

# FORSORGEN FOR ALKOHOLLIDENDE

BETÆNKNING AFGIVET AF UDVALGET  
ANGÅENDE FORSORGEN FOR DE I FORSORGSLOVENS  
KAPITLER XXIV-XXVII OMHANDLEDE PERSONER



BETÆNKNING NR. 208

1958



# Indholdsfortegnelse

FORORD .....	V	1. Afholdsselskaberne .....	18
A. Anvendelsen af betegnelsen alkohollidende i stedet for alkoholskadede .....	V	2. »Ring i Ring« .....	19
B. Re fusionensreglen .....	V	E. Kriminelle alkoholskadede .....	20
C. Spørgsmålet om tvungensmessig behandling ..	VI	1. Behandling på specialanstalt .....	20
1. Tilslutning til forslag 1. ....	VI	Statens helbredelsesanstalt for drankere ..	20
2. Tilslutning til forslag 2. ....	VI	2. Behandling på andre institutioner under fængselsvæsenet .....	23
3. Tilslutning til forslag 3. ....	VI	a. Under afsoning i fængsel .....	23
D. Bemærkninger fra kommissionen af 1947 angående alkoholspørgsmålet. ....	VI	b. I arbejds hus .....	23
		c. På psykopatforvaringsanstalterne ..	24
		3. Ambulant behandling m. v. af alkoholskadede lovovertrædere .....	24
Kapitel 1.		a. Afholdspålæg .....	24
INDLEDNING. ....	I	b. Afvænningsbehandling .....	24
		c. Justitsministeriets psykiatriske undersøgelses klinik .....	25
Kapitel 2.		Kapitel 4.	
ALKOHOLISMENS UDBREDELSE OG SAMFUNDSMÆSSIGE FØLGER .....	3	BEHANDLINGSRESULTATER .....	27
A. Statistiske oplysninger. ....	3	A. Tidligere resultater. ....	27
1. Tidligere undersøgelser. ....	3	1. Almindelige synspunkter .....	27
2. Det statistiske Departement .....	3	2. Dr. Eilermanns undersøgelse .....	27
3. De nordiske lande. ....	4	3. Fårupgårds patienter. ....	28
4. Forskellige publikationer. ....	4	B. Nyere metoder. ....	28
5. Sundhedsstyrelsens statistik .....	4	1. Set. Hans Hospital .....	28
6. Mulighederne for at beregne antallet af alkoholskadede. ....	5	2. Sociallægen i Århus .....	30
7. Anholdelser for beruselse .....	6	3. Klinikken i Århus .....	31
8. Behandlingsbehov. ....	6	4. Ambulatoriet på Københavns kommunehospital .....	32
B. Alkoholismen som transsårsag. ....	7	5. Stor-Aalborg .....	32
1. Klientellet på arbejdsanstalterne. ....	7	6. Justitsministeriets overlæge i psykiatri ..	3G
2. Forsorgsundersøgelsen. ....	7	7. Psykopatforvaringsanstalterne .....	36
3. Københavns Magistrats undersøgelse ..	8	Kapitel 5.	
4. Det af socialhrgen i Århus undersøgte klientel .....	8	ALKOHOLISME OG ALKOHOLISMEBEHANDLING SOM MEDICINSK PROBLEM ved dr. med. Erik Jacobsen 39	
5. Mødrehjælpsinstitutionens undersøgelse ..	9	A. Alkoholismen. ....	39
6. Børneforsorgens undersøgelse. ....	9	1. Dispositionen .....	39
7. Afholdsbevægelsens undersøgelse. ....	10	2. Alkoholforbruget .....	40
8. En undersøgelse af lovovertrædere. ....	10	3. Symptomer. ....	41
9. Sammenfatning .....	10	4. Alkoholvirkningen på de alkoholskadede .	43
Kapitel 3.		5. Alkoholismens udvikling .....	44
LOVGIVNING OG BEHANDLINGSINSTITUTIONER ....	11	B. Behandlingen. ....	45
A. Forsorgsloven. ....	11	1. Principielle betragtninger. ....	45
1. Lovregler. ....	11	2. Patienternes indstilling .....	46
2. De i henhold til forsorgsloven anerkendte afvænningshjem .....	12	3. Behandlingens forløb. ....	49
a. Kristelig afholdsforening, Det Blaa Kors' hjem .....	12	4. Komplikationerne under behandlingen ...	50
b. Sønderkovhjemmet .....	14	5. Principperne for den tekniske gennemførelse af behandlingen .....	51
c. Fårupgård .....	15	Kapitel 6.	
B. Sygehuse og sindssygehospitalet. ....	15	DEN FRIVILLIGE BEHANDLING .....	53
C. Nogle ambulatorier m.v. oprettet af kommuner eller med væsentlig kommunal støtte 15		A. Indledende bemærkninger. ....	53
1. Københavns kommunehospitals ambulatorium .....	15	B. Ambulatorier. ....	55
2. Klinikken for alkohollidende i Århus ....	17	1. Ambulatoriernes indretning .....	55
3. Antabus-Centralen for Stor-Ålborg ..	18	2. Frivillige medhjælpere .....	59
D. Andre institutioner. ....	18	3. Fordelingen af udgifterne ved ambulatorierne. ....	59

a. Driftsudgifter . . . . .	59
b. Etableringsudgifter . . . . .	60
4. Administration af ambulatorierne . . . . .	61
5. Offentlig godkendelse . . . . .	61
C. Behandlingshjem . . . . .	62
I). <i>Det private initiativ</i> . . . . .	62
1. De private institutioners fremtid . . . . .	62
2. <b>Bestående</b> aivænningshjem . . . . .	63
3. <b>Tilskud</b> fra <b>det</b> offentlige til <b>de</b> private institutioner . . . . .	63
ii. <i>Offentlig hjælp og lignende til alkoholskadede, som underkaster sig behandling</i> . . . . .	63
1. Hjælp til behandling . . . . .	63
a. Ambulant behandling . . . . .	63
b. <b>Indlæggelse m. v.</b> . . . . .	63
2. Hjælp til underhold . . . . .	64
3. Andre spørgsmål <b>om</b> offentlig hjælp m. v. til alkoholskadede . . . . .	65
a. Folke- og invalidepension . . . . .	65
b. Arbejdsløshedsunderstøttelse . . . . .	66
c. <b>Alkoholskadede</b> fængselsfangers medlemskab af sygekasse . . . . .	66
d. Andre bestemmelser . . . . .	66
Kapitel 7.	
DEN TVUNGNE BEHANDLING . . . . .	67
A. <i>Den lægelige problemstilling</i> . . . . .	67
B. <i>Den sociale problemstilling</i> . . . . .	69
C. <i>Tvangsmæssig behandling af alkoholisme i andre nordiske lande</i> . . . . .	70
1. Norge . . . . .	70
2. Sverige . . . . .	71
3. Finland . . . . .	72
I). <i>Gældende danske regler</i> . . . . .	72
1. <b>Grønland</b> . . . . .	73
2. <b>Det</b> øvrige Danmark . . . . .	73
ii. <i>Kritik af forsorslovens nugældende bestemmelser</i> . . . . .	74
F. <i>Forslag vedrørende adgang til tvangsmæssig behandling</i> . . . . .	76
1. Forslag til en bestemmelse, som dækker et videre område end forsorsloven . . . . .	77
2. Forslag om en vis <b>skærpelse</b> i forsorslovens regler . . . . .	79
ad 1-2. Kommentarer til forslagene under 1 og 2 . . . . .	80
3. Indvendinger mod udvidet adgang til <b>tvangsmæssig</b> behandling . . . . .	81
G. <i>Særlige lukkede behandlingsafdelinger</i> . . . . .	83
II. <i>Foreløbig konklusion</i> . . . . .	83
Kapitel 8.	
I.OVFORSLAG . . . . .	84
A. <i>Forslag til lov om statsilskud til behandling af alkoholskadede</i> . . . . .	84
ii. <i>Forslag til lov om ændringer i lov om offentlig forsorg, lov om folkeforsikring og lov om arbejdsanvisning og arbejdsløshedsforsikring</i> . . . . .	85

Kapitel 9.	
MINDRETALSFORSLAG OM EN LOV OM BEHANDLING AF ALKOHOLSKADEDE . . . . .	86

#### Bilag

I. <i>Oversættelse af rapport vedrørende første møde i underkomiteen for alkoholisme under WHO, Verdenssundhedsorganisationens, ekspertkomite vedrørende mentalhygiejne, d. 11.-16. december 1950</i> . . . . .	88
1. Almindelige betragtninger . . . . .	88
2. Definition af problemet . . . . .	88
3. Problemets omfang og art . . . . .	91
4. Behandlingsmuligheder for alkoholskadede . . . . .	93
5. Behandlingsmåder . . . . .	91
6. <b>Undervisning</b> og uddannelse . . . . .	95
7. Videnskabelig oplysning . . . . .	95
8. Frivillige organisationer . . . . .	96
9. Afsluttende bemærkninger . . . . .	96
10. Resumé af henstillingerne . . . . .	96
II. <i>Oversættelse af rapport vedrørende andet møde i underkomiteen for alkoholisme den 15.-20. oktober 1951</i> . . . . .	98
1. Indledning . . . . .	98
2. <b>Behandlingsmuligheder</b> . . . . .	98
a. <b>Poliklinikker</b> . . . . .	98
b. Behandlingsmuligheder på del andet stadium af sygdommen . . . . .	100
c. Behandling på <b>trede</b> og <b>fjerde</b> stadium . . . . .	100
d. Andre revalideringsforanstaltninger . . . . .	101
e. Udvælgelse og uddannelse af klinikpersonale . . . . .	101
f. Problemets rækkevidde . . . . .	101
3. <b>Disulfiram</b> . . . . .	102
4. Andre nye lægemidler . . . . .	104
a. Hormonbehandling . . . . .	104
b. Myanesin . . . . .	104
5. Undersøgelser og statistik vedrørende alkoholisme . . . . .	104
6. Klassificering . . . . .	105
Underbilag A.	
<i>Arbejdsgruppens rapport om statistik og undersøgelser vedrørende alkoholisme og alkoholforbrug</i> . . . . .	106
III. <i>Oversættelse i uddrag af rapport fra et møde i Geneve den 27. september-2. oktober 1951 af en ekspertkomite vedrørende alkohol og alkoholisme</i> . . . . .	111
1. Indledning . . . . .	111
2. Alkoholbegæret . . . . .	111
3. Afvænningsssymptomerne . . . . .	112
4. »Manglende evne til at standse drikkeriet«, »tab af kontrol« . . . . .	113
5. Alkoholistisk amnesi (bevidsthedstab) . . . . .	113
6. Alkoholismens stilling sammenlignet med narkomani . . . . .	114
7. <b>Grænseproblemer</b> . . . . .	114

# Forord.

Den hermed foreliggende betænkning vedrørende forsorgen for alkohollidende er udarbejdet af et underudvalg med bistand af særligt sagskyndige.

Hovedudvalget har drøftet betænkningen og kan tilslutte sig de synspunkter, som betænkningen giver udtryk for. Udvalget skal derfor anbefale, at der fremsættes lovforslag på grundlag af det i betænkningen indeholdte udkast.

Udvalget finder dog anledning til på enkelte punkter at fremsætte bemærkninger:

## A. Anvendelsen af betegnelsen alkohollidende i stedet for alkoholskadede.

Udvalget foreslår, at man i stedet for den af underudvalget gennemførte betegnelse »alkoholskadede« for de omhandlede personer anvender betegnelsen »alkohollidende«, som mere nøjagtigt dækkende den personkreds, der er tale om.

## B. Refusionsreglen.

Til underudvalgets forslag om, at staten efter nærmere af indenrigsministeren fastsatte regler yder tilskud til driften af ambulatorier for alkohollidende med halvdelen af de godkendte udgifter, som iøvrigt bæres af den kommune, som opretter ambulatoriet, idet der dog ved overenskomst mellem interesserede kommuner (herunder amtskommuner) kan træffes aftale om fælles drift eller andre kommuners adgang til at benytte ambulatorierne, knyttes følgende bemærkninger:

De kommunale repræsentanter i udvalget: For Københavns kommune socialdirektør Rud. Conrad, for de samvirkende sognerådsforeninger Rich. Bech, for bymæssige kommuner sognerådsformand J. Jespersen, Farum, for amtsrådsforeningen gårdejer Chr. Thomsen, Brænderup, for købstæderne rådmand Chr. Nielsen og socialdirektør Orla Jensen, Århus, har givet udtryk for, at man bør søge en så bred fordeling som muligt af udgifterne ved behandlingen af

alkohollidende og foreslår derfor, *at udgifterne bæres af statskassen, men at der ydes et tilskud fra kommunerne gennem det mellemkommunale refusionforbund på 25 pct.*

De kommunale repræsentanter henviser herved til, at behandlingen af alkohollidende under opfattelsen af disse som syge bør være en fælles samfundsopgave, og at den i betænkningen foreslåede refusionsregel, hvorefter halvdelen skal bæres af de enkelte kommuner, vil forårsage store praktiske vanskeligheder.

