet i den praktiske sagsbehandling, foretage den nøjagtige bearbejdelse også for de øvrige amter, hvilket også vil give bedre kontrol med personer, der skifter opholdssted eller bor i nærheden af grænsen mellem to amter. Det vil endvidere med amtslægeembedernes nuværende kontormæssige organisation være vanskeligt for dem at overkomme den nøjagtige revision af listerne, selv om den kun foretages for enkelte måneder med større mellemrum, og man har også indtryk af, at amtslægerne er veltilfredse med den nuværende ordning, hvorved de får en anledning udefra til at rette deres forespørgsler til lægerne.

Det bemærkes, at udgifterne ved sundhedsstyrelsens kontrolordning i øjeblikket udgør ca. 15-20.000 kr. årligt. Selv om sundhedsstyrelsens kontrolarbejde antagelig vil stige noget, efterhånden som flere personer inddrages under fast kontrol, og selv om den endelige udgift ved kontrolordningen måske herefter vil kunne anslås til ca. 25.000 kr. årligt, forekommer udgifterne ved kontrollen ringe i forhold til den gavn, den må antages at gøre.

## IX. FORANSTALTNINGER MOD SMUGHANDEL MED EUFORISERENDE STOFFER.

Som ovenfor nævnt spiller tilgang af euforiserende stoffer ved indsmugling og tyverier en underordnet rolle, idet langt den overvejende del forskaffes gennem lægerecepter, ægte eller falske. Det er efter udvalgets opfattelse tænkeligt, at gennemførelsen af de i det foregående foreslåede forholdsregler, som må ventes at medføre en væsentlig nedgang i forsyningen med euforiserende stoffer gennem recepter, vil bevirke, at antallet af tyverier tager til, ligesom også indsmugling måske vil få prak-

tisk betydning. For at vanskeliggøre afsætningen af den forsyning, der hidrører fra disse kilder og for iøvrigt at modvirke, at eufomani breder sig ved »smitte«, og at et ikke lægeligt forbrug opretholdes ved sortbørskøb af euforiserende stoffer, finder udvalget anledning til at foreslå gennemførelsen af de nedenfor nævnte foranstaltninger.

1. Ifølge opiumsloven er handel med og udlevering af de af loven omfattede stoffer fra andre end apotekere eller personer eller firmaer, der har indenrigsministeriets særlige tilladelse hertil, strafbar med bøde, hæfte eller fængsel indtil 6 måneder, hvorhos de pågældende varer skal konfiskeres. Men opiumsloven omfatter ikke alle euforiserende stoffer, navnlig ikke amfetamingruppen. Ulovlig handel med eller udlevering af disse stoffer er dog strafbar efter apotekerloven, men denne lov hjemler alene anvendelse af bødestraf. Da disse stoffer i farlighed - i hvert fald her i landet - ganske må sidestilles med de af opiumsloven omfattede, og da den lavere strafferamme efter politiets erfaringer menes at bidrage til, at den illegale handel koncentrerer sig om euforiserende stoffer, der falder udenfor opiumsloven, foreslår udvalget, at opiumsloven ved en særlig lovbestemmelse gøres anvendelig også på disse stoffer, uanset at de ikke er omfattet af opiumskonventionerne.

2. Den gældende lovgivning forbyder som lige nævnt alene uhjemlet handel med eller udlevering af euforiserende stoffer. Derimod er køb hos ikke forhandlingsberettigede eller besiddelse af euforiserende stoffer, der er erhvervet igen som sådant køb, ikke strafbar. Politiinspektør Jersild, Københavns politi, har i et møde med udvalget peget på, at det ville være af betydning for politiets arbejde med bekæmpelsen af det ulovlige salg, såfremt besiddelse af euforiserende stoffer, erhvervet på uretmæssig måde, var strafbar, idet en regel herom ville give politiet mulighed for at gribe ind over for personer, der må formodes at handle med euforiserende stoffer, uden at der dog i det enkelte tilfælde kan tilvejebringes tilstrækkeligt bevis derfor.

En sådan regel vil stemme med artikel 7 i opiumskonventionen af 1925, der pålægger deltagerlandene at træffe foranstaltninger til, at de af konventionen omfattede stoffer ikke besiddes af personer, der ingen bemyndigelse har dertil, og med lovgivningen i en lang række fremmede lande, herunder U. S. A., Storbritannien, Belgien, Schweiz, Sverige og Norge \*). Udvalget skal derfor foreslå, at der ved en ændring af opiumsloven skabes lovhjemmel for at straffe besiddelse af euforiserende stoffer, som besidderen ikke kan godtgøre at have erhvervet på retmæssig måde.

3. Overtrædelse af opiumsloven behandles ifølge opiumslovens § 5 som politisager. I det foran nævnte møde anbefalede politiinspektør Jersild, at der blev skabt hjemmel for i disse sager at anvende anholdelse og fængsling, beslaglæggelse og ransagning i samme omfang som i statsadvokatsager.

En sådan regel gælder efter vareforsyningsloven og prisloven og efter levnedsmiddelloven, og der kan formentlig være grund til i betragtning af de euforiserende stoffers farlighed at give politiet samme retsmidler i hænde ved bekæmpelsen af illegal handel med disse stoffer. Man skal derfor foreslå, at der skabes lovhjemmel herfor ved en ændring af opiumsloven.

4. Strafferammen ved overtrædelse af opiumsloven er som ovenfor nævnt bøde, hæfte eller fængsel indtil 6 måneder. Der haves, såvidt udvalget bekendt, ingen

<sup>1)</sup> Jfr. ovenfor side 16 ff.



erfaring for, at denne strafferamme hidtil skulle have vist sig utilstrækkelig<sup>2)</sup>, men for det tilfælde, at indsmugling eller større sælgerorganisationer, som det er kendt i udlandet, skulle komme til at spille en rolle her i landet, kan der efter udvalgets mening være anledning til at skabe hjemmel til idømmelse af højere straf, og man skal derfor foreslå, at strafferammen forhøjes til fængsel i 2 år - samme strafferamme som i vareforsyningsloven og prisloven. En sådan skærpelse vil falde i tråd med opiumskonventionen af 1936 og med den på den internationale kriminalpolitiskommissions møde i Stockholm i juni 1952<sup>3)</sup> vedtagne resolution vedrørende nar-kotikahandel.

5. Af en række sager, som har været forelagt sundhedsstyrelsen, fremgår det, at personer har opnået recepter på euforiserende stoffer hos en række forskellige læger ved at give urigtige oplysninger angående deres identitet. Udvalget anser det for at være af vigtighed, at der træffes foranstaltninger til at modarbejde dette uvæsen og derved tillige støtte lægerne i deres arbejde for bekæmpelse af misbrug af euforiserende stoffer, og man stiller derfor forslag om, at der skabes lovhjemmel for at straffe den, der ved opnåelse af recept på sådanne stoffer giver lægen urigtige skriftlige oplysninger vedrørende sin identitet, jfr. herved ordningen efter forskellige fremmede lovgivninger. Hvis en sådan bestemmelse gennemføres, bør det i den vejledning, der agtes udsendt til lægerne, udtales, at disse af patienter, der ikke er dem bekendt, og iøvrigt når det findes hensigtsmæssigt, bør forlange skriftlig oplysning om deres navn, stilling og adresse, f. eks. i en særlig kvitteringsbog.

6. I lighed med, hvad der gælder efter apotekerloven, skal man endelig foreslå, at der i opiumsloven indføres en regel om, at såvel tiltale som tiltalefrafald vedrørende overtrædelse af opiumsloven altid skal tiltrædes af sundhedsstyrelsen.

## X. TVANGSINDLÆGGELSE OG TVANGSTILBAGEHOLDELSE AF EUFOMANE.

Som tidligere fremhævet er det meget almindeligt, at eufomane på grund af tilvænnning stadig forøger deres brug af euforiserende stoffer ved indtagelse af større og større doser, og at de som følge af den øgede trang til stofferne og manglende karakterstyrke er ude af stand til at arbejde sig ud af misbruget, selv om de gang på gang træffer den alvorligste beslutning herom. Det er derfor en almindelig erfaring, at ambulante afvænningskure for eufomani i alt væsentligt på forhånd er dømt til at mislykkes, og at den eneste mulighed for helbredelse som alt overvejende hovedregel ligger i en afvænningskur på hospital.

Imidlertid viser eufomane sig ofte meget lidt tilbøjelige til frivilligt at gennemgå en sådan hospitalsbehandling. Dette bunder i flere forskellige forhold. Den egentlige afvænningskur på hospitalet, som består i en gradvis formindskelse af dosis af

<sup>2)</sup> En person, der i betydeligt omfang havde handlet med euforiserende stoffer, er således ved Østre landsrets dom af 14. april 1950 blevet idømt psykopatforvaring alene for overtrædelse af opiumsloven og apotekerlovgivningen.

<sup>3)</sup> International Criminal Police Review 1952, side 219-20.

det euforiserende stof indtil nul, varer ganske vist kun fra få dage op til 2-3 uger, men i tilknytning hertil er det nødvendigt at give en langvarig, stabiliserende efterkur på lukket hospitalsafdeling (sindssygehospital) under nøje kontrol, hvilket kan tage adskillige måneder, op til et år eller mere, og udsigten til denne lange inde-spærring, hvor man må forsømme eventuel familie og virksomhed, virker naturligvis ikke tilløkkende. For personer med familie og arbejde vil det ofte ligge udenfor egne økonomiske muligheder at klare et sådant hospitalsophold og samtidig sørge for familien. I en række tilfælde forøges vanskelighederne af, at den pågældendes økonomi i forvejen er ødelagt som følge af eufomanien. Hertil kommer, at adskillige moderat eufomane endnu ikke har opgivet håbet om, at det skal lykkes dem ved egen hjælp at komme ud af misbruget eller dog stadig holde det indenfor snævre grænser. For fremskredent eufomane gælder, at de i modsætning til de fleste andre syge ofte ikke nærer noget ønske om at blive helbredt; indtagelsen af giftstofferne er blevet en så væsentlig del af deres livsindhold, at afvænnning står for dem som noget meget afskrækkende. Dette vil ofte være en medvirkende grund til, at de helt forhutlede eufomane, der hverken har hjem eller arbejde, er uvillige til hospitalsbehandling, tiltrods for at et hospitalsophold i virkeligheden ville betyde væsentligt forbedrede levevilkår for dem.

Det vil af de anførte grunde ofte være umuligt at bevæge den eufomane til frivilligt at lade sig indlægge på hospital. Men selv i de tilfælde, hvor dette lykkes, er vanskelighederne ikke dermed løst, idet en stor del af de personer, der har indlagt sig til afvænnning, afbryder kuren i utide og dermed gør den værdiløs. Afbrydelsen af kuren kan i nogle tilfælde bero på, at der efter nogle dages afvænnning opstår afvænningssymptomer, der får patienten til at fortryde sit afvænningsønske. Ofte kan afvænningerne dog foretages så forsigtigt, at afvænningssymptomer ikke opstår eller dog væsentlig svækkes. Grunden til, at kurene afbrydes for tidligt, er under alle omstændigheder enten, at patienten, når det kommer til stykket, fortryder sin indlæggelse, eller at han i løbet af kort tid — ganske urigtigt — tror, at han er så rask, at han kan modstå tilbagefald. Af de 87 patienter, der i femårsperioden 1945-49 var indlagt til afvænnning på Rigshospitalets psykiatriske klinik i København — hvis afvænning foregik således, at afvænningssymptomer i alt væsentligt blev undgået — forlod de 47 kuren i utide, nogle efter få dages forløb og andre, efter at den egentlige afvænning var afsluttet, jfr. ovenfor side 34.

Når forholdet således er det, at ambulantly behandling af eufomani som regel er virkningsløs, og at hospitalsbehandling støder på modstand fra de eufomane og selv i de tilfælde, hvor den påbegyndes, oftest afbrydes i utide, fordi patienten kræver sig udskrevet, ligger det nær at spørge, om der ikke bør skabes en almindelig hjemmel til tvangsindlæggelse eller dog tvangstilbageholdelse på hospital af eufomane, et spørgsmål der forøvrigt er rejst flere gange tidligere her i landet, endnu så sent som på Den almindelige danske Lægeforenings repræsentantskabsmøde den 1. september 1952, hvor der vedtoges en udtalelse om, »at der af hensyn til narkomaners helbredelsesmuligheder bør søges lovhjemmel for tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse af narkomaner«.

I andre lande synes sådanne generelle tvangsordninger ikke at være almindelige, jfr. ovenfor side 17. Blandt de stater, hvis lovgivning udvalget særligt har undersøgt, giver kun U. S. A., Vesttyskland og Norge anledning til bemærkninger.

I U. S. A. hjemler *jobbundslov givningen* ingen adgang til at *tvangsindlægge til* afvænnning, når der ikke foreligger kriminalitet. Derimod indeholder den for stats-

forbundet gældende Public Health and Welfare Act (United States Code Title 42, jfr. ovenfor side 18) i section 260 hjemmel for *tvangstilbageholdelse* af patienter, der frivilligt har ladet sig indlægge på et afvænningshospital for eufomane. Det er en betingelse for at opnå en sådan indlæggelse, at den pågældende overfor direktøren for U. S. A.s sundhedsvæsen har forpligtet sig til at underkaste sig behandlingen i det tidsrum, direktøren anslår som nødvendigt for at gennemføre kuren, og han kan da tilbageholdes i dette tidsrum eller dog indtil han er helbredt. Af *enkeltstaterne* har i hvert fald staten New York for nylig indført en tvangsindlæggelsesordning for eufomane, der er under 21 år gamle.

I *forskellige vesttyske stater* findes der nye love, som giver hjemmel for tvangsindlæggelse af eufomane, jfr. ovenfor side 21.

I *Norge* findes der ingen lovbestemmelse om tvangsmæssig behandling af eufomane, men i en betænkning af december 1950 fra den norske alkoholistsforsorgskomité af 1947 er der stillet forslag om at udvide den norske lovgivnings regler om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse af *alkoholister* til også at omfatte eufomane, og denne lovgivning skal derfor kort omtales. Ifølge *loven af 26. februar 1932 om edruelighedsnevnder og behandling av drikkfeldige* (med ændringslove af 26. maj 1939 og 12. december 1947) er betingelserne for *tvangsindlæggelse af alkoholister* ret strenge, idet det efter lovens § 7 kræves, at vedkommende - som i reglen i forvejen vil være advaret gennem andre forsorgsforsøg - mishandler sin ægtefælle eller sine børn, udsætter sine børn for sædeligt fordærv eller vanrøgt, volder fare for sig selv eller andre, gentagne gange forulemper sine omgivelser, forsømmer sin forsørgelsespligt efter gældende lov eller forøder eller forspilder sit gods således, at man må frygte for, at der kan opstå trang for ham selv eller hans familie. Tvangsindlæggelsen skal ske på et af Kongen anerkendt kursted og kan udstrækkes over indtil 2 år. Bestemmelse om tvangsindlæggelsen træffes af det forstærkede ædruelighedsnævn, hvis formand er den lokale dommer; sagen behandles i vidt omfang i processuelle former, og der er adgang til at indbringe beslutninger om tvangsindlæggelse for højesteret (§§ 8-10). Udskrivning kan ske på prøve (§ 13). Betingede beslutninger om tvangsindlæggelse er i praksis anvendt med held. Adgangen til *tvangstilbageholdelse* på godkendt kursted af *frivilligt indlagte alkoholister* er betydeligt videre, dog under forudsætning af, at den pågældende ved indlæggelsen har erklæret sig villig til at underkaste sig behandling i en bestemt tid, idet loven (§ 16) da blot stiller som betingelse, at kurstedets vedtægter skal indeholde bemyndigelse til tilbageholdelsen, og at tilbageholdelsen skal være påkrævet for den pågældendes helbredelse. I så fald kan den pågældende holdes på sanatoriet i det tidsrum, som han selv ved indlæggelsen har bestemt, dog ikke over 2 år, og han kan ved undvigelser tilbageføres af politiet. Beslutningen om tilbageholdelsen tages af kurstedets ansvarlige ledelse. Udskrivning kan også her ske på prøve. I den ovennævnte *betænkning af december 1950* er disse ordninger foreslået udvidet på forskellig måde, bl. a. derved at tvangsindlæggelse også skal kunne ske, når vedkommende udsætter sig selv for alvorlig legemlig eller sjælelig skade, forsømmer sit arbejde, undlader at tage passende arbejde, betler o. s. v. Det foreslås endvidere at give udtrykkelige regler om betinget beslutning om tvangsindlæggelse.

I *dansk ret* findes der kun i nogle få særlige grupper af tilfælde hjemmel til tvangsmæssig behandling af eufomane. Dette gælder for det første, når en patient har begået strafbare handlinger - for eksempel receptfalsk - i en sådan varigere tilstand af eufomani, at han i medfør af straffelovens § 17, jfr. § 70, kan dømmes

til ophold på sindssygehospital eller i psykopatforvaring. Og dernæst vil man i de sjældne tilfælde, hvor en eufoman tillige er sindssyg, kunne gennemføre en tvangsindlæggelse på sindssygehospital efter reglerne i lov nr. 118 af 13. april 1938 om sindssyge personers hospitalsophold.

Der er efter udvalgets formening ud fra *rent lægelige synspunkter* stærke grunde, der taler for en almindelig adgang til tvangsmæssig behandling af eufomane, idet man navnlig derved får mulighed for at sikre en effektiv behandling af eufomani på et så tidligt stadium, at helbredelsesmulighederne ikke er forspildt. Også *socialle grunde* kunne til en vis grad tale for en tvangsordning. De ulemper af økonomisk og anden art, som indlæggelsen og tilbageholdelsen vil medføre for den eufomane, vil antageligt gennemgående være langt mindre end de ulykker, som han rammes af, hvis han i stedet glider videre ud i uføret, - hvormed bl. a. kan følge senere, endnu mere langvarige og muligvis til den tid resultatløse indlæggelser. En adgang til tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse vil muligvis endogså i nogle tilfælde kunne medføre, at indlæggelse helt undgås, idet ambulante behandlinger, der hyppigt har vist sig resultatløse, måske vil have bedre muligheder, når de kan foregå under truslen om en tvangsindlæggelse.

Spørgsmålet er imidlertid ikke alene af lægelig og social, men også i væsentlig grad af *juridisk natur*. Den personlige frihed anses i dansk ret for et så vigtigt retsgode, at der kun, hvor det er strengt påkrævet, bør gøres indgreb deri overfor voksne personer, der ikke har begået strafbare handlinger. Som en vis parallel kunne vel anføres bestemmelserne i loven af 13. april 1938 om tvangsindlæggelse af sindssyge, der er i en sådan tilstand, at udsigterne til deres helbredelse væsentligt ville forringes, hvis indlæggelse ikke fandt sted. Men enhver udvidelse af adgangen til tvangsbehandling med kurativt formål bør dog nøje overvejes, således at man navnlig retter opmærksomheden på, om det tilsigtede mål ikke i det væsentlige vil kunne opnås ved mindre indgribende foranstaltninger.