Man mener stadig, at oprettelsen af ambulatorier m. v. først og fremmest bør hvile på lokalt initiativ. Da disse skal godkendes af indenrigsministeren, som også får kontrol med driftsregnskaberne, skulle den ændrede refusionsordning ikke kunne medføre ulemper.

Imod at pålægge den alkohollidendes opholdskommune at betale en del af behandlingen taler efter disse medlemmers opfattelse, at patienterne ofte vil søge til den kommune, hvor klinikken har lokaler, og tage bopæl der. Hertil kommer, at klinikens ydelser over for den enkelte klient vil variere fra en enkelt konsultation til adskillige, til uddeling af medikamenter, til hjemmebesøg og »udrykning«, hvor en klient har påbegyndt en drikketur. Skal man føre bog over disse ydelser, udskrive regninger til opholdskommunen og senere afregne og kvittere, vil man etablere megen unødvendig administration.

Imod en ordning med fordeling af udgiften f. eks. på købstads- og amtskommuner anføres det, at tilgangen til en klinik oftest vil gå på tværs af kommune- og især amtsgrænser. Den nuværende Århus-klinik betjener således klienter såvel fra Århus amt som fra dele af Skanderborg, Viborg og Randers amter.

Den forannævnte ordning, hvorved udgifterne fordeles over hele samfundet, idet kommunernes bidrag tages over den mellemkommunale refusion, forekommer derfor disse medlemmer at være det mest hensigtsmæssige.

Udvalgets øvrige medlemmer kan være enige i, at det ville være en betydelig fordel

at undgå betalingsopgørelser mellem de enkelte kommuner og kan derfor tiltræde, at det kommunale bidrag lægges på den mellemkommunale refusion, men finder det dog rettest at overlade hele dette spørgsmål til den nærmere behandling i regering og folketing.

### C. Spørgsmålet om tvangsmæssig behandling.

ffr. betænkningen side 76-83.

#### 1. Tilslutning til forslag 1. (side 77-79).

Medlemmerne Børge E. Andersen, Carl Clemmesen, Harald Flensmark, Erhard Jørgensen, Chr. Ludvigsen og G. K. Stiirup slutter sig til forslag 1 om indførelse af en almindelig regel om adgang til tvangsmæssig behandling af alkohollidende og henstiller, at forslag til lov om en sådan videregående bestemmelse fremsættes samtidig med forslaget om statsstøtte til behandling af alkohollidende, enten ved en i forslaget indføjede bestemmelse eller ved et selvstændigt lovforslag.

#### 2. Tilslutning til forslag 2. (side 79-80).

Medlemmerne H. Antonsen, Rich. Bech, Rud. Conrad, Orla Jensen, J. Jespersen, W. Johannsen, Tage Kemp, H. Larsen, Chr. Nielsen, O. V. Nielsen, Max Sanddahl, Chr. Thomsen og V. Wedell-Wedellsborg tilslutter sig forslag 2 om en vis skærpelse i forsorglovens regler, idet man dog foreslår, at der i loven bliver optaget en bestemmelse om, at loven efter en 5 års-periode tages op til revision med henblik på en fornyet overvejelse af spørgsmålet om indførelse af vi-

deregående bestemmelser om adgang til at anvende tvang.

#### 3. Tilslutning til forslag 3. (side 81-83).

Medlemmerne P. Holck, Fl. Martensen-Larsen og Axel Roelsen slutter sig til de side 81-83 anførte indvendinger mod udvidet adgang til tvangsmæssig behandling.

### D. Bemærkninger fra Kommissionen af 1947 angående alkoholspørgsmålet.

Den af handelsministeriet nedsatte kommission af 1947 angående alkoholspørgsmålet har den 24. juni 1958 knyttet følgende bemærkninger til betænkning vedrørende forsorg for alkohollidende:

Efter at alkoholkommissionen har haft lejlighed til ved et møde i kommissionens ærdruelighedsudvalg den 11. juni 1958 at gøre sig bekendt med det af udvalget udarbejdede udkast til en betænkning vedrørende regler om forsorg for alkohollidende, skal man udtale, at kommissionen vil tillægge det overordentlig betydning, at der, som foreslået, skabes bedre muligheder for at iværksætte behandling af alkohollidende overensstemmende med lægevidenskabens nyeste synspunkter.

Kommissionen skal derfor give udtryk for det ønskelige i, at det forslag til oprettelse af ambulatorier m. v., hvorom der er opnået enighed i det af udvalget nedsatte underudvalg, snarest gennemføres. Kommissionen har i denne sammenhæng ikke taget stilling til, hvorvidt det vil være anbefalelsesværdigt ved en revision af de gældende regler om forsorg for alkohollidende at udvide adgangen til tvangsmæssigt at anbringe alkohollidende til behandling.

København. Oktober 1958

BØRGE E. ANDERSEN	H. ANTONSEN	RICH. BECH	CARL CLEMMESEN
RUD. CONRAD	HARALD FLENSMARK	P. HOLCK	ORLA JENSEN
J. JESPERSEN	W. JOHANNSEN	ERHARD JØRGENSEN	TAGE KEMP
HANS LARSEN	CHR. LUDVIGSEN	FL. MARTENSEN-LARSEN	CHR. NIELSEN
O. V. NIELSEN	AXEL ROELSEN	MAX SANDDAHL	G. K. STURUP
	CHR. THOMSEN	V. WEDELL-WEDELLSBORG	
		formand	
		H. Koldby Nielsen	Kirsten Rudfeld

## Kapitel 1.

### Indledning.

Udvalget angående forsorgen for de i forsorgslovens kapitler XXIV-XXVII omhandlede personer har i sin første betænkning<sup>1)</sup> påvist, at alkoholismen er af central betydning for anbringelse af personer på arbejdsanstalterne både i de tilfælde, hvor anbringelsen sker i henhold til de særlige regler i forsorgslovens §§ 316-317 vedrørende alkoholskadede, og i de tilfælde, hvor anstaltsklienterne anbringes som erhvervs- og subsistensløse efter forsorgslovens §321. Spørgsmålet om alkoholismens betydning er nærmere belyst i den på udvalgets foranledning udarbejdede social-psykologiske undersøgelse af de på arbejdsanstalterne indlagte personer<sup>2)</sup>. Som det fremgår af denne redegørelse, var mere end  $\frac{2}{3}$  af anstaltsklientellet præget af spiritusmisbrug og for de flestes vedkommende i et så fremskredet stadium, at behandling må anses for at være meget vanskelig. De oplysninger, som er fremkommet ved klientelundersøgelsen, har således bekræftet, at den overvejende del af arbejdsanstaltnes klientel er præget af svært alkoholmisbrug. På grund af misbrugets alvorlige og kroniske karakter må løsningen af dette problem på længere sigt ske ad forebyggende vej ved at tilvejebringe mere almindelig adgang til behandling af alkohollidelser i de tidlige stadier.

Udvalget nedsatte derfor et underudvalg med den opgave at gå nærmere ind på spørgsmålet om alkoholmisbruges betydning i social henseende og at udarbejde forslag til en tidssvarende forsorg for alkoholskadede.

Det således nedsatte underudvalg, som har forberedt nærværende betænkning om

forsorg for alkoholskadede kom til at bestå af følgende medlemmer:

Amtmand, tidligere kontorchef V. F. baron Wedell-Wedellsborg, (formand), overlæge, dr. med. Carl Clemmesen, Bispebjerg hospital, København, som repræsentant for sundhedsstyrelsen, socialdirektør Rud. Conrad, Københavns kommunes socialdirektorat, landsdommer, tidligere kontorchef i justitsministeriet, Chr. Ludvigsen, kontorchef Fl. Martensen-Larsen, indenrigsministeriet, overlæge, dr. med. G. K. Stiirup, psykopatforvaringsanstalten i Herstedvester, sognepræst N. P. M. N. Randkær, som under udvalgets arbejdsperiode er afgået ved døden.

Til deltagelse i underudvalgets arbejde har som sagkyndige på forskellige områder følgende været tilkaldt:

Læge Kaj Aistrup, »Ring i Ring«, sognepræst Børge E. Andersen, Det Blaa Kors, sekretær Adolph Hansen, Danske Afholdsselskabers Landsforbund, afdelingslæge Alois Hansen, psykopatforvaringsanstalten i Horsens, dr. med. Erik Jacobsen, landsdommer, tidligere statsadvokat, Knud Kirchheiner, speciallæge i psykiatri O. Martensen-Larsen, Hørsholm, overlæge, dr. med. J. A. V. Nørvig, tidligere Set. Hans Hospital, Roskilde, overlæge Aksel Olsen, Østifternes Åndssvegeanstalt,

1) Udvalget angående forsorgen for de i forsorgslovens kapitler XXIV-XXVII omhandlede personer: Betænkning I. del København 1952.

2) Klientellet på arbejdsanstalterne, København 1955. Se navnlig side 132-39 og 210.

docent Sven Røgind,  
overlæge ved justitsministeriets psykiatri-  
ske undersøgelsesklinikk, dr. med. Max  
Schmidt, (som på grund af sygdom har  
været forhindret i at deltage i møderne  
fra 1. december 1957).

overlæge, dr. med. Alf Yde, Københavns  
Kommunehospital,  
nu afdøde dr. med. Karl Teilmann.

Som sekretær for underudvalget har funge-  
ret sekretær Per Loft, fuldmægtig H.  
Koldby Nielsen og fuldmægtig Kirsten  
Rudfeld.

Underudvalgets udgangspunkt har måttet  
være at beskæftige sig med alkoholproble-  
met udfra de bestemmelser, efter hvilke for-  
sørgelsesvæsenet kan gribe ind over for al-  
koholskadede, d.v.s. de tilfælde, hvor alko-  
holmisbruget har medført, at der måtte ydes  
offentlig hjælp til den alkoholskadede selv  
eller hans familie.

Under hensyn til, at de tilfælde, hvor al-  
koholismen har skabt et forsørgelsespro-  
blem, kun udgør een side af alkoholismens  
problemer og måske endda ikke den vig-  
tigste, har udvalget imidlertid ment det  
berettiget at anlægge et væsentligt videre  
syn på hele problemkomplekset, og man har  
derfor søgt at samle oplysninger om spiri-  
tusmisbrug og drikfældige personer uden  
hensyn til, om disse har fået offentlig hjælp  
eller ej, og at stille behandlingsforslag på  
en bredere basis, end alene vedrørende for-  
sorgsklientellet.

Arbejdet med disse problemer har fun-  
det sted i en periode, hvor synet på alkohol-  
lidelser og behandlingen af disse er under-  
gået en meget stærk udvikling. Der synes  
nu at være væsentlig bedre muligheder for  
behandling end før krigen, således at en

mere aktiv indsats på bred basis skulle  
være mulig. De lovende resultater har da  
også allerede givet anledning til oprettelse  
af behandlingscentre på kommunalt eller  
privat initiativ.

Underudvalgets arbejde har i nogen  
grad måttet bero, indtil det nyere syn på  
alkohollidelserne havde vundet fodfæste,  
og indtil der forelå et vist erfaringsmateri-  
ale med hensyn til de moderne behand-  
lingsmetoder, således at man kunne stille  
forslag på et nogenlunde sikkert grundlag.

Underudvalget har bestræbt sig på at  
indhente så mange oplysninger som muligt  
om alkoholproblemets udbredelse, om den  
eksisterende lovgivning, de nuværende be-  
handlingsinstitutioner og de opnåede be-  
handlingsresultater inden for de forskel-  
lige institutioner. Man har søgt at basere  
de fremsatte forslag på de nyeste oplys-  
ninger om alkoholismens karakter som et  
medicinsk problem og har iøvrigt supple-  
ret den viden, som foreligger vedrørende  
danske forhold, med de erfaringer, som  
har fået udtryk i forskellige betænkninger  
fra Verdenssundhedsorganisationen (World  
Health Organization).

Det al underudvalget udarbejdede for-  
slag omfatter dels et udkast til forslag til  
lov om statstilskud til behandling af alko-  
holskadede sigtende på oprettelsen af de  
nødvendige behandlingsinstitutioner, dels  
udkast til forskellige ændringer i lov om  
offentlig forsorg sigtende på ydelsen af den  
nødvendige økonomiske hjælp uden fattig-  
hjælps virkning til patienterne og disses  
familier.

Endelig har udvalget indgående drøftet  
spørgsmålet om eventuel tilvejebringelse  
af hjemmel for tvangsmæssig behandling.  
Man henviser herom til betænkningens  
kap. 7.

København. April 1958.

KAJ ALSTRUP	BØRGE E. ANDERSEN	CARL CLEMMESSEN	RUD. CONRAD
ADOLPH HANSEN	ALOIS HANSEN	ERIK JACOBSEN	KNUD KIRCHHEINER
CHR. LUDVIGSEN	FL. MARTENSEN-LARSEN	O. MARTENSEN-LARSEN	
J. A. V. NØRVIG	AKSEL OLSEN	SVEN RØGIND	MAX SCHMIDT
G. K. STURUP	V. WEDELL-WEDELLSBORG	ALF YDE	

formand

H. Koldby Nielsen      Kirsten Rudfeld



## Kapitel 2.

# Alkoholismens udbredelse og samfundsmæssige følger.

### A. Statistiske oplysninger.

#### 1. Tidligere undersøgelser.

Den fremtrædende kendsgerning, for så vidt angår statistik til belysning af alkoholismens udbredelse i Danmark, er den, at der ikke lindes og næppe heller for tiden vil kunne fremskaffes et talmæssigt materiale, der på fyldestgørende måde viser, i hvilket omfang alkoholmisbrug forekommer.

Det spørgsmål, som må stilles af offentligheden og af de myndigheder, som har at gøre med behandling af alkoholisme, er nemlig ikke alene, hvor mange tilfælde der årligt forekommer af delirium tremens eller andre alvorlige forstyrrelser, der er en følge af alkoholisme - hvor betydningsfuldt det end kan være at følge forskydningerne på dette område; men tillige ønsket om at skabe klarhed over, hvor hyppigt der foreligger alkoholmisbrug i et sådant omfang, at der opstår alvorlige legemlige, psykiske eller sociale konsekvenser, og hvor mange mennesker, der, uanset om alkoholforbruget for dem kan påregnes i den nærmeste tid at få sådanne alvorlige konsekvenser eller ej, har en alkohollidelse, som bør underkastes lægebehandling. Rent bortset fra, om der praktisk er mulighed for at registrere de pågældende, kan de heri liggende spørgsmål allerede af den grund ikke besvares, at det er vanskeligt at afgrænse, hvad der forstås ved »et alvorligt socialt problem«, og endnu vanskeligere at afgøre, hvilken betydning et eventuelt stort alkoholforbrug kan have haft for problemets opståen eller udvikling i de tilfælde, hvor et sådant socialt problem kan påvises.

Vanskeligheden ved at afgrænse alkohol-

problemet betyder imidlertid ikke, at det ikke er alvorligt nok. Det var og er stadig et af de spørgsmål, som må beskæftige den sociale lovgivning i videste forstand, og Det statistiske Departement har da også søgt at belyse de skadelige virkninger af alkoholismen. Det er sket på eget initiativ eller under hensyn til opfordringer fra ministeriers eller kommissioners side. Særlig har de skiftende alkoholkommissioner eller ærduelighedskommissioner været virksomme i så henseende, og et betydeligt materiale findes i disses betænkninger.<sup>1)</sup> En særlig dybtgående undersøgelse udførtes i begyndelsen af 1880'erne på den daværende finansministers foranledning. Resultaterne offentliggjordes i september 1882 i en beretning om »Drikfældigheds-Forholdene i Danmark«, som tegner et særdeles mistrøstigt billede af drikkeriets omfang og følger, men som nu kun har historisk interesse.

#### 2. Det statistiske Departement.

Fra indeværende århundrede foreligger der foruden de til alkoholkommissionerne leverede statistiske bidrag den af Det statistiske Departement publicerede »Alkoholstatistik 1931—32«<sup>2)</sup>, der udkom i 1935, og som indeholder oplysninger om antallet af forhandlere af alkoholhold ige drikke og antallet af restauranter med angivelse af størrelsen af disses omsætning af samme drikke og desuden en detaljeret forbrugsstatistik for en længere årrække, samt en oversigt over drukkenskabsansholdelser i perioden 1921—33. Siden har departementet videreført forbrugsopgørelserne, som med-

1) Se bilag til den af ærduelighedskommissionen af 1903 afgivne betænkning (København 1907), andet afsnit af 1911-ærduelighedskommissionens betænkning (København 1927), og den af kommissionen af 1934 angående alkoholspørgsmålet udsendte »materialesamling«. 1. del (København 1937).

2) Statistiske Meddelelser 4, 96, 3.

deles år tor år først i »Statistiske Etterretninger« og derefter i det til den årlige produktionsstatistik føjede afsnit om »statskontrollerede produktioner«. Yderligere fremkommer der i den årligt udsendte kriminalstatistik oplysninger om antallet af anholdelser for drukkenskab i eller uden forbindelse med vold, ligesom der i »Statistisk Årbog« regelmæssigt gives en oversigt over antallet af restaurationsvirksomheder.

### 3. De nordiske Lande.

I Norge, Sverige og Finland har de statistiske centralbureauer i det hele beskæftiget sig mere med alkoholforbrugets samfundsmæssige virkninger, end tilfældet er i Danmark, hvilket formentlig skyldes, at alkoholspørgsmålet her har trængt sig stærkere på. I Norge samles således alt statistisk materiale, der har interesse i denne forbindelse, i et sædvanligvis hvert andet år udsendt hæfte, som betegner sig »Alkoholstatistikk«. I begyndelsen af 1957 forelå der et nyt, omhandlende forholdene i året 1955.

### 4. Forskellige publikationer.

Som stillingen er for Danmarks vedkommende, findes der, foruden hvad der fremgår al Statistisk Departements nævnte publikationer i de årlige medicinalberetninger og i enkelte andre regelmæssigt udsendte meddelelser og beretninger (i. eks. rigspolitechefens) oplysninger, der kan give visse holdepunkter for en bedømmelse af, hvor udbredt alkoholmisbrug er, og hvor stor skade der derved forvoldes. Efter hvad der er udvalget bekendt, vil alkoholkommissionen af 1947 i sin betænkning fjerde bind bringe en udførlig oversigt over, hvad der kan udledes af disse materialer, og man skal tierfor henvisne til denne betænkning. Det må imidlertid ikke ventes, at alkoholkommissionen skal kunne besvare alle de spørgsmål om alkoholmisbrugets udbredelse i Danmark, som er relevante i denne forbindelse.

Som nævnt frembyder allerede selve begrebsbestemmelsen vanskeligheder, og iøvrigt gælder det om al hidtil indsamlet statistik, at formålet ikke i og for sig har været

det at tilvejebringe bidrag til en egentlig alkoholisme-statistik. Oplysningerne fremtræder som led i forsørgelsesvæsenets og politiets statistik, i sygelighedsstatistik, dødelighedsstatistik m. v. og omhandler alene personer, som henleder opmærksomheden på sig ved f. eks. at begære offentlig hjælp, vise sig offentligt i beruset tilstand, begå strafbare handlinger, søge lægebehandling, blive indlagt på sygehus o.s.v. Det er vel ikke udelukket, at man med støtte heri i hvert fald kan danne sig en forestilling om, hvorvidt alkoholmisbrug alt andet lige forekommer i stigende eller aftagende udstrækning lokalt eller i landet som helhed, men det statistiske materiale, som i denne forbindelse kommer i betragtning, har som helhed en så spredt og tilfældig karakter, at det vil være tilrådeligt at udvise stor forsigtighed ved anvendelsen al det.

### 5. Sundhedsstyrelsens statistik.

Af de foreliggende oplysninger må *den af Sundhedsstyrelsen udsendte sygeligheds- og dødelighedsstatistik* formentlig være den betydningsfuldste. Det kan her ses, hvor ofte visse sygelige tilstande, som normalt fremkaldes af alkoholmisbrug, forekommer, og i hvilket omfang de fremtræder som dødsårsag. I den lave spiritusbeskatnings tid afspejlede således de statistiske oplysninger om antallet af *delirium tremens* utvivlsomt svingningerne i drikklædighedens omfang og geografiske fordeling. De nuværende tal for denne sygdom er små. I 1953 forekom således kun 22 anmeldte tilfælde af denne lidelse.

Senere har man særligt interesseret sig for en sygdom som *levercirrhose*, som endnu i 1934-alkoholkommissionens betænkning<sup>3)</sup> betegnes som en af de »typiske sygdomme, fremkaldt af alkoholmisbrug«. I de senere år er man imidlertid gået bort fra at karakterisere sygdommen således, da det har vist sig, at den i større udstrækning end tidligere antaget kan erhverves af andre grunde, hvorved det særlig er faldet i øjnene, at kvindernes del af de herhen hørende dødsfald har været stigende og nu endog er større end mændenes, som det fremgår af efterfølgende oversigt:

3) Bidrag til belysning af alkoholproblemet i Danmark. Materialesamling. Bd. 1. Betænkning afgivet af kommissionen af 1934 angående alkoholspørgsmålet. København 1937.

label 1.

*Dødsfald af cirrhosis hepatis.*

	Mænd	Kvinder	I alt
1951	125	123	248
1952	112	150	262
1953	124	130	254
1954	139	167	306
1955	114	161	275
1956	113	173	286

For at tilvejebringe klarhed over, om levercirrhose-dødsfaldet skyldtes alkoholmisbrug, anmodede Sundhedsstyrelsens statistiske kontor i 1955 og 1956 lægerne om i hvert enkelt tilfælde at angive, i hvilket omfang dødsfaldene af levercirrhose var fremkaldt af alkoholmisbrug. Nogle af de oprindelig som levercirrhose-dødsfald rubricerede tilfælde udgik herved som sådanne, idet lægerne efter at have fået lejlighed til nærmere at gennemgå materialet fandt det rigtigst at henføre visse af dødsfaldene til andre sygdomsgrupper. De herefter korrigerede tal kan da ikke umiddelbart sammenstilles med tallene fra de foregående år. Antallet af alkoholdødsfald sammenlignet med samtlige dødsfald af den omhandlede sygdom udgjorde herefter i gennemsnit for årene 1955-56 42,25 % for mændene og 4,75 % for kvinderne.<sup>4)</sup>

Fra Sundhedsstyrelsen foreligger endvidere oplysninger om antal *dødsfald af kronisk alkoholisme* (14 tilfælde i 1953) og antal *sygehusindlæggelser* for alkohollidelser (896 tilfælde i 1953).

Endelig er der oplysninger fra 1953 og 1954 for *sindssygehospitalerne*, i hvilke år der blev behandlet hhv. 256 og 324 personer for alkoholiske lidelser.

## 6. Mulighederne for at beregne antallet af alkoholskadede.

Ovenstående tal er kun små, og der er almindelig enighed om, at alkoholproblemet i dag er mere omfattende end disse tal tyder på. Udvalget har derfor beskæftiget sig med forskellige forsøg, der har været gjort på at beregne alkoholismens omfang i Danmark.

Man har herunder været opmærksom på de forsøg på at beregne antallet af alkoholskadede i et givet land på grundlag af levercirrhose-dødeligheden, som den amerikanske forsker, dr. E. Jellinek, har gjort (se herom den som bilag II aftrykte rapport fra et underudvalg af den af *World Health Organization* nedsatte ekspertkomité for mentalhygiejne), idet Jellinek er fuldt på det rene med, at kun en del af dødsfaldene af denne sygdom kan betragtes som hidrørende fra alkoholmisbrug. Herefter skulle ca.