Hertil kommer, at den rigtige gennemførelse i praksis af en tvangsindlæggelsesordning vil kunne volde betydelige vanskeligheder, fordi det ofte vil være meget tvivlsomt, om tvangsindlæggelse i det enkelte tilfælde bør ske. Et så alvorligt indgreb i et menneskes daglige tilværelse bør ikke finde sted, medmindre det må antages at være ikke blot nyttigt, men endog nødvendigt som helbredelsesforanstaltning. Overfor de vidt fremskredne tilfælde af eufomani bliver der spørgsmål om, hvorvidt en tvangsindlæggelse ikke er ganske unyttig, fordi en helbredelse må anses for håbløs eller i hvert fald må forventes hurtigt at blive fulgt af et tilbagefald. Men endnu vanskeligere stiller sagen sig, hvor det drejer sig om friske tilfælde af eufomani, der endnu er af forholdsvist moderat karakter. Det kurative formål vil her som regel gøre en hurtig indskriden ønskelig, fordi muligheden for en varig helbredelse derved væsentlig forøges. Men i disse tilfælde vil det ofte dreje sig om mennesker, som står midt i deres borgerlige virksomhed og ofte er familieforsørgere, og for hvem en tvangsindlæggelse derfor kan have meget alvorlige, måske ødelæggende følger. En rigtig afvejelse af disse krydsende hensyn kan være meget vanskelig og forbundet med betydelig usikkerhed. Og netop overfor sådanne mennesker vil ansvaret for en beslutning om tvangsindlæggelse være meget stort på grund af dennes alvorlige konsekvenser, således at det spørgsmål uafviseligt vil melde sig, om der ikke overfor den pågældende skulle være andre, mindre indgribende, men dog forsvarelige udveje.

De foregående bemærkninger tager i første række sigte på *tvangsindlæggelse*.

Ved *tvangstilbageholdelse* af frivilligt indlagte patienter gør betænelighederne sig vel ikke gældende i ganske samme grad. Patienten har i disse tilfælde erkendt indlæggelsens nødvendighed. Hvis man i lighed med den norske ordning forinden indlæggelsen lader ham godkende et tidsrum, over hvilket kuren længst vil kunne udstrækkes, vil han endvidere ofte have affundet sig med frihedsberøvelsen i dette tidsrum og have arrangeret det således, at han økonomisk kan klare det. Selv om patienten begrundet et senere ønske om udskrivning før tiden med, at han ved nærmere overvejelse eller på grund af senere indtrufne omstændigheder alligevel ikke økonomisk eller på anden måde kan klare så lang en kur, vil det være forholdsvis mindre betænkeligt at sætte sig ud over dette, når han ved indlæggelsen har indvilget i kuren. Men man kommer dog ikke udenom, at en tvangstilbageholdelse rummer de samme principielle personretlige problemer som en tvangsendlæggelse og også i mangfoldige tilfælde vil volde tilsvarende økonomiske vanskeligheder og andre gener. Og yderligere vil regler om tvangstilbageholdelse muligvis også kunne gøre det noget vanskeligere at opnå frivillige indlæggelser.

Under disse omstændigheder har det været afgørende for udvalget, at man, som det fremgår af de foregående afsnit VI-IX, mener at have fundet frem til en række foranstaltninger, hvis gennemførelse må antages at kunne yde et vigtigt bidrag til bekæmpelsen af eufomanien i Danmark. Som tidligere omtalt trives eufomanien i Danmark i væsentlig grad ved hjælp af et forholdsvis ringe antal lægers uforsvarlige ordinationer. De af udvalget foreslåede forholdsregler over for sådanne læger må derfor antages at få betydelig virkning. Og søger de eufomane i stedet at skaffe sig euforiserende stoffer ved kriminelle forhold, indeholder straffelovgivningen allerede mulighed for tvangsendlæggelse.

Udvalget mener herefter, at spørgsmålet om en så vigtig nydannelse i dansk ret, som en lovbestemmelse om tvangsendlæggelse eller tvangstilbageholdelse af eufomane ville betegne, bør stilles i bero, indtil man har gennemført de af udvalget foreslåede foranstaltninger og indvundet tilstrækkelig erfaring om, hvor effektivt de kommer til at virke.

Udvalget har overvejet, om man bør stille forslag om oprettelse af et særligt afvænningshospital for eufomane. For tiden benyttes sindssygehospitalerne, de psykiatriske klinikker og for kriminelle eufomanes vedkommende psykopatforvaringsanstalterne til dette formål. Udvalget har dog ikke ment, at eufomaniproblemets omfang her i landet for tiden nødvendiggør oprettelsen af et sådant særligt hospital, men at det vil være rimeligt at afvente virkningen af de i betænkningen foreslåede foranstaltninger.

## XI. EUFOMANI OG FØRERBEVIS TIL MOTORKØRETØJ.

Medens alkoholnydelsens forhold til motorkørsel er studeret indgående og ganske godt klarlagt, er vor viden om eufomaniens indflydelse på evnen til på forsvarlig måde at føre motorkøretøj ret begrænset.

Denne forskel skyldes, at alkoholnydelsen er langt mere udbredt i befolkningen end eufomani, ligesom det ved overdreven alkoholnydelse væsentlig er den akutte fase, beruselsen, der har praktisk betydning for føring af motorvogn, medens eufo-

manien er en kronisk tilstand, der i almindelighed ikke giver så akutte og kompromitterende udslag.

På den anden side er eufomanien netop på grund af sin kroniske karakter ødelæggende for individet, og det kan næppe nægtes, at den i hvert fald tidvis kan bringe den pågældende i en tilstand, der gør ham uegnet til at føre motorkøretøj på forsvarlig vis. De farligste tidspunkter i denne henseende indtræder utvivlsomt omkring indtagelsen af det euforiserende middel. Det kan således ske, at indtagelsen forsinkes af en eller anden tilfældighed, hvorved lette abstinenssymptomer indtræder, - eller indtagelsen kan bringe patienter i en euforisk tilstand. I begge tilfælde må individet omend forbigående anses for at være uegnet til at føre motorkøretøj. Man havner således i den paradoksale situation, at jo mere »samvittighedsfuldt« en eufoman person »passer« sin eufomani med regelmæssige doser, des bedre er han - alt andet lige - kapabel til at føre motorvogn. Dette gælder dog kun, så længe patienten holder sig til små eller dog moderate doser og ikke er kommet op på så store doser, at de psykiske kvaliteter påvirkes væsentligt eller anvender sådanne kombinationer f. eks. med barbitursyrepræparater, at andre former for »medicin-påvirkethed« indtræder.

Førerbevissager af denne art kommer oftest til myndighedernes kundskab ved, at en motorfører under et færdselsuheld pådrager sig mistanke for beruselse, men blodprøve viser intet alkoholindhold, og det afsløres, at motorføreren lider af eufomani.

Da førerbevis i henhold til motorloven kan inddrages administrativt, når indehaveren ikke længere opfylder de for udstedelse af førerbevis stillede betingelser, herunder tilstrækkelig legemlig og åndelig førerlighed, inddrages i sådanne sager i reglen førerbeviset. Dette fører ofte til afvænnning, og adskillige motorførere kan takke deres færdselsuheld for, at de blev helbredt for deres eufomani i tide. Førerbeviset tilbagegives i reglen, når afvænningen har vist sig holdbar igennem et års tid, og der ikke er påvist dyberegående psykisk lidelse som årsag til eufomanien.

Meget taler for, at der ved erhvervelse eller fornyelse af førerbevis bør lægges vægt på, om ansøgeren lider af eufomani. Der bør herom optages en særlig rubrik på den skematiske lægeerklæring, ligesom politimestrene i ethvert tilfælde af eufomani, der kommer til deres kundskab, bør undersøge, om pågældende har førerbevis, således at forsvarligheden heraf kan optages til undersøgelse.

## RESUMÉ AF UDVALGETS FORSLAG.

Udvalget skal nedenfor give en oversigt over de foranstaltninger, der er foreslået i betænkningen:

### *Forslag om ændringer i love og anordninger:*

Udvalget foreslår, at der i lægeloven skabes hjemmel for i visse tilfælde at pålægge en læge optegnelsespligt med hensyn til hans ordination af euforiserende stoffer og for at fratage en læge retten til at ordinere euforiserende stoffer (jfr. betænkningen side 43-45 og 78-81) samt for, at en læge selv kan fraskrive sig denne ret eller den fulde ret til at praktisere (side 45).

I en kommende dyrlægelov foreslås tilsvarende - dog noget videregående - bestemmelser indføjnet (side 47-48 og 53) samt hjemmel skabt for at forbyde recept-

ordination eller udlevering af de farligere euforiserende stoffer til dyrenes ejere (side 53).

I en kommende tandlægelov foreslås indføjet bestemmelser om fortabelse af retten til at ordinere euforiserende stoffer på samme måde, som det foreslås i læge-loven (side 47).

I opiumslovgivningen foreslås bestemmelserne om kontrol med ind- og udførsel, fremstilling og forarbejdning samt handel med og udlevering af stofferne udvidet til også at gælde for stoffer af amfetamingruppen (side 52), ligesom de gældende straffe- og konfiskationsbestemmelser foreslås udvidet til disse stoffer (side 56). Det foreslås endvidere at fastsætte straf for den ulovlige besiddelse af de af loven omfattede stoffer, herunder amfetaminpræparaterne (side 56), og for at skaffe sig lægerecept på stofferne under afgivelse af urigtige, skriftlige identitetsoplysninger (side 57) samt at forhøje strafferammerne og gennemføre visse ændringer i forfølgnings- og påtalereglerne (side 56-57).

I en kommende apotekerlov foreslås indført en bestemmelse om, at sundhedsstyrelsen kan forbyde fremstilling, indførsel, salg og udlevering af lægemidler, hvis anvendelse efter sundhedsstyrelsens skøn medfører fare af sundhedsmæssig art (side 39). Det foreslås endvidere at undtage euforiserende stoffer fra reglerne om distributionsretten (side 53).

*/ sundhedsstyrelsens recept cirkulære af 1. december 1952* foreslås forskellige ændringer angående anvendelse af særlige receptblanketter ved ordination af euforiserende stoffer (side 46), angivelse af stoffernes mængde både med bogstaver og tal (side 46), kontrolopringning fra apotekernes side, navnlig når recepten lyder på amfetaminopløsning (side 48), eller den ikke er forsynet med lægens stempel (side 46), og pålæg til apotekerne om at tilbageholde og opbevare alle recepter på stærktvirkende euforiserende stoffer (side 48 f.). Endelig foreslås det, at gyldighedsperioden for recepter på thebakon, kodein, hydrokon og sovemidler indskrænkes til 1 år (side 41).

#### *Forslag om udsendelse af andre cirkulærer fra sundhedsstyrelsen:*

Det foreslås at udsende en vejledning til landets læger om ordination af euforiserende stoffer (side 39-41 og 73-77). I forbindelse hermed gives der de praktiserende læger i Københavns og Frederiksberg kommuner adgang til at henvise patienter, som de afviser, til et kommunalt hospital (side 41 og 74).

Det foreslås endvidere at udsende et cirkulære til embedslægerne, sindssygehospitalerne og apotekerne om bekæmpelsen af eufomani, indeholdende bestemmelse om embedslægerne og om deres gennemsyn af de månedlige indberetningslister, kontakt med de praktiserende læger og eventuelle natlægeordninger, med sindssygehospitalerne og apotekerne (side 42-43).

#### *Forslag om andre foranstaltninger fra sundhedsstyrelsen:*

Udvalget foreslår, at sundhedsstyrelsen ophører med at give indførselstilladelse for diacetylmorfin (side 38), og, hvis den af udvalget foreslåede hjemmel til forbud mod sundhedsfarlige stoffer indføres i apotekerloven, forbyder diacetylmorfin og ketobemidon (cliradon) (side 39).

Udvalget anbefaler endvidere, at sundhedsstyrelsens bearbejdelser af de månedlige indberetningslister fortsættes (side 54-55).

*Forslag om foranstaltninger fra justitsministeriet* stilles med hensyn til visse ændringer i reglerne om erhvervelse eller fornyelse af førerbevis til motorkøretøj (side 62).







## Bilag 2.

### PRAKTISKE ERFARINGER VEDRØRENDE EUFOMANIEN I STORKØBENHAVN.

*Af afdelingslæge, dr. med. Mogens Ellermann og politiinspektør Jens Jersild.*

I årene før den anden verdenskrig behandledes i Københavns politi kun ganske få sager vedrørende handel med stimulanser - herunder narkotiske midler - og det var da også den almindelige opfattelse, at den illegale handel med disse stoffer kun fandt sted i meget ringe omfang.

I 1949 blev alle sager om overtrædelse af de forskellige love vedrørende dette spørgsmål samlet under 3. politiinspektorat. I de følgende år fandt der en mærkbar stigning sted i sagernes antal. Antallet af de i politiets eufomankartotek anførte personer, der har forhandlet eller forskaffet sig euforiserende midler uden at være lidende af sygdomme, der indicerer et sådant forbrug, er således steget fra 10 i 1945/46 til over 300 i 1952.

Denne stigning kan nok til en vis grad skyldes, at politiet er blevet mere opmærksom på disse forhold, men der er næppe tvivl om, at stigningen også i høj grad er reel. Dette svarer til, hvad der, tildels i meget større omfang, er iagttaget verden over. Stigningen i eufomanien verden over blev fornylig belyst på den internationale kriminalpolitikongres, som i juni 1952 blev afholdt i Stockholm, og hvor man så ret alvorligt på det internationale eufomanproblem, dels fordi det var klart, at smughandelen med euforiserende stoffer havde et betydeligt omfang, og dels fordi den syntes at tiltage; tallet på anholdte internationale narkotikahandlere var således steget fra 169 i 1950 til 224 i 1951. Oplysningerne gjorde det utvivlsomt, at hårdhændede og velorganiserede smuglerbander sørgede for international spredning af stofferne.

Her i Danmark har man hidtil ikke haft indtryk af, at euforiserende stoffer er fremskaffet ved forbindelse med internationale smuglerbander. Det kan selvfølgelig ikke udelukkes, at mindre partier af euforiserende stoffer er kommet til landet ved f. eks. danske søfolks smuglerier eller er indbragt af udlændinge. Dette er således sket med nogle enkelte marihuanha-cigaretter, men nogen særlig stor betydning har disse smuglerier i hvert fald ikke for øjeblikket i de kredse, som politiet har været i forbindelse med. Langt den største part af de euforiserende stoffer, der benyttes til misbrug, fremkommer på grundlag af lægerecepter, ægte eller falske. Herudover fremskaffes en del stoffer ved tyverier fra medicinalfabrikker og navnlig fra apoteker.

Det er særlig i Nyhavnskvarteret samt i enkelte kaffebarer i den indre by eller på Vesterbro, at politiet har observeret handlen eller snarere sjakren med narkotiske midler.

Det synes ofte, som om de personer, som er kommet ind på dette misbrug, har fået den første dosis i spirituspåvirket tilstand på småbeværtninger og vel nærmest som en slags opstrammer, der med omtrent øjeblikkelig virkning har sat dem i stand til at fortsætte med deres spiritusnydelse. Det har formentlig drejet sig om amfetamin eller eufodrin.

De personer, som har været sigtede i de behandlede sager, har med ganske få undtagelser tilhørt et udpræget underklasse-milieu bestående af arbejdsløse søfolk - vel navnlig de såkaldte bolværksmatroser -, arbejdsmænd og slet og ret omdri-

vere. For kvindernes vedkommende har de implicerede været køkkenpiger, servitricer og løvsagtige kvinder. Det er dog i ganske enkelte tilfælde sket, at også folk med fast arbejde har været indblandet i sådanne sager, og resultatet har været arbejdsløshed og eventuelt opløsning af hjem og ægteskab.

Af de ca. 300 personer fra politiets eufomankartotek har man foretaget en særlig gennemgang med hensyn til 50 personer, 40 mænd og 10 kvinder, der forekommer gang på gang i sagerne, blandt andet fordi de ikke alene er aftagere, men også i høj grad handler med narkotika. Disse personer er fra ca. 20 år til ca. 45 år. Gennemsnitsalderen er ca. 32 år. De 10 kvinder har alle tidligere været straffet eller sigtet for kriminelle forhold — heraf 5 for løsgængeri — forinden overtrædelsen af medicinallovgivningen (d. v. s. den lovgivning, som forbyder uautoriseret handel med medicinalvarer, herunder alle de euforiserende midler), og 3 af de 10 er straffet eller sigtet mere end 1 gang for overtrædelse af medicinallovgivningen. De 40 mandlige eufomaner har også alle tidligere været straffet eller sigtet for kriminelle forhold forinden overtrædelse af medicinallovgivningen, og 24 er straffet eller sigtet mere end 1 gang for overtrædelse heraf. Der har endvidere været ialt 345 politisager på disse 40 personer, d. v. s. gadeuorden, beruselse, værtshusuorden, ulovligt ophold på trappegange o. l.

Man har endvidere foretaget en nærmere undersøgelse af de eufomaner, som har været indlagt på Set. Hans hospital. Det drejer sig om 80 tilfælde af sværere eufomani behandlet fra slutningen af 1944 til medio 1950. I 32 tilfælde havde man stillet diagnosen konstitutionel psykopathi, overvejende holdningsløs type. Spiritusmisbrug var noteret hos 16 patienter. 50 af patienterne angav at være kommet ind på deres medicinmisbrug på grund af sygdom, de øvrige var forledt af andre narkomaner. Sidstnævnte tal er utvivlsomt for lille. Af 70 patienter (10 udgik af bedømmelsen på grund af fængselsophold, bortrejse til udlandet eller dødsfald) var i hvert fald de 61 recidivister, muligt flere. Recidiverne var fastslået dels ved genindlæggelser, dels ved oplysninger fremkommet fra politiet eller sundhedsstyrelsen eller ved receptgennemgang.

Det var ved oprulningen af den såkaldte »store Nyhavnssag« i 1948-49, i hvilken ca. 20 personer var impliceret, at man først rigtig fik indtryk af, hvor udbredt misbruget af euroriserende stoffer var blevet. Hovedforsyningskilden var, som nedenfor anført, *lægerecepter*. Således som bestemmelserne - navnlig opiumsloven - i øjeblikket er formuleret, kunne der i den omhandlede sag kun rejses tiltale mod hovedmanden, idet det kun for hans vedkommende kunne bevises, at han havde handlet med morfin.

Om denne hovedmand kan iøvrigt oplyses, at han var blevet forfalden til euforiserende stoffer under et ophold i udlandet og her i landet i årene 1947-49 udviklede sig til storforbruger af morfin og amfetamin. Han henvendte sig til et stort antal læger, hos hvem han opnåede recepter på disse midler, som han derpå forhandlede i Nyhavn. Denne handel var nødvendig, for at han kunne få penge til nye recepter, til indløsning af recepterne og til at leve for. Den pris, han forlangte, var til at begynde med moderat, men steg snart til fra 3 til 5 kr. pr. injektion, navnlig når »ofret« var blevet tilvænnet.

I 1949 blev han anholdt sigtet for bl. a. overtrædelse af opiumsloven for sin ulovlige handel med morfin. Under sagen blev det konstateret, at han i tidsrummet fra 1. juli 1948 til 1. juli 1949 på recepter fra 40 forskellige læger havde fået udleveret ikke mindre end 3570 g morfinopløsning, og af vidneudsagn, bl. a. i retten, fremgik det endvidere, at han var meddelagtig i, at flere mennesker var blevet forfaldne til misbrug af narkotika. Han blev dømt til

anbringelse på forvaringsanstalten for psykopater, og denne dom blev stadfæstet ved Østre landsret den 14. april 1950. Han er i 1952 blevet løsladt på prøve.