50 % af mændenes levercirrhose-dødsfald og 16 % af kvindernes være alkoholbetonede. Indsættes antallet af alkoholtillælde i Danmark i 1955 i den i det nævnte bilag omtalte Jellinek'ske formel, kommer man til det resultat, at der i det år skulle have været ca. 38.000 alkoholskadede her i landet, hvis man da på linie med Jellinek forudsætter, at antallet af alkoholskadede med komplikationer udgør en fjerdedel af totalantallet. Herom *vides der imidlertid intetsomhelst*. Det kan tænkes, at komplikationstillældene repræsenterer såvel væsentlig mere som væsentlig mindre end en fjerdedel af det hele antal af alkoholskadede. Blot en mindre forskydning i den ene eller den anden retning giver imidlertid et stort udslag ved beregningen af totalantallet af alkoholskadede, og de således beregnede tal giver ikke noget brugbart udgangspunkt for danske forhold. Tallet afviger iøvrigt fra det, der kan beregnes ud fra den nævnte ekspertberetning fra WHO, hvor der opereres med 13.500 alkoholskadede med komplikationer, hvilket skulle give ialt 54.000 alkoholskadede, hvad man så end vil forstå ved denne benævnelse.

Sundhedsstyrelsen har da også givet udtryk for den opfattelse, at de tal, hvortil Jellinek i denne betænkning er kommet, for Danmarks vedkommende er for høje. Tilsyneladende ligger de ganske vist ikke langt fra de tal, som man kunne komme til, ud fra hvad dr. med. Kurt Fremming anfører i sin bog »Sygdomsrisikoen for sindslidelser«<sup>5)</sup>. Fremming har således blandt 1730 mænd og 1773 kvinder, født på Bornholm 1883-87, og som ikke var døde før deres fyldte 20. år, fundet frem til, at 1,74 o/o skulle være

4) Sven Røgind: Leversygdomme og delirium tremens i dansk medicinalstatistik. »Nyktærhedsvården« nr. 2, 1958. (Sverige)

5) Kurt H. Fremming: Sygdomsrisikoen for sindslidelser og andre sjæleligt abnorme tilstande i den danske gennemsnitsbefolkning. København 1947.

at anse for **forfaldne** til drukkenskab. Hvis dette **tal** anvendes på *den* voksne befolkning som helhed i 1950, skulle antallet af personer, som misbruger alkohol, måske kunne anslås at andrage 52.000 personer. Da undersøgelsen imidlertid kun omfatter en enkelt aldersgruppe, nemlig de i **perioden** 1883-87 fødte, kan allerede af denne grund denne procent for alkoholskadede ikke anvendes på befolkningen som helhed. Hertil kommer, at det, **Fremming** har søgt at **fremskaffe**, er et udtryk for risikoen for at blive alkoholskadede, hvilket ikke er det samme som at fastslå procenttallet af alkoholskadede i befolkningen.

Fra *Sverige*, hvor man i højere grad har beskæftiget sig med problemerne om opgørelse af alkoholstatistik, kan nævnes, at den i 1944 nedsatte ærdelighedskommission<sup>6)</sup> anslø, at antallet af alkoholskadede og grove misbrugere af alkohol ved årsskiftet 1945/46 udgjorde 49.000 personer. Efter alt at dømme skulle stillingen i Danmark dog være ikke så lidt bedre end i Sverige, 1) l. a. under hensyn til, at brændevin og andre destillerede drikke, som i højere grad virker nedbrydende end misbrug af vin og øl, udgør en større andel af forbruget i Sverige end i Danmark. Det forekommer derfor lidet sandsynligt, at antallet af alkoholskadede i Danmark skulle ligge så højt som 38.000 eller endnu højere (jfr. !oran), hvis Sveriges kan sættes til **50.000**. Det må dog bemærkes, at man formentlig næppe kan tirage bestemte slutninger, hverken i positiv eller negativ retning fra de svenske tal til danske forhold.

Overfor problemet om at tilvejebringe en egentlig statistik - et tal, som kunne angive alkoholproblemet størrelse, har man derfor givet op.

## 7. Anholdelser for beruselse.

**Tilbage** bliver muligheden for at samle andre tal, som ikke svarer direkte på spørgsmålet, men dog kaster lys over problemet. Undersøger man kriminalstatistikken, finder man således for årene 1953 og 1954 henholdsvis 16.343 og 15.173 *anholdelser på grund af beruselse* i eller uden forbindelse med vold. Man må herved tage i be-

ragtning, at i henhold til politivedtægten linder anholdelse **for** beruselse uden **forbindelse** med forbrydelser kun sted, når den berusede er til ulempe for andre på offentlig vej eller gade eller andre steder, hvor der er offentlig adgang.

Disse tal rummer formentlig mange »gængere«, og for disses vedkommende vil der vel i mange tilfælde være tale om alkoholisme; men iøvrigt er langt **fra** alle, der anholdes for beruselse at betragte som alkoholskadede. Tallene viser imidlertid det behov, som eksisterer for en egentlig behandling **af** akut berusede og lidt **om** de muligheder, man ville få for gennem den at komme i kontakt med egentlige alkoholskadede.

## 8. Behandlingsbehov.

Det bedste udtryk for det *behandlingsbehov, som findes vedrørende alkoholisme*, har udvalget fundet måtte være antallet af *frivillige* henvendelser til de eksisterende behandlingsinstitutioner. I disse tilfælde har man i alt fald kunnet konstatere et al de pågældende selv erkendt behandlingsbehov, og tallene må formentlig tages som et minimumsudtryk for det eksisterende behov for behandling af alkoholisme,

I det der iøvrigt henvises til det i det følgende anførte vedrørende de enkelte behandlingsinstitutioner, kan følgende **oplysninger** gives om *nytilgangen* af patienter i 1955 eller 1956:

Indlæggelser på Taastrup og Ørsholt 1955. . . . .	115
Ring i Rings rådgivningskontorer i København 1956. . . . .	1041
Københavns Kommunehospitals ambulatorium 1955. . . . .	482
Klinikken for alkohollidende i Århus 1955. . . . .	107
Antabuscentralen for Stor-Aalborg 1956. . . . .	117
Afholdsbevægelsens rådgivningskontorer 1955/56 ( <i>behandlede patienter</i> ) 673 <sup>7)</sup>	

I tallene forekommer formentlig adskillige patienter, som er registrerede på mere end een klinik; men det er dog næppe

(j) 1944 Års Nykterhetskommitté I. Statistiske Undersökningar kring Alkoholfrågan. S.O.U. 1951 : 43, s. 32.

7) Heri ikke medregnet klinikken i Århus, for hvilken der foreligger særlige oplysninger.

overdrevet på grundlag af ovenstående tal at fastslå, at der årligt er en tilgang til klinikker m. v. på ca. 2.000 alkoholskadede patienter, som på helt frivilligt grundlag søger helbredelse for deres lidelse.

Det samlede antal patienter, der frivilligt er under behandling disse steder i løbet af et år (nytilkomne + ældre patienter) må anslås til 3-4.000. Dertil kommer de patienter, som behandles af praktiserende læger, på sindssygehospitaler m. v.

Til yderligere belysning af, hvor mange der søger behandling for deres alkohol-lidelse, kan det oplyses, at der i 1955, hvis man går ud fra en almindelig klinisk dosis antabus, på grundlag af det samlede salg af antabus til enhver tid skal være mellem 2.500-3.000 patienter i behandling med antabus.

Af hver 3 patienter modtager den ene antabus fra en institution, klinik el. lign.

I betragtning af, at for sorgen for alkoholskadede endnu er ret ny og ikke helt udbygget, må disse tal anses for minimumstal for det eksisterende årlige behandlingsbehov.

## B. Alkoholismen som trangsårsag.

Socialkontorerne og andre myndigheder, der beskæftiger sig med forsørgelsesproblemer og andre sociale spørgsmål, vil ofte have et umiddelbart indtryk af alkoholismen som årsag til økonomiske og andre vanskeligheder.

Nogen egentlig undersøgelse, som *direkte* tager sigte på at belyse alkoholismens rolle som årsag til, at der må udbetales forsørgshjælp, er ikke foretaget her i landet. I forskellige undersøgelser, der på bredere basis har søgt at belyse problemer vedrørende forsørgsklientellet m. v., har man derimod fundet resultater, der er af betydning i forbindelse med alkoholproblemet.

### 1. Klientellet på arbejdsanstalterne.

Af den på udvalgets foranledning foretagne undersøgelse af *klientellet på arbejdsanstalterne* fremgår det, at alkoholisme spiller en væsentlig rolle for dette klientel<sup>8)</sup>. Af de 446 mænd, som indgik i undersøgelsen,

var således 303, eller 68 %, drikfældige. Af de nærmere undersøgte 212 mænd var 155, eller 73 0/0, drikfældige (deraf 101 kroniske alkoholskadede). Af de 40 kvinder var 12 drikfældige (deraf 8 kroniske alkoholskadede). Der var 75 mænd (eller 48 % af de 155 drikfældige), som drak kogesprit.

Af de drikfældige mænd havde 51 tidligere været indlagt på afvænningshjem, frivilligt eller ved dom.

Blandt alkoholmisbrugerne, særligt de kroniske alkoholskadede, fandtes væsentlig flere vagabonder end blandt de på arbejdsanstalterne anbragte ikke-alkoholskadede<sup>9)</sup>, ligesom der fandtes væsentlig flere personer med småkriminalitet. For så vidt angår egentlig kriminalitet, var der derimod ringe forskel mellem de to grupper.

## 2. Forsørgsundersøgelsen.

Den meget omfattende - endnu ikke færdigbearbejdede - undersøgelse, som *det socialpolitiske udvalg* for arbejds- og socialministerierne har foretaget af det langvarigt understøttede forsørgsklientel, omfatter godt 1.000 personer, som i finansåret 1944/45 havde fået kommunehjælp eller fattighjælp i mindst 8 måneder. Materialet er indhentet fra hovedstaden, købstæder og landkommuner. Formålet med undersøgelsen har været at skaffe klarhed over de individuelle årsager til forsørgstrangen og på dette grundlag finde frem til midler til at bekæmpe fattigdom. Ved undersøgelsen har man som venteligt konstateret en vis hyppighed af forskellige grader af drikfældighed.

Af 603 undersøgte kvinder var der dog kun 12, om hvem der er gjort bemærkninger vedrørende spiritusmisbrug, og man har derfor her kun fundet foranledning til at redegøre nærmere for oplysningerne om alkoholismens forekomst blandt 432 undersøgte mænd.

Det har ved undersøgelsen vist sig, at der blandt de 376 psykiatrisk vurderede mænd blev fundet 32 kroniske alkoholskadede (8,5 0/0) og 23 (6,1 0/0) med svært alkoholmisbrug, d.v.s. at ialt ca. 15 % af de undersøgte havde alvorlige alkoholskader. Af de 432 mænd var der 12 %, der tidligere -

S) Klientellet på arbejdsanstalterne. Side 132-39, 177-18.) og 210. København 1955.

<) op. cit. note S pag. 182 og 183.

d.v.s. væsentlig før undersøgelsestidspunktet - havde været stærkt drikfældige, hvoraf ca. 73 fremdeles var det i 1944/45. Med hensyn til forekomsten af alkoholisme hos kriminelle og ustraffede blandt de undersøgte viste det sig, at der fandtes en langt større alkoholisme mellem de straffede, hvoraf 29 % var alkoholskadede, medens kun 10 % af de ustraffede kommunehjælpsklienter var alkoholskadede. Alkoholisme blev betegnet som psykisk hovedårsag til trangen i 4% af tilfældene og kombineret med karakterdefekt i yderligere 2 %. Blandt de tidligere alvorlige og endnu i 1944/45 let spiritusforfaldne har man i godt 1/3 af tilfældene fundet alkoholisme som hovedårsag til forsorgstrangen, og af de tidligere spiritusmisbrugere og stadig alvorligt drikfældige er over halvdelen registreret med alkoholisme som hovedtrangsårsag.

Det har ved psykiatrisk vurdering vist sig, at 34 (ca. 9 %) af det psykiatrisk undersøgte mandlige klientel blev klassificeret som lidende af følgesygdomme efter alkoholisme, hvilket svarer til 7 % af samtlige 432 mænd.

Til belysning af spørgsmålet, om drikfældighed har haft indflydelse på ægteskaberne i forsorgsklientellet, er der vedrørende de undersøgte kvinder foretaget en opgørelse angående defekter hos ægtefællen, herunder alkoholisme og kriminalitet, mentaldefekter og sygdomme. Det viste sig herved, at knap en trediedel af ægtefællerne til 473 gifte eller tidligere gifte forsorgsunderstøttede kvinder har haft defekter af den ene eller anden art, og at alkoholismen blandt disse defekter var hyppigst forekommende, idet den forekom hos 14 % af ægtemændene og yderligere hos 5 % kombineret med kriminalitet.