I midten af året 1950 afslørede politiet et samlingssted for eufomaner i Lille Strandstræde. Lejlighedens indehaver havde i meget betydeligt omfang hjemsogt forskellige læger og herved opnået et anseligt antal recepter på eufodrin samt nogle enkelte på butalgin. Disse recepter gjorde han til genstand for handel i Nyhavn. Han blev anholdt og hævdede, at han i løbet af 5-6 måneder havde indfundet sig hos 150 læger og Tios de fleste opnået de omtalte recepter, hos hvor mange har ikke kunnet oplyses. Han selv mener ca. 90, men dette tal antages dog at være overdrevet.

Han udtalte under afhøringerne, at han til stadighed havde været ude for et vist pres fra de øvrige narkomaners side. Han blev efter eget ønske indlagt på Set. Hans hospital.

Det har i sådanne sager været af ikke ringe interesse at få oplyst, hvorfor de pågældende læger har skrevet disse recepter.

Nu er eufomanerne vitterlig et upålideligt folkefærd, men efterhånden som man får deres forklaringer lagt sammen, får man alligevel en del oplysninger at bygge på. Der er således ingen grund til at tvivle på, at adskillige af de pågældende læger har skrevet recepter på disse midler uden - eller i hvert fald kun efter en meget overfladisk undersøgelse af patienterne.

De efterfølgende eksempler stammer alle fra politiets undersøgelser og afhøringer i de pågældende sager.

En anholdt (21 år) forklarer, at han har henvendt sig til en række læger (han kan kun navngive 5). Han har opgivet, at han led af »ufrivillig vandladning, nyregrus og andre sygdomme«. Han er aldrig blevet undersøgt af lægerne og har betalt 5-10 kr. pr. recept.

En anden anholdt har forklaret, »at lægerne spørger aldrig om legitimation«. Han opbevarer alle de annullerede recepter, »for når man foreviser disse, er det lettere at få recept hos en fremmed læge«.

En læge forklarer under en afhøring, at han normalt ikke kræver legitimation, og at patienterne som regel opgiver at være lidende af sygdomme, som er vanskelige at konstatere under en konsultation. En del andre afhørte læger forklarer i overensstemmelse hermed eller erkender, at de kun har foretaget overfladiske undersøgelser.

En læge, der på grund af alderdomssvækkelse har udstedt recepter i flæng, angiver, at det bl. a. drejede sig om søfolk, der i troperne havde pådraget sig sovesyge, og han mente derfor, at der var tilstrækkelig indikation til at ordinere euforiserende midler.

Udstedelsen af recepter uden tilstrækkelig lægelig indikation skyldes meget ofte, at en travl praktiserende læge kommer ud for en påtrængende, veltalende psykopat og lader sig forlede til at udstede en ikke helt velbegrundet recept. Eufomanen kommer igen atter og atter, og også andre finder op til lægen. Ved utrolig påtrængenhed/ ved slet skjulte trusler søger de at presse ham. Til tider kan han blive udsat for en ren belejring - der har været tilfælde, hvor en eufoman har ligget i timevis på lægens dørmåtte, indtil han har udstedt den ønskede recept. Det er også sket, at læger har måttet tilkalde ordenspolitiet for at få fjernet sådanne personer.

Som det fremgår af ovenstående, har de lægerecepter, der har været fremme i sagerne, for en stor del vist sig at være ægte. Politiet har imidlertid det indtryk, at der er sket en stigning i antallet af tilfælde af *receptfalsk*.

Således havde man for nylig en sag mod en kvinde, der gennem længere tid havde holdt til i og drevet utugt i Nyhavn. Under sin færd den dér var hun kommet i forbindelse med en eufomanklike, og det blev hurtigt opdaget, at hun havde særlige evner for receptforfalskning. Fra juni 1951 og til november samme år - altså på ca. 5 måneder - er det oplyst, at hun i hvert fald har skrevet 50 falske recepter på over 1000 ampuller eufodrin og 100 g butalgin. Dette kvantum er solgt, byttet væk eller forbrugt af hende selv. Prisen i Nyhavn var 3-5 kr. pr. ampul. Hun blev ved Kbh.s byrets dom af 8. marts 1952 idømt 6 måneders betinget fængsel.

Hun er senere ved byrettens dom af 28. november 1952 idømt 1 års fængsel for fornyede receptforfalskninger.

Der stjæles ofte receptblanketter til brug ved falsknerierne. Det er farligt at lade dem ligge, hvor uvedkommende kan få fat i dem. Også på dette område udvises stor snedighed. En narkoman udgav sig således for telefonmontør for at få lejlighed til at tilegne sig en blanketblok.

De eufomane, der får deres forsyninger gennem ægte eller falske lægerecepter, optræder ofte under *falske navne og adresser*. En undersøgelse, man har foretaget vedrørende euforiserende midler, udleveret fra 3 apoteker i København, har givet følgende resultater, som viser, at i 1948 sandsynligt halvdelen af de ved gennemgangen fundne personer var eufomaner:

	1948	1949
Identificerede personer, hvis forbrug ikke tyder på misbrug...	77	153 (heraf 5, der har fortsat fra 1948)
Falske adresser og navne.....	38	36 (heraf 2, der har fortsat fra 1948)
Identificerede eufomane og personer med stort forbrug, hvis sammensætning tyder på eufomani.....	37	36 (heraf 23, der har fortsat fra 1948)

Adskillige adresser har været oplagt falske, f. eks. høje gadenumre, som ikke eksisterer, eller adresser som Glyptoteket eller Nationalmuseet, og resten har ikke kunnet identificeres ved en gennemgang i folkeregisteret, hvilket selvfølgelig ikke med fuld sikkerhed i alle tilfælde kan sidestilles med falsk navn og adresse, men sandsynligheden herfor er dog meget stor.

*Tyverierne* er en ikke uvigtig forsyningskilde med hensyn til euforiserende stoffer. Politiet har således i 1950-51 haft flere sager vedrørende tyverier, navnlig af »ferietabletter« fra medicinalfirmaer. Som oftest har det været småtyverier - i et enkelt tilfælde dog indtil 2000 »ferietabletter«. Der har endvidere været en del tyverier af lægetasker fra motorvogne samt tyverier fra jernbanernes nødhjælpskasser.

Langt alvorligere er dog de talrige tyverier fra apotekerne. Man kan således nævne den såkaldte »Frederiksbergsag«, hvor hovedmanden med sine medhjælpere havde forøvet adskillige tyverier, heraf i august og september 1951 indbrud på 5 apoteker, hvor der bl. a. blev stjålet euforiserende stoffer, som blev forhandlet blandt Nyhavns eufomaner, hvoraf 6 af de mest kendte blev straffet for hæleri.

Endvidere kan nævnes en sag fra provinsen, hvor en mand, der havde smerter på grund af et mavesår, kom ind på at drikke hostesaft med codein. Ved at læse forskellige tidsskrifter og artikler hævder han, at han fik den tanke, at narkotika måtte kunne hjælpe ham. Den pågældende begik derpå indbrud og forsøg herpå i 17 tilfælde, dels på sygehuset, dels på apoteket og dels tyveri fra en parkeret lægebil, for at skaffe sig narkotika. Han blev ved Vestre landsrets dom af 24. september 1952 idømt 1 års fængsel -r- 4 mdr. (betinget dom).

Der er desværre ingen tegn til, at antallet af eufomane har kulmineret. De »afvænnede« vender som oftest tilbage, og nye kommer stadig til, og som det blev oplyst under de omtalte Nyhavnssager, har misbrug af euforiserende midler en stærk tendens til at brede sig og ikke mindst blandt folk, som lever under triste kår, som f. eks. omdriverne i Nyhavn og lignende steder.

Det har under behandlingen af disse sager meget ofte vist sig, at sådanne »morfinkliker« gerne vil have tilgang af friske kræfter, dels fordi man derved får nye og ukendte ansigter, som læger og apotekere ikke kender, og dels fordi nye folk med større energi og friskere initiativ kan søge at skaffe driftskapital til foretagendet, og ikke mindst kvinder er i denne henseende velkomne.

Denne rekruttering af nye medlemmer er netop et af de punkter, som politiet har opmærksomheden henvendt på, fordi man vel nok her har den eneste rimelige chance for at udøve præventivt eller genopbyggende arbejde, såfremt samfundet vil åbne de nødvendige muligheder herfor.

De forannævnte erfaringer om eufomanien vedrører væsentligst den særlige kreds af eufomane, der er sunket ned i en uordentlig tilværelse eller skaffer sig sin forsyning af euforiserende stoffer gennem kriminelle forhold. For at danne sig et overblik over, hvorledes eufomanien i det hele fordeler sig i de forskellige samfundslag, har man foretaget en gennemgang af sundhedsstyrelsens eufomankartotek fra Storkøbenhavn. Man mener herved at have fundet frem til 227 eufomane personer - 109 mænd og 118 kvinder -, der fordeler sig således efter erhverv:

	Mænd	Kvinder	I alt
Universitetsuddannede . . . . .	27	3	30
Sygeplejersker . . . . .		5	5
Håndværkere . . . . .	10	2	12
Arbejds mænd (-kvinder) . . . . .	2	3	5
Forretningsdrivende . . . . .	17	1	18
Liberale erhverv . . . . .	12	4	16
Medhjælpere, chauffører . . . . .	1		1
Tjenestemænd . . . . .	2		2
Repræsentanter . . . . .	1		1
Servitricer . . . . .		1	1
Ekspeditricer, Ekspedienter . . . . .	1		1
Uden angivelse . . . . .	36	99	135
I alt . . . . .	109	118	227

Disse 227 eufomane indbefatter i det store og hele ikke de ca. 300 fra politiets kartotek, idet disse ca. 300 i vidt omfang skaffer sig deres forsyning ved smughandel eller optræder under vekslende, falske navne og derfor ikke kan spores ved sundhedsstyrelsens gennemgang af apotekernes indberetninger.

### Bilag 3.

## NOGLE BEMÆRKNINGER OM FORBRUGET AF EUFORISERENDE STOFFER I DANMARK I DE SENERE ÅR.

*Afgivet af sundhedsstyrelsen.*

De forenede Nationers officielle statistikker for de senere år viste, at Danmarks forbrug af narkotika har været stærkt stigende for enkelte stoffers vedkommende, og i flere tilfælde har statistikkernes tal givet anledning til bekymringer på grund af dette tilsyneladende stærkt stigende forbrug.

Det er dog ikke sikkert, at de i statistikkerne anførte tal giver udtryk for landets virkelige forbrug. De forbrugstal, som herfra er opgivet til De forenede Nationer, og som ligger til grund for statistikkerne, har nemlig gennem mange år været beregnet som den mængde euforiserende stoffer, der har været solgt til landets apoteker i det pågældende år. Denne simple beregningsmetode er forsvarlig, så længe man har normale handelsforhold, idet erfaringen igennem årene har vist, at apotekernes lagre af stofferne har været temmelig konstante (ca. 25 % af det årlige forbrug). Dette kunne tidligere konstateres på basis af det materiale, som fremkom ved apotekernes indberetninger efter § 10 i anordningen af 20. juni 1936. Disse indberetninger var imidlertid af ringe praktisk værdi, og de bortfaldt ved indenrigsministeriets anordning af 8. september 1948.

Når den officielle statistik i 1950 og til dels i de følgende år har udvist tal af foruroligende karakter for forskellige stoffer, kan forklaringen i større eller mindre grad være den, at apotekerne på grund af devalueringen og deraf stærkt svingende priser på de omhandlede varer forøgede deres lagre ud over det normale. I fortsættelse af devalueringen skabte Koreakrigen yderligere vanskeligheder for verdenshandelen, hvilket atter gav »hamstringsfeber« med deraf følgende forsyningsvanskeligheder. At sådanne lagerforøgelse kan have været en medvirkende grund til apotekernes forøgede indkøb, kan formentlig udledes af, at indkøbstallet for en række stoffer påny er sunket i de seneste år. Nedenstående oversigt viser salget i kg af en række euforiserende stoffer fra grossister til apotekere i årene 1948-52:

år	Morfin	Kokain	Oksykon	Hydrokon	Theba- kon	Kodein	Ætyl- morfin	Petidin	Metadon	Ketobe- midon
1948 ...	128,8	14,1	2,8	9,0	4,7	1093	94	120,7		
1949...	121,1	16,1	3,6	8,9	5,2	1085	125,9	100,3		
1950 ...	183,2	22,9	4,9	14,5	7,6	1614	130,2	213,3	0,2	
1951 ...	120,6	19,9	4,4	14,0	5,8	1340	83,9	209,6	0,4	
1952 ...	129,7	10,4	8,2	13,2	7,9	1062	76,3	166,0	15,2	9,0

Bevægelsen er særlig tydelig for morfin, kokain, kodein og æthylmorfin. For de nyere stoffer metadon og ketobemidon kan ingen linie udledes af tallene, fordi disse stoffer kun i så kort tid har været omfattet af kontrolordningen.

At der for morfins vedkommende har været tale om en lagerforøgelse hos apotekerne, kan støttes af, at også grossisterne forøgede deres lagre af morfin i årene omkring 1950, jfr. nedenst. opstilling over grossisternes morfinlagre i kg ved udgangen af hvert af årene 1948-52:

1948.....	41,0
1949.....	153,7
1950.....	238,8
1951.....	176,8
1952.....	89,4

Endvidere kan det i denne forbindelse anføres, at den samlede import af morfin i 1952 kun har været 42,5 kg.

Hvad særligt angår forbruget af *amfetamin* kan intet oplyses om landets samlede forbrug, idet stoffet ikke omfattes af konventionens bestemmelser. Nedennævnte tal fra et københavnsk apotek kan dog formentlig antyde lidt om forbruget af det omhandlede stof:

	Mecodrintabletter	Amfetamin (substans)
1948.....	6970 stk.	50 g
1949.....	6780 -	- -
1950.....	6510 -	25 -
1951.....	6430 -	75 -
1952.....	6650 -	75 -
	33340 stk.	ialt 200 g

svarende til ialt ca. 168 g substans.

Det kan oplyses, at det pågældende apotek ud over den sædvanlige kontrol i de sidste 2 år har anvendt en særlig udbygget kontrol med hensyn til udlevering og anvendelse af omhandlede substans.



## Bilag 4.

### *Forslag til vejledning til brug ved ordination af euforiserende stoffer.*

Da det blandt andet af forespørgsler til sundhedsstyrelsen fremgår, at der blandt læger hersker betydelig usikkerhed med hensyn til ordination af euforiserende stoffer, har det af indenrigsministeriet nedsatte udvalg angående misbrug af sådanne stoffer, for at yde lægerne en tiltrængt støtte, udarbejdet en vejledning indeholdende retningslinier for lægerne ved sådanne ordinationer, og udvalget har henstillet til sundhedsstyrelsen at udsende denne vejledning, som er tiltrådt af Den almindelige danske Lægeforening.

Sundhedsstyrelsen kan tiltræde dette og udsender herved i samråd med Den almindelige danske Lægeforening den nævnte vejledning. Det bemærkes, at vejledningen ikke berører lægens ret til fri ordination under ansvar. Den læge, der holder sig indenfor vejledningens grænser, vil under alle omstændigheder kunne regne med autoritativ støtte, hvis hans behandling desuagtet skulle give anledning til kritik. Det må derfor tilrådes den læge, der går udenfor vejledningens grænser, at gøre sig grunden for sine ordinationer klar og føre nøje optegnelser om ordinationerne samt iøvrigt tage ethvert rimeligt skridt for at kontrollere ordinationernes virkning og undgå uheldige følger.

I alle tilfælde, hvor det for lægen viser sig vanskeligt at følge nedenstående vejledning, bør han rådføre sig med embedslægen.

Læger, som uden fyldestgørende grunde overtræder nedenstående vejledning, må påregne at blive indkaldt til sundhedsstyrelsen til nærmere forklaring. De vil herved eventuelt kunne få pålæg om at føre nøjagtige optegnelser over enhver ordination og tildeling - også af enkelte doser - af euforiserende midler.

(For så vidt den af udvalget foreslåede lovhjemmel om fratagelse af retten til at ordinere euforiserende stoffer opnås, vil en tilføjelse også om denne mulighed være naturlig på dette sted).

## VEJLEDNING.

Vejledningen omfatter følgende grupper af stoffer:

A. Morfin og morfinholdige præparater (herunder tetrapon) samt syntetiske stoffer med lignende virkning, herunder hydromorfon (laudakon, dilaudid), oxykon (eucodal), thebakon (acedikon), petidin (dolantin), metadon (butalgin), ketobemidon (cliradon), metorfinan (dromoran), metopon og ketogan.

*Disse stoffer er i det følgende benævnte »morfin m. v.«.*

B. Tinctura opii.

C. Kodein og ætylmorfin.

D. Hydrokon (dicodid).

E. Kokain.

F. Amfetamin (mecodrin), metamfetamin (eufodrin) og lignende præparater.

G. Sovemidler.

Anvendelse af diacetylmorfin (heroin)<sup>x)</sup> er uforsvarlig.

<sup>1)</sup> Fremstilling af heroin i Danmark er forbudt, og indførsel kan ventes forbudt.

Alle de nævnte stoffer kan føre til eufomani<sup>2</sup>). Faren herfor er mindre ved kodein, ætymorfin, hydrokon og sovemidler, men dog til stede.

Faren for eufomani er altid størst, når stofferne gives som injektion, mindre ved indgift pr. os, f. eks. kan moderate doser opiumsdråber pr. os ved diarrhoeer fortsættes gennem lang tid, uden at tilvænning sker, men selv her er forsigtighed ved doseringen nødvendig.

Nedenstående retningslinier er affattet med henblik på *lægens ordinationer til andre personer end ham selv*. Man skal imidlertid fremhæve, at læger ved *ordinationer til sig selv* bør vise *mindst den samme forsigtighed*, som de efter retningslinierne bør vise ved tilsvarende ordinationer til patienter.

## I.

### *Ordination til personer, der ikke hører til lægens sædvanlige klientel (herunder natlægers ordinationer).*

1. Ordination navnlig i form af receptudstedelse af *morfin m.v., hydrokon og amfetamin m. v. (gruppe A, D og F)* er uforsvarlig.

Risikoen for, at afvænnings symptomer hos morfinitister og andre manifest eufomane personer kan medføre fare for liv og helbred, er meget ringe i sammenligning med den skade, der forvoldes ved at forsyne eufomane personer med de pågældende midler.

I visse tilfælde kan det dog blive nødvendigt for lægen efter forudgående undersøgelse på stedet at give en ham ukendt person en enkelt injektion af morfin m. v. (gruppe A) eller recept på een eller nogle få perorale doser af morfin m.v. (A) eller af hydrokon (D), men ikke af amfetamin (F).

2. *Tinctura opii, kodein og ætymorfin, oculoguttæ cocaini og sovemidler (gruppe B, C, E og G):*

Disse præparater kan efter omstændighederne ordineres til personer udenfor lægens sædvanlige klientel. Dette bør dog altid kun ske i stærkt begrænsede mængder og kun, når der foreligger en rimelig indikation for anvendelsen (jfr. herom afsnit II) og sædvanligvis kun efter en forudgående undersøgelse af patienten.

I Københavns og Frederiksberg kommuner, hvor ubekendte morfinkrævende personer ofte kan volde de praktiserende læger særlige vanskeligheder, har man opnået hospitalsvæsenernes tilsagn om, at henholdsvis visitator på Kommunehospitalet i København og den vagthavende læge ved Frederiksberg hospitals psykiatriske afdeling til enhver tid vil modtage henvisning af sådanne personer også med henblik på, om øjeblikkelig indlæggelse vil være hensigtsmæssig.

<sup>2</sup>) Ved eufomani forstås en ved hyppig og fortsat indtagelse af et euforiserende stof fremkaldt tilstand, der er karakteriseret ved: a) stærk følelse af velbefindende efter indtagelse af stoffet, særlig i begyndelsesstadiet, b) hunger efter stoffet og ubehag af forskellig art, når tilførslen afbrydes, c) en tendens til at forøge dosis' størrelse, i en del tilfælde som udtryk for en tilvænning, d. v. s. en nedsat påvirkelighed over for stoffet fremkaldt ved fortsat indtagelse af dette, d) tilbøjelighed til tilbagefald efter en behandling.

Eufomani har ofte sit grundlag i en personlighedsdefekt, der kan være af forskellig art, men som hyppigst viser sig ved individets mangel på evne til at tilpasse sig til livets realiteter og krav.

Personer, der trænger til morfín m. v. på grund af smerter, behøver altså ikke at være eufomane, selv om der hos dem skulle indtræde en tilvænning, der viser sig ved, at der må gives stadig større doser for at bekæmpe smerten.

## II.

### *Ordinationer til personer, der hører til lægens sædvanlige klientel og ikke lider af eufomani.*

#### *Gruppe A, morfin m. v.*

Ved akutte, eventuelt recidiverende smertetilstande bør morfin m. v. kun ordineres i så små mængder på hver recept, at lægen nøje kan kontrollere forbruget og gribe ind overfor truende eufomani.

Ved tilstande som menstruationssmerter, migræne og lignende bør anvendelse af morfin m. v. sædvanligvis undlades.

Ved lidelser kompliceret med cor pulmonale (asthma og andre lungelidelser) samt efter indtagelse af større mængder alkohol eller sovemidler kan morfin m. v. i doser over 1 cg fremkalde en livsfarlig tilstand<sup>3</sup>).

Ved kroniske sygdomme bør fortsat ordination af morfin m. v. sædvanligvis kun ske, når prognosen *quo ad vitam indenfor en overskuelig tid er håbløs*.

Ved visse kroniske smertetilstande med god prognose *quo ad vitam* (f. eks. tabes, causalgi, arachnoiditis, angioneurotiske smerter) kan morfin m. v. dog være indiceret, men lægen bør da holde patienten på det mindst mulige morfinfoorbmg. Skiftet til andre midler kan være en hjælp. Lægen må i så tilfælde overveje, hvorvidt en fremkaldt eufomani må anses for at være et mindre onde for patienten end de uudholdelige smerter. Lægen bør i sådanne tilfælde lade patienten undersøge af en specialkyndig kollega.

#### *Gruppe B, tinctura opii.*

Faren for eufomani er mindre end ved morfin m. v. (gruppe A).

Anvendelsen af tinctura opii ved kroniske diarrhoeer bør dog ske under hensyntagen til risikoen for fremkaldelse af eufomani, og det samme gælder i endnu højere grad anvendelsen ved depressioner.

#### *Gruppe C, kod ein og ætylmorfin.*

Hostestillende doser af disse midler fører kun sjældent til eufomani; lægen bør dog være på vagt heroverfor, hvis patienten hyppigt kræver store portioner af de nævnte stoffer.

#### *Gruppe D, hydrokon (dicodid).*

Dette stof indtager en mellemstilling mellem kodein og morfin med hensyn til at skabe eufomani.

#### *Gruppe E, kokain.*

Oculoguttae cocaini bør kun ordineres til patienter med diagnosticeret øjensygdom, hvor midlet er indiceret, og kun i passende små portioner. *Anden ordination af kokain til patienters eget brug bør ikke finde sted.*

<sup>3</sup>) Erfaringer fra de senere år har vist, at morfin i doser på 2-3 cg ikke sjældent har fremkaldt en dødelig forgiftning hos personer, der forud har indtaget alkohol eller sovemidler uden at være i påfaldende grad påvirket af disse stoffer. Erfaringer har endvidere vist, at indgift af store mængder barbitursyre, specielt intravenøst, hos personer påvirkede af alkohol også kan fremkalde livsfarlig forgiftning.

#### *Gruppe F, amfetamin m. v.*

*Injektionsvædsker* af disse præparater bør være forbeholdt hospitalsbehandling. Anmodninger fra patienter om recept på sådanne injektionsvædsker vil praktisk talt altid betyde, at den pågældende person enten selv er forfalden til de nævnte stoffer eller har til hensigt at videregive, eventuelt sælge præparaterne til eufomane personer.

Medicinske indikationer for de anførte stoffer til indtagelse *peroralt* er meget få: Narkolepsi, visse tilfælde af parkinsonisme og enuresis nocturna samt enkelte andre.

Uanset at amfetamin m. v. i andre (navnlig de engelsktalende) lande anbefales som et virksomt middel ved afmagring, bør man her i landet, hvor der findes et betydeligt og udbredt amfetaminmisbrug, ved denne anvendelse udvise den samme store forsigtighed som ved al anden amfetaminanvendelse.

Det er i udstrakt grad blevet almindeligt at anvende amfetamin m. v. *mod træthed*. Herimod må *indtrængende advares*. Ved konstitutionel astheni og træthed, betinget af sygelige tilstande (neurasthenia e labore, postinfektøs og postoperativ træthed, træthed i rekonvalescens, ved depressioner og lignende) er midlet irrationelt og skadeligt, idet patienten stimuleres til kraftforbrug ud over sin evne, og restitutionen derved forsinkes. Ved fysiologisk træthed bør amfetamin kun anvendes rent undtagelsesvis, idet faren for tilvænning her er særlig stor.

#### *Gruppe G, sovemidler.*

Visse personer misbruger sovemidler på en særlig måde, således at de bliver eufomane, idet de indtager dem ikke for at fremkalde søvn, men for at fremkalde eufori ved indtagelse af midlerne dagen igennem. Denne form for forfaldenhed til sovemidler er hyppigt kombineret med forfaldenhed til amfetamin og lignende midler. Fraset ordination af sovemidler til urolige sindssyge og af fenemal til patienter med epilepsi bør der ved *fortsat* ordination af sovemidler føres kontrol med, at den pågældende patient kun får doser, der må skønnes rimelige til behandling af søvnløshed<sup>4</sup>).

Opstår der hos lægen mistanke om, at en person bruger påfaldende store mængder af sovemidler, bør lægen føre nøje regnskab over ordinationernes tidspunkt og størrelse.

### III.

#### *Ordinationer til personer, der hører til lægens sædvanlige klientel, og for hvilke der foreligger en kombination af kronisk sygdom og eufomani.*

Retningslinierne for behandling af disse patienter vil i det væsentlige være de samme som angivet i afsnit II for patienter med kronisk sygdom uden eufomani.

<sup>4</sup>) Jfr. note 3 om faren ved indgift af større mængder barbitursyre hos alkoholforgiftede personer.

#### IV.

##### *Ordinationer til personer, der hører til lægens sædvanlige klientel, og som må antages alene at lide af eufomani.*

##### *1. Morfin m.v., tinctura opii og hydrokon (grupperne A, B og D).*

*Det må i almindelighed betragtes som uforsvarligt at ordinere de pågældende stoffer til morfinister og andre eufomane personer, medmindre ordinationen sker som led i en rationel afvænningskur, eller indtil en sådan kan iværksættes.*

Ordination af de nævnte stoffer (herunder også som injektionsvædske) bør herefter kun finde sted i enkelte tilfælde, når der foreligger enten et klart og rationelt forsøg på afvænnning, (som dog oftest mislykkes ved ambulans behandling, hvorfor forsøget ikke bør udstrækkes over længere tid), eller der foreligger en bestemt og klar aftale mellem lægen og patienten om, at patienten til nærmere aftalt tid skal indlægges på hospital til afvænnning. I den tid, der under hensyntagen til patientens arbejde, økonomi eller andre praktiske forhold må hengå, før indlæggelse på hospital kan finde sted, bør lægen dels søge at holde dosis så lav som mulig, dels føre nøje regnskab med ordinationernes tidspunkt og størrelse. Om sådanne patienter bør lægen sende indberetning til amtslægen (i København stadslægen) med oplysning om patientens navn og adresse samt ordinationernes art, omfang og hyppighed.

Opfylder patienten til sin tid ikke de truffe aftaler om indlæggelse på hospital, eller nægter han på anden måde at efterkomme de anvisninger, som lægen i henhold til foranstående giver, bør lægen fremtidig nægte at ordinere vedkommende stoffer til ham i overensstemmelse med den almindelige regel, at en patient, hvis han nægter at følge de anvisninger på behandling, som en læge angiver, selv må tage ansvaret for konsekvenserne heraf. Endvidere bør lægen indberette forholdet til amtslægen (i København stadslægen).

##### *2. Kodein og ætylmorfin, kokain og amfetamin m. v. (grupperne C, E og F).*

Pludseligt ophør hos eufomane personer med indtagelse af disse stoffer medfører vel kraftigt ubehag, men ingen egentlige sværere abstinenssymptomer, hvorfor en længerevarende, gradvis afvænnning med disse stoffer ikke er nødvendig.

Som almindelig regel bør derfor gælde, at det i alle tilfælde må anses som uforsvarligt at ordinere disse stoffer til personer, der må antages alene at lide af eufomani.

##### *3 • Sovemidler (gruppe G).*

Vedrørende personer, der er forfaldne til sovemidler, gælder tilsvarende regler som under IV 1.

Overfor patienter, der har været indlagt på hospital til afvænnning for eufomani, og som er udskrevet som afvænnede, bør der vises særlig agtpågivenhed. Det må anses for en grov kunstfejl at påbegynde ordination af morfin m. v. til disse patienter.

I tilfælde af mangeårig eufomani bør fortsat ordination af euforiserende stoffer gøres afhængig af samråd med embedslægen og eventuelt af resultatet af en sygehusindlæggelse.

## Bilag 5.

### *Udkast til lovforslag om ændring i lov nr. 72 af 14. marts 1934 om udøvelse af lægegerning.*

#### **% 1.**

I lov nr. 72 af 14. marts 1934 om udøvelse af lægegerning, således som denne lov er ændret ved lovene nr. 88 af 15. marts 1939 og nr. 286 af 18. juni 1951, tilføjes efter § 5 følgende bestemmelser:

#### »§ 5 a.

*Stk. 1.* Anser sundhedsstyrelsen det for ønskeligt, at der føres kontrol med en læges ordinationer af euforiserende stoffer, kan den pålægge ham at føre nøjagtige optegnelser om disse ordinationer, herunder om ordinationens tidspunkt, art og mængde, patientens navn og adresse og indikationen for ordinationen, og at indsende disse optegnelser til embedslægen efter nærmere af sundhedsstyrelsen fastsatte bestemmelser.

*Stk. 2.* Bestemmelserne om ordination i §§ 5 a-5 f gælder også om lægens personlige forbrug.

*Stk. 3.* Sundhedsstyrelsen afgør, hvad der i §§ 5 a-5 f skal forstås ved euforiserende stoffer.

#### § 5 b.

*Stk. 1.* Dersom en læge, hvem der er meddelt pålæg efter § 5 a, begår væsentlig overtrædelse af dette, eller dersom det af hans optegnelser fremgår, at han ordinerer euforiserende stoffer på uforsvarlig måde, kan indenrigsministeren fratage ham retten til at ordinere alle eller enkelte grupper af disse stoffer for en tid af fra 1 til 5 år eller indtil videre.

*Stk. 2.* I påtrængende tilfælde kan sådan fratagelse ske, uanset om der er meddelt pålæg efter § 5 a, når det af foreliggende oplysninger fremgår, at en læge ordinerer euforiserende stoffer til eget forbrug på uforsvarlig måde. Der skal dog først være givet lægen lejlighed til mundtligt at udtale sig overfor sundhedsstyrelsen.

*Stk. 3.* Dersom lægen ønsker at indbringe indenrigsministerens afgørelse for domstolene, skal stævning forkyndes for ministeren inden 3 uger efter modtagelsen af afgørelsen. Sagen behandles ved landsret i den borgerlige retsplejes former.

*Stk. 4.* Indenrigsministerens afgørelse har, dersom den ikke bestemmer andet, virkning straks fra afgørelsens modtagelse og uafhængigt af, om sagen indbringes for domstolene.

#### § 5c.

En læge kan selv overfor indenrigsministeren fraskrive sig retten til at ordinere euforiserende stoffer eller en nærmere angiven gruppe af sådanne stoffer for tid eller indtil videre.

#### § 5d.

Når en læge efter ovenstående bestemmelser helt eller delvis har mistet retten til at ordinere euforiserende stoffer, påhviler det amtslægen (i København stads-

lægen) at foretage de til lægens praksis fornødne ordinationer af sådanne stoffer. Sundhedsstyrelsen kan dog udpege en anden dertil villig læge til at foretage disse ordinationer. Nærmere regler om fremgangsmåden ved disse ordinationer kan fastsættes af sundhedsstyrelsen.

#### § 5e.

*Stk. 1.* Ansøgning om generhvervelse af ordinationsret kan indgives til indenrigsministeren, dog tidligst et år efter, at fratagelsen har fået virkning. Dersom ministeren afslår ansøgningen, og lægen ønsker denne afgørelse indbragt for domstolene, skal stævning forkyndes for ministeren inden 3 uger efter modtagelsen af afgørelsen. Sagen behandles ved landsret i den borgerlige retsplejes former.

*Stk. 2.* Fornyet ansøgning kan tidligst indgives et år efter, at den seneste ansøgning er afslået af indenrigsministeren eller ved dom.

#### § 5f.

Sundhedsstyrelsen giver samtlige apotekere meddelelse om tab og generhvervelse af retten til at ordinere euforiserende stoffer.«

I lovens § 22 indsættes som nyt stk. 2:

»En læge, der i medfør af §§ 5 b eller 5 c har mistet ret til at ordinere euforiserende stoffer, men som desuagtet foretager sådanne ordinationer eller giver andre læger vildledende oplysninger for at få dem til at ordinere for sig, straffes med bøde eller hæfte.«

Som ny § 28 a i loven indsættes:

»Sundhedsstyrelsen er berettiget til at udsende meddelelse til læger og apotekere om personer, der efter de for sundhedsstyrelsen foreliggende oplysninger må antages at misbruge euforiserende stoffer.«

#### § 2.

*Stk. 1.* Denne lov træder i kraft den.....

*Stk. 2.* Regeringen bemyndiges til ved kongelig anordning at sætte loven i kraft på Færøerne, eventuelt med sådanne ændringer, som måtte følge af øernes særlige forhold.

#### *Bemærkninger til lovforslaget.*

Med hensyn til dette lovforslag henvises til betænkningen side 43 f. og til nedenstående bemærkninger til de enkelte bestemmelser:

*Til % 5 a.*

Gennem pålægget er det tanken dels at sikre sig, at læger, hvis ordinationer af euforiserende stoffer giver anledning til betænkeligheder, fører og opbevarer sådanne fortegnelser over ordinationerne, at de til enhver tid kan overskue ordinationernes omfang med hensyn til hver enkelt patient, dels at opnå, at sundhedsmyndighederne holdes underrettet om de pågældende ordinationer, dels endelig at bidrage til, at udstedelse af falske lægerecepter bliver opklaret.

Sundhedsstyrelsen kan indskrænke pålægget til kun at angå en nærmere angiven gruppe af euforiserende stoffer. Således vil det normalt være rimeligt, at sovemiddel- og kodeinordinationer holdes udenfor.

*Til § 5 b.*

Paragraffen giver indenrigsministeren - under rekurs til domstolene - adgang til at fratage en læge retten til at ordinere euforiserende stoffer.

Sådan fratagelse kan for det første ifølge stk. 1 finde sted overfor læger, der har fået pålæg efter § 5 a, når de enten begår væsentlig overtrædelse af dette, eller det af de førte optegnelser fremgår, at de ordinerer euforiserende stoffer på ufor- svarlig måde. Ved afgørelsen af spørgsmålet om, hvorvidt en læge ordinerer eufo- riserende stoffer på ufor- svarlig måde, vil det være naturligt at lægge vægt på, om han overholder den udsendte vejledning for ordination af euforiserende stoffer.

Fratagelse vil dernæst ifølge stk. 2 i visse tilfælde kunne ske overfor læger, der ikke i forvejen har fået pålæg efter § 5 a. Dette gælder dog ikke, når vedkommende læge kun har foretaget ufor- svarlige ordinationer til andre personer end sig selv, idet der i så fald vil være en så god mulighed for, at han vil kunne rette sig alene gen- nem et pålæg om optegnelsespligt, at dette under alle omstændigheder først bør for- søges. Har han derimod ordineret ufor- svarligt til sit eget personlige forbrug, vil der være en ret stor mulighed for, at han allerede er så bundet af misbrug, at et pålæg ikke vil kunne redde ham ud af det, og på den anden side vil han i den tid, hvor et pålæg løber, yderligere kunne befæste sig i misbruget gennem ordinationer, som han eventuelt kan skjule blandt sine ordinationer til egen brug i praksis. Det fore- slås derfor i disse tilfælde at give adgang til fratagelse af ordinationsretten uden forudgående pålæg efter § 5 a, dog således, at der kun kan skrives ind, når tilfældet må betegnes som påtrængende, og at der først skal være givet lægen lejlighed til mundtligt at udtale sig over for sundhedsstyrelsen.

Indenrigsministerens afgørelse efter stk. 2 kan, ligesom afgørelser efter stk. 1, indbringes for domstolene, der kan prøve, om betingelserne for fratagelsen er til stede, jfr. stk. 3.

Fratagelse af ordinationsretten kan ligesom pålægget efter § 5 a begrænses til kun at angå en nærmere angivet gruppe af euforiserende stoffer, således at for eksempel sovemiddel- og kodeinordinationer holdes udenfor.

Dersom adgangen til fratagelse skal kunne virke efter sit formål, må der kunne skrives hurtigt ind. Man anser derfor den omstændelige fremgangsmåde, der i læge- lovens § 5 er fastsat for fuldstændig frakendelse af retten til at udøve lægegerning, for uanvendelig, ligesom den også må anses for upåkrævet, når der er adgang til at indbringe den ministerielle afgørelse for domstolene, hvilket som nævnt er fastsat i stk. 3. Af de samme grunde anser man det for nødvendigt, at ministerens afgø- relse, hvis den ikke bestemmer andet, får virkning straks, når lægen har modtaget den, og at dette ikke påvirkes af, at lægen benytter sin ret til at indbringe sagen for domstolene, jfr. stk. 4.

*Til § 5c.*

Det antages, at en læge efter lægelovens regler ikke selv kan opgive *retten* til at udøve lægegerning, men kun kan lade sig løse fra *pligten* til at virke som læge, jfr. lægeloven^ § 7, stk. 2. Dette har allerede i forbindelse med sager angående læge- lovens § 5 vist sig uheldigt, og det foreslås, at der med hensyn til retten til at ordi- nere euforiserende stoffer indføres en adgang for lægen til selv at fraskrive sig en sådan ret.

*Til § 5d.*

Det foreslås at overlade det til amtslægerne (i København stadslægen) som em- bedspligt at foretage ordinationer af euforiserende stoffer for de læger, der har mistet



ordinationsretten, dog at sundhedsstyrelsen kan udpege en anden dertil villig læge, hvor dette måtte vise sig mere praktisk. Ved valget af denne læge vil også kreds-lægen kunne komme i betragtning.