### 3. Københavns Magistrats undersøgelse.

*Københavns Magistrat* har gennem et af kommunens otte socialkontorer ladet foretage en undersøgelse for at finde frem til, i hvor mange tilfælde alkoholisme har været årsag til, at der er rettet henvendelse til socialkontoret om hjælp.

Undersøgelsen er foretaget for tidsrummet 1. april 1950-31. marts 1951, idet der dog er medtaget tilfælde, hvor separerede og fraskilte hustruer i tiden fra 1. april 1948

til 31. marts 1950 har fået hjælp, og hvor drikfældigheden hos manden er skønnet at have været medvirkende årsag til separationen eller skilsmissem og til begæringen om hjælp. Der er ved undersøgelsen medtaget tilfælde, hvor hjælpen har været ydet såvel af længere som af kortere varighed, dog således at tilfælde, hvor der har været enkeltstående hjælp, kun er medtaget, såfremt der flere gange har været rettet henvendelse til socialkontoret.

Ved denne undersøgelse har man fundet frem til 109 tilfælde, eller ca. 5 % af de henvendelser, der har været i nævnte periode, hvor trangsårsagen har været alkoholisme, nemlig 46 familieforsørgere og 63 enlige personer. Aldersfordelingen var således: 15 personer var i alderen 20-30 år, 31 personer i alderen 30-40 år, 33 personer i alderen 40-50 år, 20 personer i alderen 50-60 år og 10 personer over 60 år. En opgørelse over, hvad socialkontoret gennemsnitlig har ydet de pågældende, viser, at gennemsnitsudgiften ligger på omkring 1.500 kr. årligt.

Hvis man går ud fra, at forholdene stiller sig tilsvarende i de øvrige socialkontorers område - hvilket der iflg. Magistratens oplysninger er grund til at tro, idet det pågældende socialkontor omfatter et typisk udsnit af Københavns kommune - vil der herefter i 1950/51 i Københavns kommune have været 6-700 tilfælde med alkoholisme som trangsårsag, til hvis forsørgelse kommunen har ydet ca. 1¼ mill. kr. Tallet må dog tages med et vist forbehold, idet der ikke foreligger nøjagtigt befolkningstal for socialkontorets område, og da udbredelsen af alkoholisme kan være forskellig i de forskellige bydele, hvorved Magistraten navnlig har fremhævet, at forskellen i den indre by og yderdistrikterne kan være ret stor.

Det er fra Magistratens side oplyst, at forholdene ikke senere har ændret sig på afgørende måde.

### 4. Det af sociallægen i Århus undersøgte klientel.

Magistratens undersøgelse harmonerer iøvrigt ret godt med en undersøgelse, *sociallægen i Århus* foretog i finansåret 1949/50 af klientellet på Århus socialkontor. Det viste sig da, at der af de ca. 350 mænd, der på dette tidspunkt modtog kommunehjælp,

var i hvert fald 36 drikfældige, d.v.s. ca. 10 % af de understøttede, og muligvis ville en niere indgående undersøgelse af klienttallet have bragt højere tal frem.

##### 5. Mødrehjælpsinstitutionens undersøgelse.

*Mødrehjælpsinstitutionen for København m.v.* har undersøgt forekomsten af drikfældighed blandt ægtefæller eller barnefædre til 243 kvinder, der har henvendt sig med ønske om abortus provocatus til mødrehjælpen i København.

Da undersøgelsen er baseret på kvindernes oplysninger om deres mænds drikkevaner, har det ikke været muligt at opnå tilstrækkeligt præcise oplysninger om det »normale« forbrug af spiritus; ligeledes har den situation, hvori kvinderne befandt sig ved undersøgelsen, hindret en detaljeret undersøgelse. Yderligere kan det tænkes, at nogle kvinder for at påvirke mødrehjælpsens afgørelse om abortspørgsmålet har været tilbøjelige til at fremstille situationen mørkere, end den virkelig var. Andre undersøgelser har dog vist, at en del af mødrehjælps klienter undser sig for at fremstille ægtefællen som drikfældig, og det er muligt, at disse til forhold i hvert fald til dels opvejer hinanden.

Undersøgelsen viste, at 47 eller 19 % af de 243 kvinder angav, at ægtefællen eller faderen til det ventede barn var drikfældig. Selv om tallene ikke er tilstrækkeligt store til at drage sikre slutninger, har mødrehjælpen dog til belysning af forholdene foretaget nogle beregninger.

I 41 tilfælde har man fået oplysning om drikfældighedens *varighed*. 20 har drukket i 0-4 år, 14 har drukket i 5-15 år. Om 7 er kun oplyst, at de har drukket »siden ungdommen« eller »i flere år«; 25 af de 41 har drukket i hvert fald siden 20 års alderen. I 13 tilfælde har man oplysning om *drikketurenes hyppighed og længde*. Kun i 12 tilfælde karakteriseres drikkeriet som periodisk og uregelmæssigt - i de resterende 31 tilfælde er det regelmæssigt hver uge, deraf i 12 tilfælde dagligt eller næsten dagligt, i 6 tilfælde 2-3 dage hver uge og i 11 tilfælde kun på lønningdagen.

I 41 tilfælde har man kunnet få visse oplysninger om *drikkeriets økonomiske omfang*. Af disse opgav 38, at en følelig del af

ugelønnen blev brugt til spiritus, i mindst 10 tilfælde over halvdelen af ugelønnen, i 5 tilfælde hele ugelønnen. Kun i 3 tilfælde gik drikkeriet ikke eller kun i ringe grad ud over ugelønnen. I 14 tilfælde lykkedes det at få omkostningerne nærmere præciseret. I 4 tilfælde var det månedlige forbrug under 200 kr., i 8 tilfælde mellem 2-400 kr., og i 2 tilfælde mellem 4-800 kr.

Mødrehjælpen har endelig undersøgt, i hvilket omfang der er fundet indikation for abortus provocatus og/eller sterilisation. Det fremgår af denne undersøgelse, at medens der gennemsnitligt kun i 51 % af tilfældene var indikation for abort og/eller sterilisation ved kvinder, der var gravide med ikke drikfældige mænd, var der tilsvarende indikation for 74 % af de kvinder, der var gravide med drikfældige mænd. Regner man med, at mødrehjælpen i København årligt besøges af 4.000 kvinder, der ønsker abortus provocatus, kan man på grundlag af disse tal regne med, at drikfældighed blandt ægtefæller og barnefædre betinger, at der i ca. 200 tilfælde årligt findes indikation for abortus provocatus, hvor sådan indikation muligvis ellers ikke ville være blevet fundet. For hele landet vil tallet efter mødrehjælps opfattelse være dobbelt så stort og medregnes de illegale aborter, mener mødrehjælpen, at man måske kan skønne, at ca. 1.005 aborter årligt står i forbindelse med drikfældighed hos mænd.

##### 6. Børneforsorgens undersøgelse.

Om alkoholismens betydning for børns inddragelse under *børneforsorg* foreligger der kun ældre oplysninger. Af en af *landsnævnet for børneforsorg* på foranledning af arbejds- og socialministeriet foretaget undersøgelse af miljøforhold og fjernelsesgrunde for 900 børn, som i året 1938 blev fjernet fra deres hjem i henhold til forsorgslovens paragraf 130, stk. 1, fremgår, at alkoholisme hos barnets fader havde været årsagen til barnets fjernelse i 6,9 % af tilfældene, og alkoholisme hos moderen i 2,3 % af tilfældene. Tallene er dog formentlig behæftet med en vis usikkerhed. *Helge Kjems* fandt således i sin tid på *Ungdoms kommissionens* foranledning foretagne undersøgelser af sager vedrørende fjernelse fra hjemmet i henhold til forsorgs-

lovens paragraf 130, stk. 1, nr. 1, alkoholisme alene eller i kombination med andre defekter hos 19 0/0 af de fjernede børns fædre.<sup>11)</sup>)

### 7. Afholdsbevægelens undersøgelse.

Om alkoholismens økonomiske betydning for den alkoholskadede selv og for hans familie kan nogle af *afholdsbevægelsens rådgivningskontor i København* opgjorte tal tjene til belysning. I perioden november 1950 til april 1952 havde  $\frac{2}{3}$  af ialt 464 undersøgte patienter en udgift til spiritus i det sidste år på over 2.000 kr., og godt  $\frac{1}{4}$  havde haft et forbrug på over 4.000 kr. Af de i 1955 behandlede patienter havde halvdelen et årsforbrug på ca. 4.000 kr., og  $\frac{1}{5}$  på 6.000 kr. og derover.

### 8. En undersøgelse af lovovertrædere.

En gruppe undersøgere ledet af *Erik Christensen, Erik Jacobsen, Alvar Nelson* og *Max Schmidt* har for Landsforeningen Den Personlige Friheds Værn foretaget en undersøgelse af sammenhængen mellem lovovertrædelser og alkoholvaner.

Af *den første rapport*<sup>11)</sup> vedrørende undersøgelsen fremgår, at man fandt de i tabel 2 anførte oplysninger om alkoholforbrug hos 1105 lovovertrædere dømt i 1. instans i statsadvokatsager.

Inddelingen er delvis baseret på de pågældendes egne oplysninger, men dog på forskellig måde efterprøvet.

Grupperne med dagligt stort forbrug og regelmæssigt stort forbrug kan formentlig betegnes som spiritusmisbrugere, der altså har udgjort ca. 26 % af materialet. Det kan yderligere bemærkes, at af forbryderbegynderne udgjorde spiritusmisbrugerne 15 0/0, af recidivisterne 35 0/0.

Tabel 2.

*Lovovertrædere fordelt paa alkoholgrupper.*  
(jfr. undersøgelsens tabel 15)

Klasse	Antal	%
Afholdende . . . . .	52	5
Mådeholdende . . . . .	411	37
Lejlighedsvist stort forbrug . .	204	18
Regelmæssigt stort forbrug . .	186	17
Dagligt stort forbrug . . . . .	103	9
Tidligere større forbrug . . . .	90	8
Ukendt forbrug . . . . .	59	6
Ialt . . . . .	1105	100

### 9. Sammenfatning.

Sammenfatter man oplysningerne fra disse forskellige undersøgelser om *alkoholismefrekvensen* - uden hensyn til forskelligheder i materialer, indsamlingsmetoder og lignende, vil det ses, at alkoholisme forekom i følgende omfang:

Af anstaltundersøgelsens klientel hos . . . . .	68 0/0
Af forsorgsundersøgelsens klientel hos . . . . .	15 0/0
Af henvendelserne til Københavns socialkontor i løbet af et år, hos . . . . .	5 %
Af de understøttede ved Århus socialkontor hos . . . . .	10 %
Af abortklientellets ægtefæller hos . . . . .	19 0/0
Blandt forældrene til børneforsorgsklientellet ifølge Landsnævnets tal (Børn fjernet efter § 130, stk. 1, nr. 1-4) hos . . . . .	9 0/0
Helge Kjems' undersøgelse (Børn fjernet efter § 130, stk. 1, nr. 1) hos . . . . .	19 0/0
Blandt et klientel af lovovertrædere, Begyndere hos . . . . .	15 0/0
Recidivister hos . . . . .	35 %

10) Den tilpasningsvanskelige ungdom. Betænkning afgivet af ungdomskommissionen. Side 226. København 1953.

11) Alkoholvaner og Kriminalitet. En empirisk undersøgelse af sammenhængen mellem lovovertrædelser og spiritusmisbrug af *Erik Christensen, Erik Jacobsen, Alvar Nelson* og *Max Schmidt*, første hæfte. Bilag til Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab, København 1957.



## Lovgivning og behandlingsinstitutioner.

### A. Forsorgeloven.

#### 1. Lovregler.

I lov om offentlig forsorg § 42 bestemmes det, at socialministeren kan meddele godkendelse af det antal afvænningshjem for alkoholskadede, som skønnes nødvendigt for at skaffe plads til dem, der af eller ved det offentlige ønskes indlagt i henhold til loven, og at det på de årlige finanslove afgøres, om og i hvilken udstrækning der kan ydes statsstøtte til de statsanerkendte hjem, som særlig optager ubemidlede patienter, jfr. herom nærmere nedenfor. Ifølge § 43, stk. 2, skal der på sådanne hjem findes reglementariske bestemmelser, der skal være godkendt af socialministeren.