Vedkommende embedslæger eller udpegede læger skal for det første sørge for sådanne ordinationer til den læge, der har mistet ordinationsretten, at han har den til brug for sin praksis nødvendige beholdning af euforiserende stoffer. For så vidt han har patienter, der bør have recepter på euforiserende stoffer, vil de ordinerende læger endvidere efter at have fået de i hvert tilfælde fornødne oplysninger kunne udstede disse recepter uden selvstændig undersøgelse af patienten. Det foreslås, at sundhedsstyrelsen skal kunne give de nærmere forskrifter om fremgangsmåden ved disse ordinationer.

*Til § j\*.*

Reglerne om generhvervelse gælder både, når ordinationsretten er frataget lægen efter § 5 b for tid eller indtil videre, og når han selv har givet afkald på den efter § 5 c.

*Til § 22.*

Bestemmelsen indeholder de til ordningens effektive gennemførelse fornødne straffebestemmelser.

*Til § 28 a.*

Man har under hensyn til den almindelige regel om tavshedspligt i lægelovens § 9 anset det for rigtigt udtrykkeligt at fastslå denne meddelelsesret.



## EUFOMANIEN I DANMARK

BELYST VED EN ANALYSE AF EN MÅNEDS  
54.000 RECEPTER

Af PALLE WIINGAARD, Skanderborg

## FORORD

De stadig større indkøb til Danmark af euforiserende lægemidler (e. læ.) og af råprodukter til fremstilling af sådanne har længe tiltrukket sig opmærksomhed såvel inden for som uden for landets grænser.

I diskussionen om årsagen til det i forhold til andre lande høje, danske forbrug af e. læ. påpeges det, at befolkningen her i medfør af den vidtgående sociale sikring har adgang til at få sit fulde legale behov for sådan medicin dækket uanset økonomisk formåen; derfor høres ofte den påstand, at de danske tal for indkøb og forbrug i virkeligheden afspejler et kvantitativt optimum, som forskellige andre lande endnu ikke har opnået. Herimod anføres fra specialsagkyndigt — især farmakologisk — hold, at den lægelige indikationsstilling i henseende til foreskrivelse af e. læ. kunne karakteriseres som værende noget for velvillig i Danmark.

Det er derfor forståeligt, at der i visse dele af den danske lægestand råder nogen usikkerhed med hensyn til ordination af sådanne lægemidler.

De periodisk opblussende saglige drøftelser om spørgsmålet koncentrerer sig som oftest om ordinationspraksis overfor følgende 3 indikationsområder:

1. Akutte, stærkt smertefulde sygdomstilfælde af organisk, klinisk-påviselig årsag; den som oftest kortvarige behandling tilsigter først og fremmest en hurtig, analgetisk effekt.
2. Kroniske, desolatte sygdomstilfælde af organisk, klinisk-påviselig årsag; behandlingen, der som oftest må planlægges over længere sigt, bliver gerne langvarig og tilsigter først og fremmest en sedativ, slørende og også ofte en analgetisk og ikke sjældent en euforiserende effekt.
3. Tilfælde, hvis behov for e. læ. ikke motiveres af aktuelle, organisk-påviselige sygdomstegn, og hvor patientens subjektive medicinunger er den elementære motivering for en eventuel ordination.

Den danske lægestand har altid indtaget en særdeles positiv holdning overfor rationel pharmacoterapi. Derfor har indikationsområderne 1 og 2 (altså tilfælde med klar klinisk evidens) så at sige aldrig givet anledning til behandlingsmæssig tvivl; det er — og har vistnok altid været — behandlingen af patienter, hvis klager motiveres af mere subjektive end objektive sygdoms-

Meddelelse fra sundhedsstyrelsen.

Chef: Medicinaldirektør, dr. med. Johs. Frandsen.

Holdt som foredrag i forkortet form den 23/9 1952 i Københavns medicinske selskab.

tegn («eufomaner») — sml. ovenstående pkt. 3 — som diskussionen har koncentreret sig om.

De hidtidige drøftelser er imidlertid vanskeliggjort af mangel på konkret viden om problemernes reelle størrelsesorden.

Derfor må interessen samle sig om fremskaffelse af flere kendsgerninger, såsom kendskab til eufomaniens udbredelse i befolkningen, socialmedicinske aspekt og faktiske betydning i daglig lægepraksis, ligesom også problemets mere teoretiske — herunder farmakologiske og farmaceutiske sider — tiltrækker sig en betydelig opmærksomhed.

Til disposition for et nærmere praktisk studium af herhenhørende spørgsmål stod i 1949 først og fremmest følgende 4 kilder:

1. Kliniske — især psykiatriske — patientmaterialer.\*)
2. Politimæssige rapportmaterialer vedrørende receptfalsknerier, ulovlig handel med c. læ. m. v.
3. Statistiske opgørelser over landets en gros indkøb af visse e. læ.
4. Apothekernes kopier af ekspederede recepter på e. læ.

Medens materialerne 1 og 2 bedst egner sig til opgørelser af kasuistisk specialindhold, giver 3 en meget grov orientering om det generelle medicinforbrug. Materiale 4 kan danne grundlaget for en detaljanalyse af rekvisitionerne, men materialets værdi begrænses ved sin uoverskuelighed.

En sammenfattende oversigt til belysning af arten af det lovlige forbrug af e. læ. må indhentes gennem en landsomfattende, systematisk opgørelse af materiale 4. Herigennem lader *individualforbrug* og *individualordination* sig bedømme, ligesom en tilnærmet ansættelse af antallet af personer med et højt og langvarigt legalt forbrug af e. læ. lader sig fremskaffe.

I Danmark fandt den lovlige, handelsmæssige udlevering af e. læ. (nov. 1949) sted gennem 346 almindelige apoteker og 12 hospitalsapoteker. Til disposition ved udleveringen medvirkede 432 distribuerende læger og 839 håndkøbsudsalg. Som bekendt finder de distribuerende lægers en gros indkøb og håndkøbsudsalgenes udlevering af receptpligtige lægemidler sted gennem de almindelige apoteker, hvor indkøbet bogføres på lignende måde som anden medicin, dog — f. s. v. angår de distribuerende læger — uden angivelse af navnet på de patienter, til hvem medicinen bliver udstedt.

I denne forbindelse skal anføres, at apotekerne er pligtige at kopiere ekspederede recepter på e. læ. i henhold til sundhedsstyrelsens cirkulære af 29/10-49 til landets apoteker om kopiering af recepter og rekvisitioner:

\*) Jævnside med nærværende arbejde har M. Ellermann undersøgt eufomaniens kliniske og socialmedicinske problemer. Arbejdet vil angiveligt snart fremkomme.

Tabel 1.

Folketal, beboelsesforhold, læger, apoteker. Danmark 1949. (I henhold til Statistisk Årbog 1950; Medicinalberetning for Kongeriget Danmark for 1949).

	1	2	3	4	5	6	7
1. Københavns amt .....	429.242	56	275	116	25	22	53
3. Frederiksborg amt .....	132.750	74	98	20	19	13	104
4. Holbæk amt .....	125.066	79	75	16	33	10	175
5. Sorø amt .....	121.530	65	72	18	23	8	185
6. Præstø amt .....	119.091	74	84	20	25	10	169
7. Bornholms amt .....	47.337	55	24	2	8	3	196
8. Maribo amt .....	135.132	66	80	15	30	12	150
0. Svendborg amt .....	145.894	70	85	15	22	13	128
10. Odense amt .....	231.427	52	142	37	48	19	95
12. Vejle amt .....	189.535	59	110	35	17	16	146
13. Skanderborg amt .....	126.362	55	83	17	12	13	132
14. Århus amt .....	183.808	42	135	44	9	14	57
15. Randers amt .....	163.168	66	91	13	22	13	189
16. Aalborg amt .....	218.335	66	111	28	25	18	162
17. Hjørring amt .....	164.845	72	86	12	19	15	190
18. Thisted amt .....	88.541	80	40	7	5	12	148
19. Viborg amt .....	151.555	79	86	19	37	12	291
20. Ringkøbing amt .....	177.463	74	89	15	14	17	273
21. Ribe amt .....	162.432	64	97	18	28	16	191
22. Haderslev amt .....	67.493	73	38	7	5	7	192
23. Aabenraa-Sønderborg amt .....	90.802	68	61	15	4	7	176
25. Tønder amt .....	41.717	76	23	2	2	5	262
26. Københavns kommune .....	731.707	0	700	349	—	62	
27. Frederiksberg kommune .....	113.584	0	94			9	

1. Folketal. 2. Landkommuners folketal i % af amtets folketal. 3. Antal nedsatte læger. 4. Heraf specialister. 5. Heraf distribuerende læger. 6. Antal apoteker. 7. Gennemsnitligt oplandsareal (i km<sup>2</sup>) pr. apotek.

## CIRKULÆRE

til landets apotekere om kopiering m. n. af recepter og rekvisitioner.

I medfør af lov nr. 107 af 31. marts 1932 om apotekervæsenet § 14, stk. 2, bestemmer sundhedsstyrelsen, at der fra den 1. november 1949 på apotekerne skal tages afskrifter af alle recepter og rekvisitioner på følgende stoffer og præparater samt enhver tilberedning af disse:

- Morfin og dets salte samt følgende beslægtede stoffer og præparater:  
Diacetylmorfin og dets salte, dihydromorfinon og dets salte, oksykon og dets salte, opiumskoncentrater.
- Opium og præparater indeholdende eller fremstillet af opium, når hele den foreskrevne mængde svarer til mere end 1 g opium.
- Kokain og dets salte samt droger, som indeholder kokain.
- Pethidin og dets salte.
- Amfetamin og dets salte (benzedrin, mecodrin).  
/3-fenylisopropylmetylamino og dets salte (eufodrin) samt kemodrin.
- 6-dimetylamino-4, 4-difenylyheptanon-(3) og dets salte (methadon og butalgin).

Undtaget fra kopiering er morfinholdige lægemidler med ikke over 0,2 % morfin samt kokainholdige lægemidler med ikke over 0,1 % kokain.

Ved composita, der indeholder de under a-f nævnte stoffer, er det tilstrækkeligt at angive enkelt-dosernes størrelse og antal samt ordet »blanding«.

Afskrifter tages på blanketter.

.....

(Til undersøgelse af registreringens nøjagtighed lod sundhedsstyrelsen foretage en lagerrevision på 6 forskellige københavnske apoteker

med hensyn til visse af de kopieringspligtige lægemidler. En afstemning i forhold til de i henhold til kopilisterne beregnede, solgte varemængder udviste en manco på mellem 5 og 8 %).

Også hospitalsapotekerne er pålagt kopieringspligt (sundhedsstyrelsens cirkulære af 29/12 1949). Disse apotekers kopiering adskiller sig dog ifølge sagens natur noget fra de almindelige for offentligheden tilgængelige apotekers indberetninger.

Apotekerne er fordelt over landet efter distrikternes folketal (færrest apoteker pr. km<sup>2</sup> i de tyndest befolkede egne). Tilstedeværelsen af distribuerende læger og håndkøbsudsalg letter imidlertid befolkningens adgang til medicin i sådanne egne (tabel 1).

Lovligt indkøb på apotek af e. læ. kunne i 1949 kun finde sted i henhold til gyldig recept. Berettiget til receptudstedelse (nedenstående 2, 3 og 4 dog kun med visse begrænsninger) er:

- Læger (til behandling af patienter, til brug i praksis, til personligt brug).
- Tandlæger (til behandling af patienter i forbindelse med tandlægevirksomhed).
- Dyrlæger (til behandling af dyr).
- Skibsførere (til brug for skibsmandskaber).

Udover den omtalte handelsmæssige udlevering af e. læ. overdrages en del medicin direkte til patienterne fra den medicinbeholdning, som lægerne medfører i praksis (ofte i form af indsprøjtning). På apotekernes kopilister figurerer den til dette brug af lægerne rekvirerede medicin almindeligvis som værende signeret: »Til brug i praksis« eller lignende.

UNDERSØGELSEN

I sommeren 1949 fremsatte jeg overfor sundhedsstyrelsen en plan til en undersøgelse over forhold, der vedrører forbruget af e. læ. i Danmark. Jeg anbefalede, at man til grund for undersøgelsen benyttede apothekernes kopier af recepter på e. læ. Sundhedsstyrelsen bifaldt planen og ydede støtte og vejledning til dens realisation. Det statistiske Departement indvilligede i at behandle materialet ved maskinmæssig sortering.\*)

Materialet fremkom ved, at apothekerne i me<h før af fornævnte cirkulære til sundhedsstyrelsen i november 1949 indsendte lister over de af dem i den angivne måned ekspederede rekvisitioner på e. læ.

Listerne, som indeholder oplysning om:

1. datoen for den kopierede receipts ekspedition,
2. receptens formel og brugsanvisning, herunder rekvisitionens totaldosis,
3. patientens navn og bopæl,
4. lægens navn og bopæl,
5. den ekspederende farmaceuts signatur,

blev underkastet en detaljeret kodning, idet oplysningerne herefter overførtes til Hollerith-kort. Gennem den maskinelle sortering af disse kort fremgik

MATERIALE I.\*\*)

*Om de i november 1949 fra danske apoteker ekspederede rekvisitioner af e. læ.*

Ved en rekvisition forstås i det følgende en på lovlig vis foreskrevet formel, mod forevisning af hvilken et apotek har udleveret og med hensyn til udleveringen til sundhedsstyrelsen i henhold til cirkulære af 29/10 1949 har indberettet det på formelen angivne e. læ.

Ved *euforiserende lægemidler (e. læ.)* forstås i det følgende de i henhold til sundhedsstyrelsens cirkulære af 29/10 1949 kopieringspligtige lægemidler med de begrænsninger, der fremgår af cirkulærets koncentrationsbestemmelser.

a. I november 1949 ekspederedes af apothekerne (bortset fra hospitalsapothekerne) 54,065 rekvisitioner på e. læ.; 90 % udstedtes til patienter. 5 % — signeret: »mihi«, »til brug i praksis«, »til distribution« — var ordineret til lægens egen administration (til hans patienter, hans pårørende eller til ham selv personligt). I nogle få procent var rekvirenterne dyrlæger, hospitalsafdelinger (indkøbende medicinen udenfor et hospitalsapotek) eller skibsmiandskaber. (Tabel 2).

\*) For den 1<sup>de</sup>dede, meget betydelige bistand bringer jeg herved min bedste tak; ligeså takker jeg hjerteligt visitator, cand. pharm. Su. Å. Junager for farmaceutisk vejledning.

\*\*\*) Af materialet er udskudt rekvisitioner, pålydende: til udvortes brug ell. lign., herunder forsk. salver og opløsninger til direkte\* applikation på hud og slimhinder.

Tabel 2.

*Rekvisitionerne fordelt efter lægemidlets modtager.*

	Antal	%
Til patient . . . . .	49.138	90,89
» dyr el. lign . . . . .	464	0,86
» brug i praksis el. lign . . . . .	2.816	5,21
» distribution . . . . .	571	1,05
» brug på hospitaler el. lign.*) ..	1.028	1,90
» skibsforsyning . . . . .	27	0,05
Uoplyst . . . . .	21	0,04
	54.065	100,00

\*) Obs! herunder ikke rekvisitioner, ekspederet på de egentlige hospitalsapoteker.

Geografisk fordeler rekvisitionerne sig nogenlunde jævnt i de respektive amter med mellem 1 og 1,5 rekvisition pr. 100 indbyggere (Tabel 3). Skanderborg amt har en noget højere rekvisitionsfrekvens (2,2). Hverken distrikternes befolkningsforhold, forsyning med læger — herunder distribuerende læger — eller de rådende afstande til apothekerne synes at øve nogen principiel indflydelse på rekvisitionshyppigheden (sml. tabel 1). Significante lokalafvigelser i fordelingen af rekvisitioner »til brug i praksis«, »til dyr« etc. lader sig ikke påvise.

Ca. 9000 (17 %) af rekvisitionerne drejede sig om tetrapon og tetraponholdige stoffer, ca. 7000 (13%) om pethidinpræparater, ca. 6000 (12%) om mecodrin og ca. 5500 (10 %) om gtt. Roseae. Disse 4 præparater eller præparatgrupper — de hyppigst rekvirerede blandt de e. læ. — udgjorde tilsammen godt ca. halvdelen af samtlige rekvisitioner af kopieringspligtig medicin. (Tabel 4).

Som helhed findes geografisk kun mindre afvigelser fra den i tabel 4 angivne landsfordeling. En undtagelse herfra er den lavere hyppighed af rekvisitioner på tetrapon i Aabenraa-Sønderborg amt (6,6 %), hvorimod højere i Tønder amt (28,9 %). Endvidere bemærkes ret høje rekvisitionstal for præparater indeholdende diacetylmorfin (herunder heroini ep.) i 3 jyske amter (Skanderborg 6,4 %, Aabenraa-Sønderborg 16,6 % og Tønder 7,6 %, ikke anført på nogen tabel).

84,7 % af rekvisitionerne er (tabel 3) foreskrevet i henhold til en gældende, alm. kendt formel (officinelle præparater, f. n. c. h., D. A. K. eller gældende specialitetstakster); resten (15,3%) er ordineret som magistrelie Jblandingspræparater. Disse sidste rekvireres særlig hyppigt i de sønderjyske og visse midtjyske amter. I København har formelpræparaterne i særlig grad overvægt.

b. I det følgende er de ovennævnte rekvisitioner (jfr. tabel 4) samlet i 7 grupper, hver repræsenterende en i farmako-dynamisk henseende velafgrænset helhed; ved grupperingen er bortset fra visse i materialet forekommende sjæld-

Tabel 3.