Forsorgslovens bestemmelser forudsætter, at pågældende eller hans familie er i trang på grund af drikfældighed. Ifølge bestemmelserne i forsorgslovens §§ 315-17 træffes beslutning om anbringelse på afvænningshjem af det sociale udvalg. Anbringelse kan ske såvel frivilligt som ved tvang.

*Frivillig anbringelse* kan finde sted, når pågældende præsterer en behørig lægeattest for, at han trænger til ophold på et afvænningshjem, og skriftligt forpligter sig til at blive på hjemmet i 1 år, idet det sociale udvalg i hans opholdskommune i så fald er berettiget til i trangstilfælde at yde den fornødne kaution, jfr. forsorgslovens § 315.

Betingelserne for *tvangsanbringelse*, der anvendes i forsorgslovens § 316, er, at den pågældende er forfalden til drik, og der fra hans familie eller andre pårørendes side, fra politi eller anden offentlig myndighed rettes henvendelse til det sociale udvalg om at undergive ham en kur for alkoholisme. Viser det sig så efter en af udvalget foretagen undersøgelse, at han ligger familie

eller pårørende til byrde og iøvrigt ikke vil kunne klare sig uden hjælp (d. v. s. hjælp fra det offentlige), samt hvis det efter indhentet lægeskøn anbefales at forsøge en afvænningskur, kan udvalget eventuelt efter en tvangsindlæggelse til observation træffe beslutning om at underkaste ham en kur på et afvænningshjem. Denne kur må dog ikke udstrækkes ud over IV2 år. En tilsvarende regel gælder, dersom der må ydes en enlig person eller en familie offentlig hjælp, og trangen viser sig i det væsentlige at være begrundet i pågældendes drikfældighed, jfr. forsorgslovens § 317.

Udvalgets beslutning om indlæggelse kan indbringes for domstolene. En beslutning om nægtelse af indlæggelse kan indankes for amtmanden eller, for så vidt angår København og Frederiksberg, for socialministeren.

Er der ikke straks plads på afvænningshjemmet, eller hvis anbringelsen af andre grunde trækker ud, kan det sociale udvalg *midlertidigt* anbringe den pågældende i en *arbejdsanstalt*. De bestående afvænningshjem er imidlertid principielt åbne. Dette fører til, at man ikke har kunnet bruge §§ 316-17 efter disse bestemmelsers forudsætning, og i praksis er det derfor arbejdsanstalterne, der anvendes til anbringelse af alkoholskadede, som lever et asocialt liv.

Forlader en tvangsindlagt person i utide afvænningshjemmet, eller rettes der inden 1 år efter hans udskrivning påny med rette henvendelse til udvalget om genindlæggelse på anstalt, kan det sociale udvalg bestemme, at den pågældende anses med tvangsarbejde fra 3 måneder til 2 år.

Den hjælp, der ydes alkoholskadede i form af indlæggelse på et afvænningshjem, betragtes, for så vidt og i den udstrækning

den ikke kan afholdes af patienten selv eller bæres af andre, som *fattighjælp*; er der tale om frivillige indlæggelser har denne fattighjælp dog kun den virkning, at den pågældende mister valgret og valgbarhed til offentlige forsamlinger og råd, til han efter endt kur forlader hjemmet, men hjælpen har ikke fattighjælpens øvrige virkninger, herunder tilbagebetalingspligt. Afbrydes kuren i utide, opnår han først valgret og valgbarhed efter 2 års forløb fra indlæggelsen at regne. Ved tvangsanbringelse vil den modtagne fattighjælp først kunne eftergives 1 år efter udskrivningen fra anstalten eller hjemmet, og hvis han forlader hjemmet i utide, 1 år efter at kuren ifølge den truffe bestemmelse skulle være tilendebragt.

Reglerne om tvangsanbringelse i forsorgslovens §§ 316-17 bruges meget lidt, jfr. kapitel 7 side 74-76.

Forsorgslovens regler taler kun om *indlæggelse*, og der har således ikke hidtil kunnet gives godkendelse i henhold til denne lov af egentlig ambulant behandling. Vedrørende det grundlag, på hvilket de mange steder oprettede ambulatorier har arbejdet, henvises til afsnit C side 15 ff.

## 2. De i henhold til forsorgsloven anerkendte afvænningshjem.

a. *Kristelig Afholdsforening Det Blaa Kors* har siden 1906 øvet et arbejde blandt alkoholskadede på forskellige kurhjem. For tiden driver foreningen 2 institutioner, nemlig Taastrup kurhjem og »Ørsholt« ved Helsingør. Om disse virksomheder oplyser Det Blaa Kors følgende:

*Taastrup kurhjem* er indrettet i den ejendom i Taastrup, som tidligere i en årrække rummede landets eneste afvænningshjem for kvindelige alkoholskadede (*Sikern*).

I sin nuværende skikkelse åbnedes hjemmet januar 1953.

Kun få patienter optages direkte på Taastrup kurhjem. De fleste af de patienter, som henvender sig på *Det Blaa Kors* modtages primært på *Ørsholt*, hvorfra de senere overflyttes til Taastrup kurhjem, såfremt deres tilstand gør det rimeligt.

Taastrup kurhjem har plads til 21 patienter og ledes af en forsorgsuddannet diaikon. Til hjemmet er knyttet 2 psykiatere,

som begge aflægger ugentlige besøg, hvorunder man søger at få rede på patienternes psyke og karakter og derefter gennem gruppeterapi og individuel psykoterapi søger at løse de problemer, som må antages at have givet anledning til spiritusmisbruget. En af byens læger er knyttet til hjemmet for behandling af somatiske sygdomme, og desuden benyttes i ret stor udstrækning de københavnske specialpoliklinikker og medicinske laboratorier til specialundersøgelser. Til hjemmet er knyttet en socialhjelper, som bistår patienterne ved fremskaffelse af arbejde, ordning af deres økonomiske og sociale problemer m. v.

Da hjemmet er ganske åbent, så patienterne kan færdes frit, og de desuden beskæftiges på arbejdspladser uden for hjemmet, søger man at undgå spiritusnydelse ved en konsekvent gennemført antabusbehandling.

Udover den almindelige miljøbehandling sørger man for passende beskæftigelse i hus, have og hobbyværksted under den første del af opholdet og senere under arbejdsløshedsperioder. Formålet med hjemmet er imidlertid at have patienterne beskæftiget på det almindelige arbejdsmarked samtidig med, at de på hjemmet er under behandling. Som følge heraf må lægebesøgene finde sted om aftenen efter arbejdstids ophør.

De fleste af patienterne indlægges i henhold til forsorgsloven, men så snart patienterne er kommet godt igang med lønnet arbejde, ophører det offentlige at betale, og patienterne forbliver derefter på kurhjemmet som selvbetalere. Man lægger megen vægt på at bibringe patienterne social forståelse - også med hensyn til deres forpligtelser som samfundsborgere (skat, børnebidrag m. v.). Dette indebærer, at man, før der skaffes dem arbejde, indprenter dem, at de, når de tjener en løn, må søge deres offentlige gæld afviklet og fortsætte dermed, så længe de er på kurhjemmet - også når det offentlige ikke længere betaler for dem, og de fortsætter som selvbetalere.

I kalenderåret 1955 var antallet af belægningsdage 7.485. Heraf var 60 o/o for offentlig regning, medens 40 % var selvbetalere. Det offentlige betalte 39.211 kr. for patienterne, mens disse selv bidrog med ialt 24.062 kr. for opholdet. I samme år blev

der af patienterne betalt 16.700 kr. i afdrag på skat og børnebidrag samt i kontingent til sygekasse og fagforening.

Når patienterne udskrives fra kurhjemmet, søger man at skabe kontakt mellem den pågældende og et af de herværende ambulatorier for alkoholskadede.

Kurhjemmet har dog endnu bestået så kort tid, at en egentlig efterundersøgelse ikke har kunnet foretages. Man har derfor ingen tal til belysning af resultaterne, men på grundlag af de kontakter, man har med de udskrevne patienter, synes resultaterne efter ledelsens opfattelse at være lovende.

»Ørsholt« pr. Kvistgård har plads til 33 mandlige patienter. Hjemmet er en ret stor firlænget gård, beliggende 8 km vest for Helsingør ved Gurre sø. Det har et jordtilliggende på 202 tdr. land dyrket jord og 50 tdr. land skov. En patientbygning er opført i 1935.

Patienterne, der alle har eneværelser, deltager efter evne i det almindelige arbejde på gården. Udover landbrugsarbejde er der arbejde i gartneriet og det hjemmet tilhørende brændeskæreri, hvorfra der leveres brænde til hjemmets eget brug. Endvidere findes der skomager- og snedkerværksted. Enkelte mindre arbejdsføre patienter hjælper til i køkkenet. Arbejdstiden er fra 8-12 og 14-17, om sommeren til 17,30. Patienterne får et mindre vederlag for arbejdet på akkordlønsbasis.

På hjemmet er almindeligt lægetilsyn en gang om ugen. Til hjemmet er knyttet 2 psykiatere, hvoraf den ene aflægger 3, den anden 4 besøg månedlig. Psykiaternes arbejde udføres efter samme retningslinier som på Taastrup kurhjem.

Hjemmet er åbent, men patienterne må ikke forlade hjemmets område uden forstanderens samtykke. De må ikke besøge restauranter og forlystelsessteder.

Inden udskrivningen gør man fra hjemmets side forsøg på at bringe orden i patienternes sociale forhold. Det Blaa Kors har fire ansatte socialhjælpere, der er til rådighed dels på hjemmene dels på hovedkontoret og afholdsbevægelsens ambulatorium på Ortopædisk hospital i København.

Indlæggelse på Det Blaa Kors' hjem kan ske på følgende grundlag:

- 1) For privat regning.
- 2) I henhold til forsorgslovens § 315, hvor betalingen ydes af pågældendes opholdskommune som fattighjælp, dog med begrænsede retsvirkninger, jfr. foran side 12.
- 3) Undtagelsesvis i henhold til forsorgslovens § 316, tvangsanbringelse, hvor betalingen medfører begrænsede retsvirkninger, jfr. foran side 12.
- 4) Efter dom eller tiltalefrafald,

Med hensyn til omfanget af den virksomhed, som drives af Ørsholt og Taastrup kurhjem kan følgende oplysninger<sup>1)</sup> gives:

I kalenderåret 1955 har på Ørsholt været indlagt 103 patienter, på Taastrup kurhjem 43 patienter (heraf 31 fra Ørsholt).

Tabel 3.

*Patienter på Ørsholt og Taastrup kurhjem.*  
*a. Patienternes opholdskommuner.*

	Ørsholt	Taastrup kurhjem
København	53	22
Frederiksberg		
Bykommuner		
Tvlland	18, 1	
Bykommuner . . . . .		15
Det ' ' land	15 !	
Landkommuner		
I II d	6, 1	
Landkommuner . . . . .		6
Det øvri land	"	
Ialt . . . . .	103	43

*b. Patienternes alder.*

20-29 år	10	1
30-39 år	28	16
40-49 år	34	13
50 år og derover . . . . .	31	13

*c. Alder da drikkeriet tog til.*

9-10 år	9	
11-12 år	22	1, ~ <sup>a</sup>
13-19 år	25	14
20-29 år		8
30-39 år		3
40-49 år		
50 <sup>dr</sup> og derover		
Uop ys.	9	
Ialt . . . . .	103	43

1) Det bemærkes, at tallene for Ørsholt og Taastrup kurhjem ikke kan adderes, da patienterne delvis er de samme i de to materialer

d. Patienternes erhverv.

	Ørsholt	Taastrup kurhjem
Ekspedienter, kontorister, repræsentanter . . . . .	12	9
Restauratører, tjenere . . . . .	3	3
Faglærte arbejdere . . . . .	21	11
Landmænd . . . . .	4	0
Ufaglærte arbejdere . . . . .	57	17
Andre erhverv . . . . .	6	3
Ialt . . . . .	103	43

e. Patienternes civilstand.

Gifte . . . . .	27	9
Enkemænd . . . . .	4	3
Separerede, fraskilte . . . . .	43	24
Ugifte . . . . .	29	7
Ialt . . . . .	103	43

f. Patienternes boligforhold ved indlæggelsen.

Egen lejlighed . . . . .	26	5
Værelse (inkl. families lejl.) . . . . .	42	4
Herberg og lignende . . . . .	21	0
Arbejdsanstalt . . . . .	4	0
Psykiatrisk afdeling . . . . .	10	3
Ørsholt . . . . .		31
Ialt . . . . .	103	43

g. Patienter på Ørsholt<sup>2)</sup> fordelt efter opholdets længde.