Rekvisitionerne fordelt geografisk og gruppevis; herunder formelpræparaternes procentuelle andel i det samlede antal rekvisitioner indenfor de enkelte distrikter; det ansatte antal rekvisitioner, beregnet pr. indbygger, pr. læge (distribuerende læge) og pr. apotek i vedkommende amt.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	I Amfeta- mingr.	II Butalgin gr.	III Heroin gr-	IV Morfin- A. gr.	V Morfin- B. gr.	VI Pethidin gr-	VII Cocain- gr-	VIII Rest- gr.
1. Københavns amt . . . . .	4.611	8,5	89,5	1,1	16,8	1,0	210	22,5	11,6	3,1	6,9	28,4	14,6	1,2	11,7
3. Frederiksborg amt . . . . .	1.502	2,8	88,7	1,1	15,3	2,5	150	18,9	12,5	1,1	6,8	31,3	14,3	2,5	12,6
4. Holbæk amt . . . . .	1.084	2,0	83,2	0,9	14,5	0,7	110	17,2	12,6	0,2	10,0	37,7	11,7	7,8	8,3
5. Sorø amt . . . . .	1.428	2,6	83,5	1,2	19,9	1,0	180	10,6	12,3	0,6	10,8	33,0	14,5	4,6	13,7
6. Præstø amt . . . . .	1.433	2,6	86,8	1,2	17,1	2,1	140	24,6	9,0	2,2	6,8	29,9	12,1	2,2	13,2
7. Bornholms amt . . . . .	378	0,7	90,7	0,8	15,8	1,5	130	11,6	15,3	0,5	11,4	36,5	10,9	5,0	8,7
8. Maribo amt . . . . .	1.610	3,0	89,8	1,2	20,2	2,3	130	12,5	9,2	1,2	10,5	42,8	11,2	2,1	10,6
9. Svendborg amt . . . . .	1.708	3,2	82,7	1,2	20,2	0,7	130	19,6	10,8	—	9,7	29,9	13,8	1,8	14,5
10. Odense amt . . . . .	2.963	5,5	81,8	1,3	20,9	2,3	160	16,3	7,0	0,6	11,6	35,7	11,4	1,9	15,6
12. Vejle amt . . . . .	2.243	4,1	83,9	1,2	20,4	1,2	140	20,8	7,9	3,8	6,6	32,1	13,3	2,9	12,6
13. Skanderborg amt . . . . .	2.827	5,2	71,6	2,2	33,9	3,0	220	13,8	5,7	6,6	11,1	32,4	10,6	3,6	16,3
14. Århus amt . . . . .	3.214	5,9	80,9	1,8	23,8	—	230	15,8	9,0	0,8	10,7	25,9	14,9	4,0	19,0
15. Randers amt . . . . .	2.087	3,9	79,6	1,2	22,8	1,0	160	14,2	8,7	0,7	10,6	31,5	15,8	3,1	15,5
16. Aalborg amt . . . . .	2.284	4,2	87,5	1,0	20,6	0,6	130	11,7	8,5	5,0	9,4	39,8	11,6	2,0	12,0
17. Hjørring amt . . . . .	1.158	2,1	83,3	0,7	13,5	0,6	75	16,6	4,8	0,5	9,4	36,8	14,2	2,6	15,5
18. Thisted amt . . . . .	891	1,7	85,6	1,0	22,3	1,6	75	11,7	10,2	1,1	7,0	36,1	15,6	2,8	15,5
19. Viborg amt . . . . .	1.720	3,2	79,7	1,1	20,0	1,0	140	19,6	4,5	0,2	7,6	34,9	11,7	9,0	12,6
20. Ringkøbing amt . . . . .	2.308	4,3	75,4	1,5	25,8	0,1	140	14,9	5,2	4,8	8,4	35,5	19,1	2,0	10,1
21. Ribe amt . . . . .	2.086	3,7	82,7	1,3	21,6	1,4	130	19,7	9,6	1,8	8,3	33,2	12,9	1,7	12,9
22. Haderslev amt . . . . .	959	1,8	72,6	1,4	25,2	—	140	10,2	3,6	3,3	17,6	27,9	16,7	3,6	19,4
23. Aabenraa-Sønderborg amt..	1.355	2,5	68,9	1,5	22,3	—	190	12,9	11,1	18,6	9,6	13,0	12,7	5,5	17,6
25. Tønder amt . . . . .	463	0,9	78,0	1,1	20,2	0,5	90	12,1	5,2	8,6	10,4	36,1	15,3	1,3	11,0
26. Københavns kommune . . . .	11.950	22,1	92,8	1,6	17,1	—	190	20,9	13,4	0,3	6,8	34,4	11,5	1,3	11,3
27. Frederiksberg kommune ..	1.803	3,3	80,7	1,6	19,2	—	200	23,0	10,6	0,4	7,4	28,3	12,4	1,0	16,8
Hele landet . . . . .	54.065	100,0	84,7	1,3	19,5		121	17,8	9,8	2,2	8,7	32,6	13,1	2,5	13,3

1. Antal rekvisitioner ialt.
2. Distriktets (amtets) rekvisitioner i % af samtlige rekvisitioner.
3. F-præparater i % af samtlige rekvisitioner.
4. Gennemsnitligt antal rekvisitioner pr. 100 indbyggere.
5. Gennemsnitligt antal rekvisitioner pr. nedsat læge.
6. Gennemsnitligt antal rekvisitioner sign. »til distribution« pr. distribuerende læge.
7. Gennemsnitligt antal rekvisitioner pr. apotek.

Tabel 4.

Rekvitionerne fordelt efter de foreskrevne kopieringspligtige præparater eller indholdsstoffer. Understregninger og numre i parenteser refererer til de side 13W omtalte grupper, i hvilke de understregede stoffer er medregnet.

	Ordinationer	
	Antal	%
Tetrapon (V).....	8.979	16,6
Pethidin hel. (VI).....	7.070	13,0
Mecodrin (I).....	6.032	11,7
Roseae (V).....	5.441	10,1
Butalgin (II).....	5.281	9,8
Morphini hel. (IV).....	4.478	8,3
Amphetamini sulf. (I).....	3.441	6,3
Thebaica (V).....	2.433	4,5
Oxyconi hel. ....	1.376	2,5
Cocaini hel. (VII).....	1.348	2,5
Opiopapaverini ep. ....	1.301	2,4
Nirvapon.....	1.061	2,0
Pantopon.....	900	1,7
Eufodrin.....	762	1,4
Thebaica ep. (V).....	672	1,2
Heroini ep. (III).....	627	1,2
Diacetylmorph. hel. (III).....	580	1,1
Algospasmin.....	429	0,8
Scopol. hbm. c. tetrap.....	394	0,7
Cynoglossi.....	332	0,6
Algophon c. scopol.....	222	0,4
Chloralico morph.....	203	0,4
Kemodrin (I).....	148	0,3
Morph. citr. mit. (IV).....	133	0,3
Opium (V).....	121	0,2
Morph. citr. fort (IV).....	86	0,2
Algophon.....	59	0,1
Morficon.....	43	0,1
Euodal.....	31	0,1
Dilaudid.....	20	0,04
Spasmalgin.....	18	0,03
Dolantin.....	10	0,02
Bonain, Liquor.....	7	0,01
Thebaica crocat.....	4	0,01
Salicylico-cocaic.....	3	0,01
Ulæseligt m. v.....	20	0,04

nere ordinationer\*), der, selyom i realiteten henhørende under een af de opstillede grupper, er sammenfattet i en 8. såkaldt »restgruppe«. Af tabel 4 fremgår, hvilke præparater m. v. der omfattes af de nævnte 7 grupper, og hvilke der falder ind under restgruppen.

Grupperne betegnes:

I. Amfetamingruppe (amfetamini sulfas; kemodrin; mecodrin).

II. Butalgingruppe (butalgin).

\*) Princippet for gruppedelingen fastlagdes, inden jeg kendte rekvitionerne detailfordeling. Da jeg på det tidspunkt ikke havde indtryk af, at Nirvapon, Pantopon, Oxycon og Eufodrin ni. fl. præparater rekvireredes så hyppigt, som den senere optælling viste, undlod jeg (beklageligvis) at indbefatte disse præparater i de resp. samlegupper.

- III. Heroingruppe (diacetylmorfin hcl-præparater; heroin).
- IV. Morfin — A-gruppe (morfin hcl-præparater; morfini citratis fortior og mitior).
- V. Morfin — B-gruppe (opium; gutt. Roseae; tetrapon; thebaica; thebaica ep.).
- VI. Pethidingruppe (pethidini hcl.-præparater).
- VII. Kokaingruppe (cocain-hcl.-præparater).
- VIII. Restgruppe.

Den foretagne gruppedeling af rekvitionerne viser (tabel 3), at der, gældende for landet som helhed, af de til morfin-gruppe A og B henregnede rekvitioner er udstedt ca. 40 %, af amfetamingruppen nævned 20 %, af pethidingruppen godt 10 %, af butalgingruppen knap 10 % og af kokain- og heroingrunderne hver ca. 2 % i forhold til det samlede antal rekvitioner. Restgruppen udgør ca. 13 % af materialet.

Geografisk fordelt bemærkes relativt hyppige rekvitioner henhørende under

amfetamingruppen i Præstø og Københavns amter samt i Frederiksberg kommune, butalgingruppen i Bornholms amt og Københavns kommune, heroingruppen i Aabenraa, Tønder og Skanderborg amter, morfin-A-gruppen i Haderslev amt, morfin-B-gruppen i Maribo amt, pethidingruppen i Haderslev amt, kokaingruppen i Viborg amt.

c. For at opnå et skøn over de udleverede stofmængder, er der sondret mellem rekvitioner af præparater a) med en i overensstemmelse med almindelige forskrifter (officinelle, større formelsamlinger, specialitetstakster) kendt stofkoncentration (betegnet: f-præparat) og — b) med en fra den for vedkommende stof i den pågældende dispenseringsform i forhold til det tilsvarende formelpræparat afvigende koncentration samt magistrelle præparater (betegnet m-præparater).

De udleverede stofmængder lader sig beregne f. s. v. angår rekvitioner af f-præparater. En lignende kvantitativ bestemmelse på rekvitioner af m-præparater har ikke været praktisk gennemførlig. Til orientering bør man dog erindre, at koncentrationerne i langt den overvejende del af m-præparaterne næppe har overskredet de for de kopieringspligtige stoffer gældende maksimaldoser.

Tabel 5 viser de kvantitative forhold. Det bemærkes, at den perorale dispenseringsform gennemgående foretrækkes for den parenterale, hvor der er tale om præparater, der dispenseres i begge former; dette er et særligt iøjnefaldende træk ved præparater med centralanaleptisk virkning (amfetamin, mecodrin).

De ordinerede mængder af de omtalte lægemidler fordeler sig geografisk gennemgående ret

Tabel 5.  
Oversigt over de udleverede mængder af de rekvirerede lægemidler.

Komposition		Dispenseringsform	Præparatets eller stoffets navn	Styrke af formelpræparatet	Kopieringspligtigt indholdsstof	Udleveret
F	M					
X		Guttae:	Algophon LEO	2 % Algophon Leo	Samtl. opiumsalkaloider som hydrochlorider — 1 g Algophon Leo = 0,5 g vandfrit morfin = 0,66 g morfini hydrochloridi	1000 ml
X		Inject:		2 % » »		550 ml
X		Inject:	Algophon c. scopolamin LEO	2 % Algophon Leo	Algophon Leo	3300 ml
X		Inject:	Al, gospasmin LEO	1 % Algophon Leo	Algophon Leo	260 ml
X		Tabl.:		0,01 g Algophon Leo pr. tabl.		9600 stk.
X		Inject:	Amphetamini sulfas Ph.D.	5 % Amphetamini sulf.	Racemisk /3-fenylisopropylamini n-sulfat	1000 ml
X		Tabl.:	»	0,005 g Amphetamini sulf. pr. tabl.		»
	×	Mixtura	»		»	245700 ml
	×	Pulv:	»		»	5600 g
	×	Tabl.	»		»	29900 stk.
	×	Syrup.	»		»	6200 g
X		Udvortes:	Bonain, Liquor DD.	33 % Cocaini hydrochl.	Cocaini hydrochloridum (m. m.)	70 ml
×		Liquidum:	Butalgin GEA	1 % Butalgin Gea	d,1-6-dimetylamino-4,4-diphenyl-3-heptanonhydrochlorid (Methadon)	21700 ml
×		Inject:	»	1 % » »		16000 ml
×		Tabl.:	»	0,005 g Butalgin Gea pr. tabl.		127000 stk.
X		Syrupus:	Chloralico-morphicus, Syrupus DD.	0,075 % Morph. hydro chl.	Morphini hydrochloridum	41000 g
X		Oculoguttae:	Cocaini hydrochloridum Ph.D.	2 % Cocaini hydrochl.	Cocaini hydrochloridum	13400 ml
	×	Mixtura	»			» »
	×	Nebulog:			» »	380 ml
	×	Pilulae	»		» »	2600 stk.
	×	Solutio:	»		» »	6300 ml
	×	Suppos:	»		» »	140 stk.
	×	Trochisci:	»		» »	1400 stk.
X		Pilulae:	Cynoglossi Pilulae Ph.D.	0,015 g medie, opium pr. pil.	Medicinsk opium	36100 stk.
	X	Intet formelpræparat ordineret Guttae:	Diacetylmorphini hydrochloridum Ph.D.		Diacetylmorphini hydrochloridum	460 ml
	X	Mixtura:	»			»



Tabel 5 fortsat.

Komposition		Dispenseringsform	Præparatets eller stoffets navn	Styrke af formelpræparatet	Kopieringspligtigt indholdsstof	Udleveret
F	M					
	X	Syrupus:	Diacetylmorphini hydrochloridum Ph.D.		Diacetylmorphini hydrochloridum	10900 g
X		Inject:	Dilaudid BAYER	2 % Dilaudid Bayer	Laudacon Ph.D.	200 ml
X		Tabl:	»	0,0025 g Dilaudid Bayer pr. tabl.	»	330 stk.
X		Guttae:	Dolantin BAYER	5 % Dolantin Bayer	1-metyl-4-fenylpiperidin-4-karbonyl-ester hydrochlorid (Pethidin Pd.D.)	10 ml
X		Suppos:	»	0,1 g Dolantin Bayer supp.		40 stk.
X		Inject:	»	5 % Dolantin Bayer		10 ml
X		Tabl:	»	0,025 g Dolantin Bayer pr. tabl.		120 stk.
X		Inject:	Eufodrin LEO	1,5 % Eufodrin Leo	1-fenyl-2-metylamino-propanhydrochl.	1700 ml
X		Tabl:		0,003 g Eufodrin Leo pr. tabl.		26100 stk.
X		Inject:	Ecodal MERCK	1 og 2 % Eucodal MERCK	Dihydrooxycodinonhydrochlorid (Oksycon Ph.D.)	0 ml
X		Tabl:	» »	0,005 g Eucodal MERCK pr. tabl.		50 stk.
	X	Mixtura:				8700 ml
X		Syrupus:	Heroini comp. Syrupus	0,05 % Diacetylmorphinchl.	Diacetylmorphinhydrochlorid	90300 g
	X	Syrupus:	Fench 1922			44600 g
X		Tabl:	Kemodrin WANDER	0,005 g Kemodrin Wander pr. tabl.	dl-1-fenyl-2-metylamino-propanhydrochl.	7300 stk.
X		Inject:	Mecodrin MCO	5 % Mecodrin Mco	amphetamini sulfas	620 ml
X		Tabl:	»	0,005 g pr. tabl.	»	220200 stk.
		Intet formelpræparat ordineret	Morficon		Laudacon DAK	
	X	Mixtura:	»		» »	300 g
	X	Tabl:	»		» »	1300 stk.
X		Inject:	Morphini citratis fortior solutio DAK	Sv. t. 5 % morphini hydrochl.	Morphinicitras	1700 ml
X		Inject:	Morphini citratis mitior Solutio DAK	Sv. t. 2 % morphini hydrochl.	Morphinicitras	3000 ml
X		Inject:	Morphini hydrochloridum Ph.D.48	Sol. morph. hel. p. inj., Ph.D. 33.5%	Morphini hydrochloridum	33800 ml
X		Suppos:	»	0,02 g morph. hel. pr. suppos		0 stk.
	X	Inject:	»			10700 ml
	X	Pilul:	»			15500 stk.
	X	Pulv:	»			36400 g
	X	Tabl:	»			9900 stk.

Tabel 5 fortsat.

Komposition		Dispenseringsform	Præparatets eller stoffets navn	Styrke af formelpræparatet	Kopieringspligtigt indholdsstof	Udleveret Udlevcret	
F	M						
X		Inject:	Nirvapon MCO	2 % Nirvapon MCO	Samtlige opiumsalkaloider m. ca. 50 % morfin	8100 ml	
X		Comproid:	» »	0,01 g Nirvapon MCO pr. tabl.		»	2040 stk.
X		Syrupus:	» »	0,2 % Nirvapon MCO pr. ml		»	8600 g
	X	Mixt:	» »			»	2100 ml
	X	Pulv:	» »			»	3300 g
	X	Solut:	» »			»	1800 ml
X		Guttae:	Opiopapaverini compos DD 38	1 % tetrapon	Tetrapon	7900 ml	
X		Inject:		1 % tetrapon	»	310 ml	
X		Pilulae:	«	0,01 g tetrapon pr. pille	»	28400 ml	
X		Suppos:	»	0,01 g tetrapon pr. stikpille	»	3030 stk.	
	X	Pilul:	»		»	3000 stk.	
	X	Pulv:	»		»	2200 g	
	X	Suppos:	»		»	85 stk.	
	X	Tabl:	»		»	400 stk.	
	X	Tinet:	»		»	430 g	
X		Suppos:	Opium Ph.D.	0,05 g opium pr. stikpille	Opium	500 stk.	
X		Tinet:		10 % opium, s. t. 1 % morfinbase	»	810 g	
	X	Pilul:			»	3000 stk.	
	X	Pulv:			»	2200 g	
	X	Suppos:			»	85 stk.	
	X	Tabl:			»	400 stk.	
	X	Tinet:			»	430 g	
X		Tabl:	Oxyconihydrochloridum DAK	0,005 g oxyconhydrochl. i)AK pr. tabl.	Dihydrooxycodinonhydrochlorid	18100 stk.	
X		Inject:	»	1 % oxyconhydrochlorid	»	900 ml	
	X	Guttae:	»		»	300 ml	
	X	Mixt:	»		»	241900 nil	
	X	Pilul:	»		»	2600 stk.	
	X	Pulv:	»		»	2800 g	
	X	Tabl:	»		»	700 stk.	
X		Inject:	Pantopon ROCHE	2 % Pantopon Roche	1. Samtlige opiumsalkaloider som hydrochlorider m. ca. 50 % morfin	1910 ml	
X		Tabl:	»	0,01 g Pantopon Roche pr. tabl.		300 stk.	

Tabel 5 fortsat.

Komposition		Dispenseringsform	Præparatets eller stoffets navn	Styrke af formelpræparatet	Kopieringspligtigt indholdsstof	Udleveret
F	M					
	X	Inject:	Pantopon ROCHE		Samtlige opiumsalkaloider som hydrochlorider m. ca. 50 % morfin	900 ml
	X	Mixt:	»		»	2300 ml
	X	Pilul:	»		»	500 stk.
	X	Pulv:	»		»	1300 g
	X	Solut:	»		»	19600 ml
	X	Suppos:	»		»	55 stk.
	X	Syrupus:	»		»	1100 g
	X	Tabl:	»		»	80 stk.
X		Inject:	Pervitin TEMMLER	1,5 % Pervitin-hcl.	1-feynl-2-metylamino- propan	0 ml
X		Tabl:		0,003 g Pervitin-hcl. pr. tabl.		0 ml
X		Guttae:	Pethidini hydrochloridum DAK	5 % Pethidin-hcl. DAK	1-metyl-4-fenylpiperidin-4-karbonsyreætyl- ester hydrochlorid	19600 ml
X		Inject:	»	5 % Pethidin-hcl. DAK	»	38900 ml
X		Tabl:	»	0,025 g Pethidin-hcl. DAK pr. tabl.	»	140300 stk.
	X	Mixt:	»		»	11300 ml
	X	Pulv:	»		»	1000 g
	X	Suppos:	»		»	2400 stk.
	X	Tabl:	»		»	360 stk.
X		Guttae:	Roseae Guttae Ph.D.	2 % morfinhydrochlorid	Morphinhydrochlorid	131090 ml
	X	Guttae:			»	6800 ml
X		Udvortes	Salicylico-cocainum anæsteticum	33 % cocainhcl.	Cocaini hydrochloridum	80 ml
X		Inject:	Scopolamini hydrobrom. c. tetrapono Ph.D.	1 % tetrapon	Tetrapon	6100 ml
X		Inject:	Spasmalgîn ROCHE	1 % Pantopon Roche	Pantopon Roche	55 ml
X		Tabl:		0,01 g Pantopon Roche pr. tabl.		300 stk.

Tabel 5 fortsat.