Under 1 måned . . . . .	18
1-2 måneder . . . . .	14
2-4 » . . . . .	19
4-6 » . . . . .	6
6 måneder-1 år . . . . .	10
1 år og derover . . . . .	3
Ialt . . . . .	72

h. Patienter på Taastrup kurhjem fordelt efter opholdstiden dér + opholdstid på Ørsholt<sup>3)</sup>

Under 4 måneder . . . . .	0
6 . . . . .	9
8-12 . . . . .	8
Ialt . . . . .	43

Det Blaa Kors ønsker på sine hjem kun at modtage alkoholskadede, der selv er kommet til den erkendelse, at en kur er nødvendig. Man har derfor i de senere år i almindelighed afvist patienter, der skal anbringes i henhold til forsorgslovens § 3 Hi eller i henhold til dom eller tiltalefrafald, løvrigt er det for Det Blaa Kors en erfaring, at det skaber vanskeligheder, når man blander straffede og ikke straffede patienter sammen. De to grupper kommer i nogle tilfælde dårligt ud af det med hinanden, ligesom man kan komme ud for, at patienter, der flere gange har udstået fængsels- eller arbejdsstraffe og derfra er vant til en strengere disciplin, ofte voldes vanskeligheder under afvænningshjemmenes friere husorden.

Som det fremgår af det ovenfor anførte vedrørende de enkelte hjem, drives »Ørsholt« som landbrugshjem, medens Taastrup kurhjem udelukkende er behandlingsinstitution. Indtægterne er imidlertid ikke i stand til at dække udgifterne ved hjemmets drift, og Det Blaa Kors har igennem årene givet ret store tilskud til disse. Endvidere ydes der et statstilskud til driften, der fastsættes til halvdelen af en for hjemmene fastsat normalbetaling. Denne normalbetaling har fra 1. april 1956 at regne udgjort 10 kr. pr. patientdag for »Ørsholt«, og 15 kr. pr. patientdag for Taastrup kurhjem. For privat anbragte patienter udgør statstilskudet dog kun halvdelen af den eventuelt ydede moderation i normalbetalingen. Statens udgifter for finansåret 1957/58 må anslås til 118.000 kr.

b Endvidere er »Sønderskovhjemmet« pr. Flinting st. anerkendt i henhold til forsorgsloven. Dette hjem, der er en selvejende, kristelig, filantropisk institution, optager dog kun et begrænset antal alkoholskadede, idet det tillige er optagelseshjem for hjemløse mænd og vagabonder. Det har plads til 24 mænd, der alle har eneværelser. De optagne beskæftiges så vidt muligt ved arbejde, de kender og kan magte, herunder i første række ved have- og landbrug eller på værkstederne med vævning af måtter eller

2) I tallet er ikke medregnet 31 patienter, som overgik til behandling på Taastrup kurhjem.

3) Kor de patienter, som fortsat efter 1.1.1956 var på kurhjemmet, er tiden fra 1.1.1956 til udskrivningen taget med. Af de indlagte i 1955 er 2 patienter stadig pr. 1.1.1957 indlagt på Taastrup kurhjem. (De pågældende har været borte i korte perioder).

kurvefletning, skrædderi, reparation af forskellige effekter, ved køkkenarbejde eller i tilfælde af faguddannelse i smedie eller skomagerværksted. De optagne kan færdes frit omkring, hvor de vil, og skal blot være hjemme inden kl. 22. Optræder nogen beruset, bliver han bortvist, men det sker sjældent.

c. Københavns kommune drev tidligere afvænningshjemmet *Fårupgård pr. Jelling*, men dette hjem afhændedes til andet formål i 1952. I stedet har Københavns kommune erhvervet ejendommen »Overførstergården« i Jægersborg. Denne institution er nærmere omtalt i afsnittet om sundhedsvæsenet.

## B. Sygehuse og sindssygehospitalet.

Der foreligger endnu kun i begrænset omfang oplysninger om behandling af alkoholskadede patienter på de almindelige sygehuse.

Nogle steder har det lokale sygehusvæsen truffet særlige foranstaltninger med henblik på behandling af alkoholskadede. Dette er således tilfældet i København og enkelte provinsbyer, f. eks. Århus, hvor der er indrettet ambulatorier for alkoholskadede i nær tilknytning til sygehusvæsenet. Hvor sådanne særlige ordninger ikke er truffet, er sygehuse vanskeliggjorte stillede med at etablere en rationel behandling af sådanne patienter efter udskrivningen fra sygehuset og må derfor normalt nøjes med at behandle de rent legemlige sygdomstilstande, som konstateres i forbindelse med alkoholismen, eventuelt fremkaldt af denne.

*Sindssygehospitalet* behandler alkoholskadede patienter, når patienternes tilstand gør en indlæggelse til psykiatrisk behandling indiceret. Det drejer sig om flere hundrede patienter årligt, og diagnosen varierer lige fra alkoholmisbrug (abusus spirituosorum) til kronisk alkoholisme med udtalte sjælelige eller legemlige forandringer.

Af en af de psykiatriske overlæger i København foretaget undersøgelse (betænkning afgivet den 20. aug. 1950 til Københavns kommunes hospitalsdirektorat) fremgår det, at der i årene 1944-48 på de *københavnske psykiatriske modtagelsesafdelinger* blev indlagt 407 mænd og 147 kvinder for *beruselse*, 585 mænd og 147 kvinder

under diagnosen *kronisk alkoholisme* og 261 mænd og 45 kvinder for *alkoholmisbrug* (formentlig nogenlunde svarende til begrebet: Forfaldne til drukkenskab). Endelig blev 126 mænd og 13 kvinder indlagt for forskellige *alkoholsygdomme*.

De patienter, der indlægges på sindssygehospitalet, var tidligere (d. v. s. før antabusbehandlingen blev indført) ofte i en så dårlig legemlig og sjælelig tilstand, at indlæggelse allerede af den grund var påkrævet, fordi patienten ikke længere kunne klare sig ude i livet hverken menneskeligt eller socialt.

Efter indførelsen af antabus i behandlingen af alkoholskadede er der sket en ændring i disse forhold, idet flere patienter henvender sig til hospitalet, og de kommer i større omfang frivilligt og på et tidligere tidspunkt. Det kan således nævnes, at mange flere ganske let alkoholskadede nu henvender sig til behandling på Kommunehospitalets poliklinik, og tilsvarende erfaringer har man fra sindssygehospitalet. En stor del af patienterne tilhører dog stadig den mest medtagne del af klientellet, hvis behandling er mere krævend, end hvor det drejer sig om lettere tilfælde.

## C. Nogle ambulatorier m. v. oprettet af kommuner eller med væsentlig kommunal støtte.

Som eksempler på kommunalt initiativ kan nævnes:

### 1. Københavns kommunes ambulatorium.

Københavns kommune har siden 1953 søgt at organisere behandlingen af alkoholskadede rationelt ved at oprette et særskilt ambulatorium på Kommunehospitalet og en særlig behandlingsinstitution »Overførstergården« i Jægersborg for alkoholskadede. Der modtages kun patienter, henvist fra andre lægelige eller sociale institutioner. »Overførstergården« havde oprindeligt plads til 29 patienter, men blev i 1956 udvidet til 37. »Overførstergården« modtager kun mandlige patienter, og visitationen sker i ambulatoriet.

Ambulatoriet og »Overførstergården« drives som en behandlingsmæssig enhed med samme chef og personale, nemlig 1 overlæge, 3 underordnede læger, 1 psykolog, 5 socialrådgivere, 2 kliniksygeplejer-

sker og 3 lægesekretærer, hvortil for » Overførs tergårdens« vedkommende kommer 1 forstander, 2 plejerassistenter og den fornødne huslige assistance.

Hovedprincippet i den *ambulante* behandling er, at patienten knyttes til en bestemt socialrådgiver, således at han under hele behandlingen og under eventuelle tilbagefald har med den samme socialrådgiver at gøre. Ved den første henvendelse på ambulatoriet, taler patienten indgående med en socialrådgiver og undersøges af en af lægerne. Der ordineres antabus og træffes praktiske forholdsregler for, hvorledes patienten skal have denne medicin, enten i sit hjem eller på klinikken. Derefter møder patienten fast hos sin socialrådgiver og kommer i det store og hele kun til læge, når der skal ordineres medicin eller iværksættes en eller anden lægelig behandling, eller når der optræder problemer, som socialrådgiveren ikke kan magte, eller patologiske symptomer, som socialrådgiveren ikke er kompetent til at bedømme.

Der afholdes daglig konsultation på ambulatoriet, to dage om ugen så sent, at patienterne kan møde efter deres arbejdes ophør.

Behandlingen består foruden i den sædvanlige antabuskur i en samtalerapi, hvorunder man søger at klargøre situationen for patienten og vise ham, hvilke følger hans handlinger vil få, men således at der ikke lægges noget pres på patienten, der tværtimod i enhver henseende stilles ganske frit og selv må træffe sine afgørelser. Man undgår enhver form for moraliserende eller forkastende holdning, og patienten afvises aldrig; han kan komme igen og kan tage fat på en frisk efter en nok så lang pause eller et nok så alvorligt tilbagefald. Systemet betyder, at der sædvanligvis knyttes et meget stærkt bånd mellem patienten og hans socialrådgiver. En egentlig psykiatrisk dybdeterapi anvendes ikke. Dels fordi det hovedsagelig er socialrådgiverne, der anvendes som terapeuter - dels fordi tiden ikke tillader nogen lægelig, psykiatrisk dybdeterapi. Personaleknapheden hindrer endvidere opsporing og opsøgning af ambulante patienter, som ikke møder op efter den aftale, der er truffet, hvorimod der anvendes skriftlige tilsigelser, med opfordring til at genoptage kur.

Indlæggelse på psykiatriske afdelinger søges så vidt muligt undgået og anvendes kun, når der er tale om tilstande med alvorlig selvmordsfare eller delirium tremens og hallucinose, eller når der er komplikation med legemlig sygdom, som i sig selv kræver hospitalisering. Derimod henvises patienter meget ofte fra de psykiatriske afdelinger til både »Overførstergården« og ambulatoriet.

På »Overførstergården« indlægges patienter, hvis sociale situation er sådan, at ambulante behandling ikke umiddelbart kan iværksættes, først og fremmest patienter som på grund af deres psykiske tilstand må anses for uarbejdsdygtige, og dernæst patienter, som står uden arbejde, uden midler og uden logi, og hvor formålet er et milieuskifte til rolige, kontrollerede forhold med behandlingsmuligheder. Ved opholdet opnås der blandt andet en passende frist for socialrådgiveren til at sanere patientens økonomiske og sociale forhold samt planlægge og påbegynde resocialiseringsprocessen.

Der holdes daglig lægestuegang ved den psykiatriske reservelæge, og overlægen gennemgår alle nye patienter. Hver patient taler fast med læge mindst 2 gange om ugen og med socialrådgiveren 3 gange ugentlig.

Under opholdet igangsættes antabusbehandling, og patienten sendes til eventuelle nødvendige behandlinger og undersøgelser på Kommunehospitalets specialafdelinger. Patienten beskæftiges iøvrigt under opholdet med forskelligt inden- og udendørs arbejde. Når han skønnes at være arbejdsdygtig, udskrives han ikke, men begynder at søge arbejde eller genoptager sit tidligere arbejde, mens han endnu er indlagt. Når det lykkes ham at skaffe sig arbejde, forbliver han endnu en tid på sanatoriet som »pensionær«, tager af sted om morgenen til sit arbejde udstyret med madpakke og kommer hjem om aftenen til spisetid. Dette system anses for at være kernen i sanatoriebehandlingen. Foruden at patienten ved sin arbejdsindtjening får mulighed for at komme i gang med den økonomiske sanering, er der især den fordel systemet, at hans tilbagevenden til et normalt socialt liv sker ganske gradvis. Først

begynder han at komme ud i livet på arbejdspladsen, men har stadigvæk den beskyttelse, at han er indlagt, og på sine »fridage« får han lov til at besøge hjem og pårørende. Når han har arbejdet i et par uger, udskrives han definitivt til sit hjem eller til et nyrehvervet logi.

På eget initiativ har patienter, som tidligere har været indlagt på »Overførstergården« dannet en selskabelig forening med underholdende og oplysende programmer. Foreningen er privat og har lokaler i Nørrebro's afholdshjem.