Komposition		Dispenseringsform	Præparatets eller stoffets navn	Styrke af formelpræparatet	Kopieringspligtigt indholdsstof	Udleveret
F	M					
X		Inject:	Tetraon Ph.D.	Sol. tetrap. p. inj. (2 % tetrap.)	Tetraon	35700 ml
X		Guttae:	» »	Sol. tetrap. (2 % tetrap.)	»	156400 g
	X	Inject:	» »		»	2500 ml
	X	Mixt:	» »		»	47000 ml
	X	Pilul:	» »		»	1600 stk.
	X	Pulv:	» »		»	15000 g
	X	Solut:	» »		»	15500 ml
	X	Suppos:	» »		»	330 stk.
	X	Tabl:	» »		»	10700 stk.
X		Guttae:	ThebaicaTinctura	Sv. t. 1 % raorphinbase	Opium	460 ml
X		Tinctura:	» »	Sv. t. 1 % morphinbase	»	97700 g
	X	Mixtura:	» »		»	47100 ml
	X	Tinet:	» »		»	13800 g
X		Guttae:	Thebaica compositae, Guttae DD 38	Sv. t. 0,33 % morphin	Opium	41800 ml
	X	Mixtura:	»		»	2800 ml
X		Guttae:	Thebaica crocata, Tinctura Ph.D. (1907)	Sv. t. 1 % morphin	Opium	100 g

ensartet landet over. De mere iøjnefaldende afvigelser fra denne regel er følgende:

Af de i Danmark i november 1949 ordinerede:

- 166 800 ml mixtur, indeholdende diacetylmorfin-chl som m-præparat, udleveredes 53 300 ml (33 %) fra apotheker i Skanderborg amt og 83 700 ml (50 %) fra apotheker i Aabenraa-Sønderborg amt.
- 8 700 ml mixtur (som m-præparat), indeholdende Eucodal, udleveredes 6 700 ml fra apotheker i Haderslev amt.
- 3000 stk. piller (m-præparater), indeholdende medicinsk opium, udleveredes 2 500 stk. (83 %) fra apotheker i Holbæk amt.
- 241 900 ml mixtur (som m-præparat), indeholdende oxycon-hcl., udleveredes 150 500 ml (62 %) fra apotheker i Skanderborg, Århus og Randers amter under eet.
- 41 800 ml af f-præparater gutt. thebaicae ep. udleveredes 11000 ml (26%) fra apotheker i Odense amt.

Der synes således — især med hensyn til m-præparater — at gøre sig visse for enkelte egne af landet særegne ordinationsvaner gældende. I visse tilfælde skyldes afvigelserne egenartede ordinationer fra en enkelt eller nogle få læger.

## MATERIALE II.

### Om de ordinerende læger.

Udledt af grundmaterialet (materiale I) undersøges i det følgende de ordinerende lægers individuelle rekvisitioner.

- A. under eet
- B. til eget brug (»mihi« o. l.)
- C. til de såkaldte reiterister (se nedenfor).

### Gennem

- Sundhedsstyrelsens fortegnelse over autoriserede læger m. fl. (1950)
- Lægeforeningens Årbog, afd. II; 1948—49; 1950—51
- fortegnelse fra Lægeforeningen over i Danmark boende læger, der ikke er medlemmer af Den almindelige danske Lægeforening
- De samvirkende Sygekasser i København: Beretning for året 1949
- Medicinalberetning for Kongeriget Danmark, 1949
- Statistisk Årbog, 1950
- Danmarks Statistik: Folkemængde 1945 er indhentet oplysninger bl. a. om lægernes
  - a. kønsfordeling,
  - b. aldersfordeling,
  - c. bopæl,
  - d. praksisforhold for såvidt angår nedsættelsestidspunktet,
  - e. praksisforhold for såvidt angår praksis størrelse (dog kun omfattende en del af materialet),
  - f. specialisering.

De således ora hver enkelt læge fremskaffede oplysninger (altså vedr. hans ordinationer, praksis, uddannelse m. v.) er indarbejdet i et Hollerith-kartotek, hvori hver ordinerende læge har sit specialkort (materiale II).

I opgørelsen indgår selvsagt ikke rekvisitioner udstedt af tandlæger, dyrlæger etc. samt sådanne rekvisitioner, hvis udsteder og modtager man ikke — på grund af vanskeligt læselig skrift m. v. — har kunnet identificere. Det totale antal rekvisitioner, som danner grundlaget for nedenstående opgørelse, er derfor mindre (53,342) end udgangsmaterialet (54,065).

#### De ordinerende læger.

Af landets 4507\*) praktiserende (dvs. udøvende) læger udstedte 3108 (68,96 %) i løbet af november 1949 een eller flere recepter på e. læ.

Forholdsvis er der flere mandlige, ordinerende (69,4 %) end kvindelige, ordinerende (49,5 %) læger. (Tabel 6).

En sammenligning mellem aldersgrupperne viser, at de ordinerende læger er i særlig majoritet blandt de 40—69-årige læger (75,2 % af disse var ordinerende mod kun 48,1 % af lægerne over 70 år).

81,0 % af læger med bopæl i landdistrikter og småbyer (mod fra ca. 55 til ca. 66 % i større byer) ordinerede e. læ.

Ca. halvdelen af kirurgerne, phthisiologerne, neurologerne og psykiatrerne (m. fl. repræsentanter for visse af de »små« specialer) ordinerede e. læ. i november 1949. Sammenlignet hermed var væsentligt flere af de alment praktiserende læger (70,9 %) og navnlig af den (ret lille) gruppe af fysiurger (81,5 %) ordinerende.

#### De ordinerende lægers rekvisitioner af e. læ.

##### A. Under eet.

I november 1949 udstedtes af de ovenomtalte 3108 læger 53342 ordinationer på e. læ., dvs. 17,2 rekvisitioner pr. ordinerende læge, eller, i forhold til det samlede antal såvel ordinerende som ikke ordinerende læger (4507): 11,8 rekvisitioner pr. udøvende læge.

De rekvirerende læger fordeler sig efter antallet af e. læ.-rekvisitioner, som de udstedte i observationsmåneden, således:

Af samtlige rekvirerende læger udstedte:

576 (18,4%) 1 rekvisition.

775 (24,8 %) mellem 2 og 6 rekvisitioner.

810 (26,1 %) mellem 7 og 17 rekvisitioner.

814 (26,2 %) mellem 18 og 49 rekvisitioner.

133 (4,6%) mellem 50 og 254 reiterister.

5 (0,15 %) af de rekvirerende læger har udstedt over 200 rekvisitioner i observationsmåneden, ialt 1087 rekvisitioner (2,4 % af samtlige rekvisitioner); 32 (1,3%) læger har udstedt  $\geq$  100 rekvisitioner (ialt 4332, svarende til 8,1 % af rekvisitionerne).

De 5 læger, der har udstedt over 200 rekvisitioner er:

	Om-trentl. alder	Lægens køn	Virksomheds område	Speciale	Antal rekvisitioner
1	60	M.	Jylland	1- & b.-pr.	201
2	55	M.	Stor-kbhvn.	Neurolog	203
3	60	M.	St. jydsk by	Fysiurg	213
4	55	M.	do.	1- & b.-pr.	216
5	50	M.	do.	do	254

Nr. 4 og 5 bor i samme by og praktiserer indenfor samme område (amt).

Det fremgår således, at antallene af lægernes rekvisitioner gennemgående er moderate, på den anden side har et mindretal af læger haft ekstraordinært høje rekvisitionstal, hvorved de i nogen grad har præget det statistiske billede.

De ordinerende kvindelige læger har væsentligt lavere rekvisitionstal end de mandlige (8,7 med 18,4 månedlig i observationsmåneden), hvilket fremgår af tabel 6. Af samme tabel ses, at der af de 40—69-årige læger udstedes forholdsvis flere rekvisitioner pr. læge i sammenligning med, hvad tilfældet er blandt både yngre og ældre kolleger. (Desuden har gruppen som, anført det relativt største antal rekvirerende medlemmer — se i det foranstående).

Det månedlige gennemsnitsrekvisitionstal varierer også efter de ordinerende lægers bopæl, og, som forventeligt, efter deres virksomhed (speciale). I forbindelse hermed bemærkes særligt, at der i de »kirurgiske« specialer udstedes forholdsvis få rekvisitioner pr. læge pr. måned.

I kvalitativ henseende (opdeling af rekvisitionerne i de tidligere omtalte lægemiddelgrupper) påvises ingen iøjnefaldende uensartetheder mellem mandlige og kvindelige lægers rekvisitioner. Derimod bemærkes, at gruppen af læger under 40 år i forhold til de ældre kolleger har ret få rekvisitioner af amfetamingruppen; læger over 69 år rekvirerer pethidin sjældnere end de yngre kolleger — dette sidste måske et udtryk for en vis terapeutisk konservatisme.

De isolerede lokalafvigelse, der er omtalt foran under den amtsvise opgørelse af materialet, afspejler sig ikke tydeligt i foreliggende summariske optælling (tabel 6); dog vil det ses, at rekvisitioner af amfetamin og butalgin er relativt hyppigere i hovedstadsområdet end i landets øvrige dele. Heroin o. lign. ordineres derimod sjældent i København.

Indenfor speciallægegrupperne bemærkes relativt høje ordinationstal for

— amfetamin fra neurologer, psykiatere, gynækologer og obstetrikere,

— cocain fra otologer samt fra gruppen »andre specialer« (herunder oftalmologer),

— opium fra phthisiologer,

— pethidin fra kirurger, gynækologer og obstetrikere,

samt relativt lave ordinationstal for

— butalgin fra neurologer, psykiatere, gynækologer og obstetrikere,

— morfin fra neurologer, psykiatere,

\*) Ifølge Medicinalberetning for kongeriget Danmark 1949: 4334, beregnet på en måde, der afviger fra den i nærværende arbejde fulgte fremgangsmåde.

Tabel 6.

Læger	Ikke ordinerende læger	Ordinerende læger	Rekvis. under eet; gennemsn. pr. ord. læge	Amfetamin-gruppen	Butalgin-gruppen	Kokain-gruppen	Heroin-gruppen	Morfin A-gruppen	Morfin B-gruppen	Pethidin-gruppen	Rest-gruppen	*)	**)
	%	%		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Mandlige .....	30.6	69.4	18.4	17.9	10.0	2.4	2.3	8.7	32.2	13.1	13.4	6.8	34.9
Kvindelige .....	50.5	49.5	8.7	20.7	9.0	1.7	1.8	7.2	31.0	16.3	12.3	4.4	14.6
≤ 39 år .....	39.9	60.1	13.2	3.2	11.2	3.2	2.6	9.9	37.2	17.5	15.2	6.2	21.6
40—69 år .....	24.8	75.2	21.7	13.2	10.2	2.3	2.3	7.5	29.7	16.4	13.4	7.1	45.5
≥ 70 år .....	51.9	48.1	11.3	17.3	13.3	2.4	0.1	12.6	36.0	6.3	11.9	4.6	20.8
Københavns lokalportoområde ...	36.9	63.1	13.4	21.2	13.3	1.2	0.4	6.8	32.8	12.2	12.1	4.8	25.5
Århus, Odense, Aalborg .....	44.5	55.5	22.2	15.2	9.5	3.1	2.7	7.3	32.8	12.8	16.6	7.1	41.5
Andre byer med ≥ 5000 indbyg.	33.5	66.5	21.8	18.2	8.6	3.2	3.7	8.8	31.3	13.4	12.8	6.6	36.6
Byer med ≤ 5000 indb. samt landdist. ....	19.0	81.0	17.1	15.2	7.8	2.6	2.7	10.8	32.2	14.2	14.5	8.3	33.3
Intern medicin (1) .....	37.5	62.5	10.1	16.9	15.1	1.2	0.9	5.6	28.7	10.2	21.4		18.8
Kirurgi (2) .....	55.6	44.4	6.1	15.4	13.5	1.4	2.9	9.3	29.5	17.2	10.8		6.2
Lugetuberkulose (4) .....	47.8	52.2	14.1	16.0	6.8	1.2	0.6	7.1	40.5	9.8	18.0		(50)
Nervesindslidelser (5—6) .....	62.3	57.7	12.2	38.9	2.9	1.0	2.2	1.8	24.0	7.9	21.3		(12)
Gynækologi og Obstetrik (7—8) .	36.5	63.5	6.1	28.0	4.5	2.5	—	7.6	30.6	17.2	9.6		(0)
Oto-rhino-laryngologi (10) .....	36.2	63.8	4.7	16.9	8.7	31.7	2.2	4.8	18.3	4.2	13.2		(25)
Fysiurgi (13) .....	18.5	81.5	18.9	20.5	12.5	1.0	1.7	11.5	19.3	12.3	21.2		(25)
Andre specialer (3 — 9 — 11 — 12 — 14 — 15 — 16) .....	48.6	51.4	8.5	18.1	18.5	17.6	0.3	5.5	21.1	7.6	11.3		16.2
Almen praksis .....	29.1	70.9	20.0	17.7	9.5	1.9	2.4	8.9	32.9	13.5	13.1		39.4

\*) »Mihi«-rekvirerende læger med gentagne mihi-rekvisitioner af hvilke  $\geq$  halvdelen lød på samme lægemiddel — udtrykt i % af samtlige rekvirerende læger indenfor vedkommende grupper.

\*\*\*) Reiterende læger i % af ikke-reiterende læger indenfor vedkommende grupper.

- opium fra otologer og fysioterger,
- pethidin fra otologer.

### B. »Mihi«- o. lign. rekvisitioner.

2849 (5,3%) af de omtalte 53,342 rekvisitioner var signeret »mihi«, »til brug i praksis«, »til distribution« eller lignende. — De således betegnede rekvisitioner er udstedt af 1083 (34,8 %) af de i november måned ialt 3108 rekvirerende læger, altså 2,6 »mihi«- m. v. rekvisitioner pr. »mihi«-rekvirerende læge.

Efter antallet af deres »mihi«-rekvisitioner fordeles lægerne sig således:

Af samtl. »mihi«-rekvirerende læger udstedte:  
 539 (49,8%) 1 »mihi«-rekvisition.  
 263 (24,4 %) 2 »mihi«-rekvisitioner.  
 103 (9,4%) 3 »mihi«-rekvisitioner.  
 130 (11,9 %) mellem 4 og 9 »mihi«-rekvisitioner.  
 48 (4,5 %) mellem 10 og 36 »mihi«-rekvisitioner.

6 (0,6%) af de »mihi«- m. v. ordinerende læger udstedte over 25 »mihi«-rekvisitioner, ialt 176, dvs. 6,4 % af samtlige »mihi«- o. l. rekvisitioner. Det drejer sig om følgende tilfælde:

	Omtrentl. alder	Lægens køn	Virksomheds område	Speciale, praksis	Antal mihi rekv.	Antal rekv. ialt
6	55	M.	Stor-kbhvn.	Neurologi	26	31
7	40	M.	do.	Alm. b. praksis.*)	27	27
8	35	M.	Øerne	Bl. l. & b.-pr.	28	60
9	45	M.	Nørrejylland	L.-praksis	28	92
10	40	M.	Øerne	Hosp.-virks.*)	31	34
11	45	M.	Stor-kbhvn.	Alm. b.-praksis	36	61

\*) Medlemmer af Foreningen af yngre Læger.

/ kvantitativ henseende har således et ret lille antal læger forholdsmæssigt præget »mihi«- m. v. rekvisitionerne stærkt.

En særlig interesse skønnes de »mihi«- o. l. rekvirerende læger at tiltrække sig, som optræder med gentagne »mihi«-ordinationer af samme e. læ. Blandt »mihi«-rekvirererne har jeg udvalgt sådanne læger, af hvis »mihi«-rekvisitioner — indenfor observationsmåneden —  $\geq$  halvdelen lød på samme e. læ. — Der findes 199 læger, der falder ind under disse kriterier (18,4 % af alle de »mihi«- m. v. ordinerende læger).

På disse lægers »mihi«-rekvisitioner er — for såvidt angår det for vedkommende læger karakteristiske, gentagent ordinerede lægemiddel — foretaget en skønsmæssig vurdering af de respektive lægers »mihi«-ordinationsvaner på grundlag af deres »mihi«-rekvisitioners gennemsnitlige størrelsesorden. Retningslinierne for denne kun ganske grove bedømmelse var følgende:

- »Lille« gennemsnitsrekvisition (hvis tabl.) • — indtil 10 stk.; (hvis inj. væ.) — indtil 10 ml.
- »Middelstor« gennemsnitsrekvisition: (hvis tabl.) — mellem 10 og 25 stk.; (hvis inj. væ.) mellem 10 og 25 ml.
- »Stor« gennemsnitsrekvisition: (hvis tabl.) — over 25 stk.; (hvis inj. væ.) • — over 25 ml.

Bedømt herefter havde af de nævnte 199 læger 53 (26,6%) små, 77 (38,7%) middelstore og 69 (34,7 %) store gennemsnitsrekvisitioner.

I forhold til den samlede i november 1949 e. læ.-ordinerende stab af læger (3108) udgør disse særskilt fremhævede 199 læger en forholdsvis ringe del (6,4 %). Det er interessant, at der ikke er nogen afgørende afvigelser fra dette forholdstal, når det beregnes efter lægernes køn, aldersfordeling og fordeling efter bopæl. En bedømmelse af, hvorvidt denne særlige lægekategori forekommer særligt hyppigt indenfor visse af lægespecialerne lader sig ikke foretage, da materialet er for lille til en sådan beregning.

### C. Reiteristrekvisitioner (Reiteringer).

I foreliggende arbejde forstås ved *reiterist* en person, til hvem *samme* e. læ. i november 1949 er rekvireret 3 gange eller derover. (I begrebet indbefattes ikke »mihi«-rekvirerende læger, selv om disses »mihi«-rekvisitioner opfylder det angivne kriterium).

Materialet omfatter 1419 reiterister (se senere) til hvilke 746 (23,9%) af de ialt 3108 ordinerende læger har udstedt 6724 reiteringer, altså gennemsnitlig 9,1 reiteringer pr. reiterende læge eller 2,2 pr. ordinerende læge.

Efter antallet af deres reiterister fordeles de reiterende læger sig således:

Af samtl. reiterende læger reiterede:  
 447 (59,9%) til 1 reiterist.  
 219 (29,4 %) til 2 og 3 reiterister.  
 62 (8,3 %) til mellem 4 og 6 reiterister.  
 14 (1,9 %) til mellem 7 og 10 reiterister.  
 4 (0,5%) til mellem 11 og 18 reiterister.

4 (0,5 %) af de reiterende læger har — som det ses — i observationsmåneden reiteret til over 10 forskellige personer i deres respektive klienteler. Det drejer sig om følgende læger:

	Omtrentl. alder	Lægens køn	Virksomheds område	Speciale	Antal rekv.	Antal ord. t. reiter.	Antal reiterister
12	55	M.	Kbh. + Frb.	Alm. pr.	181	139	14
13	50	M.	Jydsk købst.	do.	192	115	14
14*)	50	M.	— —	do.	254	78	16
15**)	60	M.	— —	do.	201	118	18

\*) Ident. med fornævnte læge nr. 5.

\*\*\*) Do. — — nr. 1.

Endvidere har en ca. 60-årig specialist i Jylland (identisk med fornævnte læge nr. 3) af sine ialt 213 rekvisitioner udstedt 156 reiteringer i observationsmåneden til de 8 reiterister, han havde i sit klientel på det daværende tidspunkt.

De omtalte 5 reiterende læger har sammenlagt udstedt 606 (8,9 %) af materialets 6724 reiteringer. *Deres ordinationer præger således materialet stærkt, i betragtning af, at lægerne kun udgjorde 0,7 % af samtlige reiterende læger.*

Bedømt ved forholdet (udtrykt i %) mellem de reiterende og ikke reiterende læger ses det, at der

er forholdsvis flere af de mandlige læger (34,9 %) end af de kvindelige læger, der reiterer. Efter aldersfordelingen er det navnlig gruppen af 40 til 69-årige læger, og — efter den geografiske fordeling — navnlig de lægegrupper, der virker i de større provinsbyer, der har relativt mange reiterende patienter. En lignende vurdering af forholdene indenfor specialerne hviler gennemgående på et usikkert talmæssigt grundlag og må derfor tages med forbehold (tabel 6). *Der er dog ingen tvivl om, at den væsentligste reitering finder sted hos de alment praktiserende læger.*

Angående reiteristerne og ordinationerne til dem — se senere.

### Størrelse af sygekassepraksis og ordination af e. læ.

Det er vanskeligt at bedømme den indflydelse, størrelsen af en given lægepraksis har på det antal rekvisitioner, vedkommende læge udsteder i sin praksis. Der foreligger næppe nogen helt fyldestgørende, tilgængelig statistik over det samlede klientel (sygekasse — såvel som privatpatienter) i danske lægepraksis. Kun visse sygekasseklientelers størrelse lader sig udlede af enkelte sygekasseorganisationers årsberetninger.

På grundlag af årsberetning 1949 fra de samvirkende sygekasser i København er oplysninger om 366 lægers sygekasseklienteler fremskaffet. Af disse læger havde 342 rekvireret e. læ. i november 1949.

Efter antallet af tilmeldte medlemmer er lægerne opdelt i 3 klientelgrupper med henholdsvis 1—1000, 1001—2500 og over 2500 medlemmer. De omtalte 342 læger ordinerede 9100 rekvisitioner på e. læ. i november 1949 (26,6 rekv. pr. læge) — heraf 311 »mihi«-rekvisitioner og 1329 reiteringer.

%-fordeling efter medlemsantal af lægerne og af deres rekvisitioner.

	1-1000 medl. (gnsntl. 530)	1001-2500 medl. (gnsntl. 1700)	Over 2500 medl.	
Ord. s.kasselæger, ialt 342	15,5 0/0	71,3 %	13,2 0/0	100 %
Rekvisitioner, „ 9100	8,4 %	86,2 0/0	5,4 %	100 0/0
Reiteringer, „ 1329	7,9 %	87,6 0/0	4,9 %	100 %
» Mini «-rekvisit., „ 311	24,8 %	68,5 0/0	6,7 %	100 0/0
Rekv. pr. ord. s. k. læge Gnsntl. antal rekv. pr. medlem.....	14,5 0,03	33,1 0,02	10,9	

Det ses, at læger med middelstore praksis — den almindelige praksistype — såvel absolut som relativt udsteder de fleste rekvisitioner på e. læ. — Den påfaldende større relative hyppighed af »mihi«-rekvisitioner fra læger i små praksis må formentlig tages som et udtryk for, at mange af disse læger udøver forholdsvis megen såkaldt naturlægevirksomhed, så længe den faste, konsultative dagvirksomhed er mindre\*). At der omvendt i

\*) Svarende hertil udstedes forholdsvis flere rekvisitioner på stærke analgetica (pethidin, morfin-A-gruppe) i de små praksis end i de middelstore.

de middelstore praksis reiteres relativt kraftigt er sandsynligvis også blot et udtryk for det særpreg, de gennemgående lidt ældre klienteler her sætter på lægernes virksomhed.

Det ses, at der pr. medlem af de i tabellen som små betegnede praksis udstedes ca. 0,03 og pr. medlem af de middelstore praksis ca. 0,02 rekvisitioner månedlig. Tallene må dog tages med største forbehold, da en række ganske ukontrollable faktorer, herunder klientelernes formentlig uensartede aldersfordeling, morbiditet og islet af sk. privatpatienter gør en sammenligning vanskelig. — Praksis >2500 medl. er overvejende specialpraksis.

### MATERIALE III

#### Om reiteristerne.

Ved en reiterist forstås her — jfr. foran — en person, til hvem *samme* e. læ. i løbet af november 1949 er rekvireret 3 gange eller derover. Sådanne personer antages at være af særlig interesse for studiet af eufomaniproblemet ud fra den betragtning, at jo flere reiteringer vedkommende har modtaget, desto større har pågældendes behov for det e. læ. været. Kun i meget få tilfælde har eufomane personer indskrænket sig til en enkelt, men til gengæld meget stor rekvisition i løbet af observationsmåneden, blandt andet fordi ekstraordinært store enkeltrekvisitioner sandsynligvis er vanskeligere at opnå hos lægerne og mistænkeliggørende ved indkøbet på apothekerne.

Det af Sundhedsstyrelsen foreskrevne kopieringssystem medfører, at materialet ikke uden videre kan afsløre personer, der svingagtigt optræder under varierende navne og en række falske adresser. Det er dog ved en detaljeret gennemgang af receptkopierne i flere tilfælde lykkedes at opklare forhold af den anførte art, men det skal understreges, at materialet mangler visse kriminelle eufomaner, der netop har benyttet sig af fornævnte fremgangsmåde. Kendskab til disse personer indhøster Sundhedsstyrelsen imidlertid på anden måde.

En reiterist kan — udover det reiterede lægemiddel — naturligvis have rekvireret andre e. læ. (eventuelt også fået reiteret forskellige lægemidler). I materialet er reiteristerne farmakologisk karakteriseret efter det lægemiddel, der har haft kvantitativ overvægt blandt vedkommendes reiteringer.

På grundlag af det tidligere omtalte materiale I er i henhold til de foranstående kriterier de i materialet forekommende reiterister blevet udtrukket. Herefter udsendte Sundhedsstyrelsen til den (de) læge(r), der havde ordineret e. læ. til vedkommende personer en spørgeformular. Foruden at give oplysning om, hvad der ved undersøgelsen var fremkommet om de pågældende patienters rekvisitioner, stillede i den omtalte formular følgende spørgsmål til lægerne:

».....  
Vedrørende denne patient udbeder Sundhedsstyrelsen sig følgende spørgsmål besvaret. Besvarelsen bør



såvidt muligt referere til patientens status i november 1949.

- A. Patientens køn: .. omtr. alder .. erhverv..
- B. Var De patientens sædvanlige læge? JA/NEJ.
- C. Skønnedes patienten at være eufoman? JA/NEJ/ TVIVLSOMT.
- D). Havde eufomanen sin forklaring i:  
somatiske forhold?  
psykiske forhold?  
begge dele?
- E. Havde De foranlediget afvænningsforsøg foretaget før udgangen af november 1949? JA/NEJ.
- F. Afvænningsforsøg gennemført pr. 30/11-49:  
ambulant, /på hospital.
- G. På hvilket hospital?  
Hvornår?«

Der udsendtes ialt 1455 skemaer vedrørende de i forrige kapitel omtalte 1419 reiterister til 746 forskellige læger. Indenfor den til besvarelsen afsatte tidsfrist modtoges 1420 af skemaerne fra 734 af lægerne.

(Af de 12 læger, der ikke svarede på henvendelsen viste 1 læge sig at være bortrejst, 1 læge sig at være syg, 3 læger at have indsendt efter terminen og 7 læger sig ikke at have besvaret forespørgslen. 3 af disse læger havde henholdsvis 4, 4 og 18 reiterister).

Ved den kritiske bearbejdelse af det alt indhøstede materiale kom dette slutteligt til at omfatte 1390 forskellige reiterister (sml. det tidligere omtalte antal — 1419 — hvoraf visse reiterister er udeladt, f. eks. på grund af manglende skema-svar eller som følge af uoplyselige identifikations-spørgsmål, opstået under materialekritikken).

Samtlige oplysninger om de 1390 reiterister er under betegnelsen MATERIALE III indgået i et Hollerith-kartotek, som er blevet underkastet en detaljeret maskinel sortering.

#### A. Reiteristernes kønsfordeling.

Reiteristerne (om hvilke kønnet foreligger oplyst i alle materialets tilfælde), kønsfordeler sig i totalmaterialet således:

Mandlige reiterister. . . . . 34,2 %  
Kvindelige reiterister. . . . . 65,8 %

Af reiterister, der

- a indkøbte de ordinerede e. læ på  $\leq 2$  forskellige apoteker, var 32,2 % mænd  
indkøbte de ordinerede e. læ. på  $\geq 3$  forskellige apoteker, var 50,5 % mænd
- b havde et antal af 3 til  $\leq 9$  reiteringer, var 32,7 % mænd  
havde et antal af  $\geq 10$  reiteringer, var 48,7 % mænd
- c havde fået udleveret recepter på e. læ. hos flere forskellige læger i løbet af observationsmåneden, var 40,4 % mænd
- d havde fået reiteret e. læ. hos flere forskellige læger i løbet af observationsmåneden, var 57,6 % mænd.

Det vil sige:

I totalmaterialet er de *kvindelige* reiterister i bemærkelsesværdig overvægt.

De reiterister, der

- a) spreder deres indkøb af e. læ. på flere forskellige apoteker,
- b) får reiteret særligt hyppigt,
- c) og d) spreder deres lægebesøg hos flere forskellige læger, hos hvilke de får ordineret (eventuelt reiteret) e. læ.

er altså oftere af *mandkøn*, end det var forventeligt efter totalmaterialets fordeling.

(Derimod følger kønsfordelingen af reiteristerne i grupper efter de lægemidler, de har fået reiteret samt efter reiteristernes alder den for totalmaterialet angivne kønsfordeling).

Af reiterister, der i henhold til skemasvarene skønnedes

- at være eufomaner, var 32,0 % mænd
- ikke at være eufomaner, var 37,6 % mænd
- tvivlsomt at være eufomaner, var 29,9 % mænd,

hvilket nogenlunde svarer til den statistisk forventede kønsfordeling (34,2 % mænd).

#### B. Reiteristernes fordeling efter alder.

Reiteristerne (om hvilke aldersoplysning foreligger i 1156 (82,4%) af materialets tilfælde) aldersfordeler sig i totalmaterialet således:

- $\leq 29$  år var 2,2 % af reiteristerne,
- 30—54 år var 54,1 % af reiteristerne og
- $\geq 55$  år var 43,7 % af reiteristerne.

Af reiterister der

- a indkøbte de ordinerede e. læ. på 1 apotek, var 1,7 %  $\wedge 29$  år, 47,8 % 30—54 år og 50,5 %  $\wedge 55$  år, indkøbte de ordinerede e. læ. på flere apoteker, var 3,5 %  $\leq 29$  år, 67,7 % 30—54 år og 28,8 %  $\geq 55$  år,
- b havde fået reiteret lægemidler af amfetamingruppen, var 5,8 %  $\leq 29$  år, 81,5 % 30—54 år og 12,7 %  $\wedge 55$  år,  
havde fået reiteret lægemidler af morfin-B-gruppen, var 1,7 %  $\leq 29$  år, 46,9 % 30—54 år og 51,4 %  $\geq 55$  år.

Det vil sige:

I totalmaterialet er den unge aldersgruppe sparsomt og de ældre aldersgrupper kraftigt repræsenteret blandt reiteristerne.

De reiterister, der

- a spreder deres indkøb af e. læ. på flere forskellige apoteker er oftere personer i aldersgrupperne  $\leq 29$  og 30—54 år,
- b får reiteret e. læ af amfetamingruppen, er oftere personer i aldersgrupperne  $\leq 29$  og 30—54 år;  
morfin-B-gruppen, er oftere personer i aldersgruppen  $\geq 55$  år

end det er forventeligt efter totalmaterialets fordeling.

(Derimod følger reiteristernes aldersfordeling indenfor de efter antallet af reiteringer samt efter antallet af ordinerende læger opstillede reiterist-grupper i det væsentlige den for totalmaterialet angivne aldersfordeling).

I henhold til besvarelsene af skemaernes spørgsmål om, hvorvidt vedkommende reiterist

var eufoman, fremgår materialet, fordelt efter reiteristernes alder, således:

	58-29 årige	30-54 årige	5b årige
Eufomani sikkert til stede			
hos . . . . .	3,1%	61,6%	35,3%
Eufomani ikke tilstede hos	2,3%	46,7%	51,0%
Eufomani tvivlsomt til stede hos . . . . .	0,1%	55,1%	44,8%

Det vil sige:

I aldersgrupperne under 55 år er der flere eufomaner, end hvad der efter totalmaterialets fordeling statistisk er forventeligt.

*C. Reiteristernes fordeling efter antallet af apotheker, på hvilke reiteristerne har indkøbt de til dem ordinerede e. læ.*

Reiteristerne (om hvilke oplysninger med hensyn til det nævnte apotheksforhold foreligger i alle materialets tilfælde) fordeler sig efter det antal apotheker, på hvilke rekvisitionerne er indkøbt, således:

Indkøbet foretaget på:

- 1 apothek: 69,9 % af reiteristerne,
- 2 apotheker: 19,2 % af reiteristerne,
- 3 apotheker: 5,6 % af reiteristerne,
- 4 apotheker: 2,0 % af reiteristerne,
- 5 apotheker: 1,1 % af reiteristerne,
- 6 apotheker: 0,7 % af reiteristerne,
- 7 apotheker: 0,4 % af reiteristerne,
- 8 apotheker: 0,07 % af reiteristerne,
- 9 apotheker: 0,2 % af reiteristerne,
- ≥10 apotheker: 0,6 % af reiteristerne.

Af reiterister, der havde

- a 3—6 reiteringer, havde 5,7 %,
  - ≥7 reiteringer, havde 32,9 %
- indkøbt de ordinerede lægemidler på <sup>^</sup>3 forskellige apotheker.

1) Reiteringer, betegnet som

- »små«, havde 3 %,
- »middelstore« 7 %,
- »store« 13 %

indkøbt de ordinerede lægemidler på <sup>^</sup>3 forskellige apotheker.

c fået udleveret recepter på e. læ. hos

- 2 forskellige læger, havde 23 %,
- ≥3 forskellige læger, havde 70 %

indkøbt de ordinerede lægemidler på <sup>^</sup>3 forskellige apotheker.

Det vil sige:

Den overvejende del af reiteristerne indkøber de ordinerede e. læ. på eet å 2 apotheker.

De reiterister, der

- a har mange reiteringer,
- b har store reiteringer,
- c spreder deres lægebesøg hos flere forskellige læger, hos hvilke de får ordineret e. læ.,

har indkøbt de ordinerede lægemidler på et større antal apotheker, end det var forventeligt efter talmaterialets fordeling.

(Derimod synes der efter den statistiske fordeling ikke at være nogen indbyrdes uensartetheder

i indkøbsvanerne blandt reiterister, der får reiteret e. læ. af amfetamin-, butalgin-, pethidingruppen m. fl.).

Af reiterister, der i henhold til skemasvarene skønnedes

- at være eufomaner, havde . . . . . 17,0 %
- ikke at være eufomaner, havde . . . . . 4,5 %
- tvivlsomt at være eufomaner, havde . . . . . 15,8 %

indkøbt de ordinerede lægemidler på <sup>^</sup>3 forskellige apotheker; således indkøber de eufomane reiterister de ordinerede lægemidler på flere apotheker, end hvad der efter totalmaterialets fordeling er forventeligt.

*D. Reiteristernes fordeling efter det antal reiteringer, de har modtaget.*

- 36,9 % af reiteristerne havde 3 reiteringer,
- 44,2 % af reiteristerne havde 4—6 reiteringer,
- 10,0 % af reiteristerne havde 7—9 reiteringer,
- 3,0 % af reiteristerne havde 10—12 reiteringer,
- 2,5 % af reiteristerne havde 13—15 reiteringer
- og 3,0 % af reiteristerne havde <sup>^</sup>16 reiteringer.

Det vil sige, at en ikke ubetydelig del af reiteristerne har haft helt op til 9 reiteringer i løbet af den ene observationsmåned.

*E. Reiteristernes fordeling efter den skønsmæssigt ansatte størrelsesorden af de til dem ordinerede reiteringer (idet en sådan skønsmæssig bedømmelse er blevet foretaget i 1384 af materialets tilfælde).*

- 4,5 % reiteringer, betegnet som »små«,
- 22,3 % reiteringer, betegnet som »middelstore«,
- 73,0 % reiteringer, betegnet som »store«.

Det vil sige, at den overvejende del af totalmaterialets reiterister havde de som »store« betegnede reiteringer.

*F. Reiteristernes fordeling efter antallet af forskellige læger, hos hvilke reiteristerne har fået udleveret e. læ.*

174 af reiteristerne (12,5 % af totalmaterialet) har benyttet mere end een læge i observationsmåned.

87,5 % af reiteristerne havde søgt	1 læge
9,6 % » » » »	2 læger
1,5 % » » » »	3 »
0,6 % » » » »	4 »
0,09 % » » » »	5 »
0,5 % » » » »	≥ 6 »

Det vil sige, at den overvejende del af materialets reiterister har indskrænket sig til at søge en enkelt læge, hos hvem de har fået ordineret e. læ.

*G. Reiteristernes fordeling efter diagnosen: Eufomani, således som oplyst i spørgeskemaerne.*

Formularspørgsmålet: »Skønnedes patienten at være eufoman? JA/NEJ/TVIVLSOMT« — besvarede i 1311 (94,1 % af materialets tilfælde).

Fordelt efter

- a) de medicingrupper, hvortil vedkommende reiterister hører,  
 b) reiteringernes størrelse,  
 c) hvorvidt flere forskellige læger har ordineret e. læ. til vedkommende reiterister,  
 kan følgende oversigt gives:

	Eufomani til stede:		
	Ja	Nej	Tvivlsom
Totalmateriale . . . . .	35,5 %	40,4 %	23,2 %
Reiterister af			
amfetamingruppen . . . . .	41,6 %	32,8 %	25,4 %
butalgingruppen . . . . .	31,6 %	43,8 %	24,5 %
morfin, A-gruppen . . . . .	47,9 %	37,5 %	15,4 %
morfin, B-gruppen . . . . .	34,5 %	41,1 %	24,4 %
pethidingruppen . . . . .	30,5 %	45,6 %	23,9 %
Reiterister, der havde			
»små« rekvisit . . . . .	25 %	65 %	10 %
»middelst.« rekvisit . . . . .	24,2 %	54,2 %	21,6 %
»store« rekvisit . . . . .	40,0 %	34,7 %	25,2 %
Reiterister, der havde			
søgt flere læger . . . . .	55,7 %	15,6 %	28,7 %

Det vil sige:

Mellem ca. 35 og 60 % af materialets reiterister anses for at være eufomaner. — Det erindres i denne forbindelse, at det som kriterium for en reiterist i foreliggende arbejde er fastsat, at vedkommende person har fået ordineret eet og samme e. læ.  $\geq 3$  gange i løbet af observationsmåneden.

I de som amfetamin- og morfin-A-reiterister karakteriserede persongrupper bemærkes, at eufomane reiterister forekommer oftere, end det efter totalmaterialets fordeling er forventeligt.

Endvidere ses det, at jo større reiteristernes reitering har været, desto oftere har der været tale om eufomaner.

Endelig fremgår det, at eufomane reiterister hyppigere søger flere læger end reiterister, der ikke er eufomane.