Ambulatoriet og »Overførstergården« har i 1954 og i 1955 haft henholdsvis 599 og 482 nye patienter. Ca. ¼ af disse var henvist fra hospitalsafdelinger og godt ¼ var henvist fra »Ring i Ring«. Resten fra socialkontorer, herberger, Politiets sociale Hjælpetjeneste, praktiserende læger og fra enkelte andre steder.

Ambulatoriet og »Overførstergården« er ikke indrettet på at modtage akutte berusere.

## 2. Klinikken for alkohollidende i Århus.

Klinikken, der påbegyndte sin virksomhed den 17. juli 1952, er tilvejebragt gennem et samarbejde mellem kommunehospitalet i Århus, sindssygehospitalet i Riisskov, socialkontoret i Århus og de private afholdsföreninger samt »Ring i Ring«.

Midlerne til driften blev skallet tilveje derved, at kommunehospitalet ydede lokaler, medens sindssygehospitalet og socialkontoret stillede henholdsvis læger og socialrådgivere til rådighed. Endelig har afholdsföreningerne bistået ved etableringen og har en overgang ydet økonomisk støtte til særlige udgifter (medicin og kørsel).

Klinikken er den 11. december 1956 flyttet fra de tidligere lokaler på Århus kommunehospital til hensigtsmæssigt placerede lokaler på Marselisborg hospital.

Klinikken er åben daglig fra 9-18. Kontrol med indtagelse af antabus kan ske i hele dette tidsrum. Socialrådgiverne træffes 10-12 og 14-16. Desuden er der lægekonsultation daglig fra 16-18, onsdag dog 18-20 og lørdag 9-11.

Personalet består af en speciallæge i psykiatri og to assisterende læger, der aflønnes af sindssygehospitalet i Riisskov, idet der

af direktoratet for statens sindssygehospitalet er bevilget løn til lægeligt personale til en poliklinik for alkoholskadede. Endvidere 3 socialrådgivere, hvoraf de to lønnes af Århus kommune, og en heldagssekretær aflønnet af sindssygehospitalet.

De af Marselisborg hospital til rådighed stillede lokaler består af 7 velegnede værelser, beliggende i stueetagen på afdeling B, 1 vente- og modtagelsesværelse, 1 værelse til hver psykiaters konsultation, ligeledes 1 værelse til hver socialrådgiver, og endelig 1 kombineret undersøgelses- og laboratorielokale.

I tiden fra klinikken åbning til 31. december 1955 var klinikken besøgt af 114 patienter. Patienterne var kommet i forbindelse med klinikken på følgende måder:

Henvist af længer . . . . .	65
» » sindssygehospital . . . . .	19
» » andre hospitaler . . . . .	18
» » politi, domstole, fængsler. . . . .	62
» » andre institutioner og myndigheder . . . . .	58
» » kammerater eller andre . . . . .	31
Eget initiativ eller hustrus . . . . .	160
Uoplyst . . . . .	1

I 1955 behandledes ialt 299 patienter, hvoraf 107 nyttilkomne. Af behandlingen udgik i årets løb 115 patienter. Behandlingen omfattede op imod 9000 konsultationer og husbesøg. Aldersmæssigt fordeler patienterne sig nogenlunde jævnt mellem 25 og 50 år, men også under og over disse aldre var der tilgang.

Behandlingen tilrådes i alle tilfælde gennemført med støtte af antabus og består iøvrigt af samtaler til udredning af patienternes problemer, i enkelte tilfælde fortsat som egentlige psykoterapeutiske samtaler. I alle tilfælde søges patienterne hjulpet til rette med de ofte indviklede sociale, økonomiske og familiære problemer.

Ved behandlingen har man lagt stor vægt på at fastholde kontakten med patienterne, og når denne er glippet, da at opsøge patienterne for at retablere kontakten. Det bliver ved behandlingens begyndelse understreget over for patienten og hans familie, at man i tilfælde af svigtende kontakt vil forsøge at genoptage denne fra klinikken side, ligesom patienterne erklærer

sig indforstået med, at de pårørende i sådanne tilfælde sætter sig i forbindelse med klinikken. Denne ordning medfører, at der fra klinikkens personale bliver et ikke ubetydeligt arbejde med akutte udrykninger, der kan falde på alle tider af døgnet.

Med hensyn til husbesøg har man anset det for ønskeligt, at socialrådgiveren i alle tilfælde gennem husbesøg opnår kendskab til patientens milieu, og dette finder da også sted i langt de fleste tilfælde, men hertil kommer, at også lægerne har måttet aflægge husbesøg i et vist omfang, dels når akutte situationer gjorde det påkrævet, dels i enkelte tilfælde for at få startet behandlingen af en patient. I næsten alle tilfælde har patienterne kunnet komme til klinikken, men i de tilfælde hvor dette enten ikke har kunnet lade sig gøre på grund af patienternes arbejdsforhold, eller hvor det ansås for uhensigtsmæssigt for behandlingen, har man truffet andre ordninger; således er en del patienter kommet i behandling på lægens private bopæl, medens andre er kommet i behandling hos socialrådgiveren på dennes kontor på socialkontoret.

Med støtte fra klinikkens daglige ledelse mødes patienterne på uformel måde, bl. a. i studiekredse.

### **3. Antabus-Centralen for Stor-Aalborg.**

Antabusarbejdet i Stor-Aalborg påbegyndtes i september 1950. Siden 1. oktober 1951 har det haft egne lokaler, antabuskontoret (»Centralen«), hvor det daglige arbejde udføres. Grundlaget for organisationen er en komite, hvori der sidder repræsentanter for de forskellige administrations- og erhvervsgrenes nøglestillinger, således at der skabes interesse for arbejdet i videre kredse. Det daglige arbejde iværksættes og kontrolleres af et arbejdsudvalg.

Til ambulatoriet er der knyttet 3 læger med aftenkonsultation. Hver ny patient henvises til en af lægerne, der så følger ham gennem kuren; denne foregår på lægens ansvar, og han søger at finde frem til eventuelle legemlige og sjælelige lidelser, som tages i behandling samtidig med den egentlige antabuskur. I tilfælde, hvor det skønnes nødvendigt, kan patienten indlægges for en kortere tid på »Kamillianerklinikken«, hvor Centralen råder over 5 eneværelser.

Antabus-Centralen har iøvrigt åbent hver dag, således at man kan træffe de sociale medarbejdere, ligesom en af disse altid kan kaldes over kontorets telefon. Ved arbejdet er ansat en sekretær, hvis arbejde er at klarlægge de nye patienters sociale, økonomiske, erhvervsmæssige og familiemæssige status, at søge at give råd og bistand til løsning af de mest påtrængende problemer, formidle påbegyndelse af antabusuren i samarbejde med en af lægerne og overvåge kurens forløb samt ved eventuelt tilbagefald gribe aktivt ind. Kontant hjælp ydes aldrig, men der oprettes ofte kontakt med socialkontoret. Der udkænkes på kontoret daglig mellem 30 og 60 doser antabusmixturet.

Organisationen er selvstændig, den er ikke kommunal eller knyttet til socialkontorerne, ligesom den ingen organisatorisk sammenhæng har med afholdsforeningerne eller Det Blaa Kors, men med begge disse organisationer har den dog et godt samarbejde. Organisationens tidligere samarbejde meget nært med Ring i Ring, men man lægger vægt på, at der er tale om to hver for sig selvstændige led, og der stilles ikke noget krav om gennemførelse af kuren for at blive medlem af Ring i Ring, ligesom det omvendt er muligt at gennemgå kuren uden efterfølgende medlemskab i Ring i Ring.

I året 1956 behandlede Centralen ialt 382 patienter, heraf 117 nye. I årets løb udgik 228 patienter af behandlingen. 38 patienter har været indlagt på Kamillianerklinikken, flertallet for 1-2 uger.

Udgifterne ved Centralens virksomhed udgjorde i hvert af regnskabsårene 1954/55 og 1955/56 45-47.000 kr., der praktisk talt helt er dækket ved kommunale tilskud.

### **D. Andre institutioner.**

En udtømmende opregning af de institutioner og foreninger, som arbejder med behandling af alkoholskadede, er ikke til sigtet, men for at danne et nogenlunde afrundet billede må dog yderligere omtales visse private eller på delvis kommunalt initiativ oprettede behandlingsmuligheder.

#### **1. Afholdsselskaberne.**

Afholdsselskaberne har gennem en årække interesseret sig for oprettelsen af rådgivningskontorer og ambulatorier for alko-



holskadede, enten således at afholdsselskaberne på eget initiativ har oprettet og drevet sådanne institutioner, eller således at man sammen med andre kredse har medvirket hertil.

Virksomheden omfattede i 1955 driften af ca. 30 institutioner i provinsen samt for Københavns vedkommende af et rådgivningskontor i Gothersgade 109, siden flyttet til Ortopædisk hospital. Til de fleste institutioner er knyttet en læge, men i visse tilfælde henvises der til de praktiserende læger.

Om omfanget af disse ambulatoriers virksomhed kan følgende oplysninger gives vedrørende regnskabsåret 1955/56:

Antallet af patienter på 22 (af 29) ambulatorier udgjorde 1087, heraf 164 i København og 414<sup>4)</sup> i Århus.

Tabel 4.

*Patienterne på afholdsselskabernes ambulatorier fordelt efter alder og boligforhold.*

a. Alder:

Indtil 25 år . . . . .	71
26-35 » . . . . .	366
36-50 » . . . . .	477
51-60 » . . . . .	139
over 60 » . . . . .	33
uoplyst . . . . .	1
Ialt . . . . .	1087

b. Boligforhold:

Med fast bopæl _____	959
uden » » . . . . .	100
uoplyst . . . . .	28
Ialt . . . . .	1087

Udgifterne ved rådgivningsklinikernes drift finansieres blandt andet gennem indtægterne af en biografbevilling. I regnskabsåret 1955/56 ydedes desuden 1500 kr. af tipsmidlerne.

2. »Ring i Ring«.

Foreningen »Ring i Ring«, der blev dannet i 1948, har til formål ved gensidig støtte mellem medlemmerne at supplere antabusbehandling med en gruppebehandling.

Foreningen er medlem af det internationale A.A. (Alcoholics Anonymous) og er inspireret af den amerikanske »Alcoholics

Anonymous«, men afviger fra denne bl. a. derved, at gruppearbejdet ikke udføres på religiøs basis. I foreningen kan som aktivt medlem optages enhver alkoholskadede, som selv ønsker at blive hjulpet. Foreningens grundtanke er den, at en afholdende alkoholskadede antagelig er den bedste til at hjælpe en anden alkoholskadede. Man lægger vægt på, at de pågældende melder sig frivilligt, og modtager ikke medlemmer efter henvendelse fra politi, børneværn og lignende. Der kræves intet afholdsløfte, idet man mener, at et sådant alligevel kun yderst sjældent kan holdes. Foreningen havde i 1957 ca. 400 betalende medlemmer hvortil kommer et meget stort antal personer, som har fast kontakt med foreningen. Medlemskredsen består udelukkende af alkoholskadede, dog kan medlemmernes hustruer optages som passive medlemmer.

Foreningen ledes af en bestyrelse, til hvilken kun tidligere alkoholskadede har stemmeret og er valgberettigede. Bestyrelsen har etableret et meget nært samarbejde med en læge, en socialrådgiver og en landsretssagfører, der foreløbig har stillet sig frivilligt til rådighed, og som deltager i bestyrelses- og medlemsmøder, men uden stemmeret. Medlemmerne sluttet sammen i små grupper med det formål gensidigt at hjælpe hinanden. Foreningen er politisk og religiøst neutral. Den afholder ugentlige møder med skiftende underholdning af lødig art; i alle møder deltager koner og kærestes. Samtidig er der lejlighed til samtaler med de forannævnte sagkyndige og til at stille spørgsmål. På denne måde yder foreningen rådgivning af lægelig, social og juridisk art. Een gang ugentlig holdes kredsømøde i de enkelte kredse, foreningen er opdelt i.

Organisationen har i de senere år udbygget og centraliseret sit arbejde gennem *Landsforeningen »Ring i Ring«*, inden for hvis rammer findes selvstændigt arbejdende afdelinger i København (herunder Frederiksberg), Lyngby, Hvidovre, Birkerød, Helsingør, Næstved, Grenaa, Aalborg og kommunerne på Amager. Foreningen har fra 1. maj 1955 knyttet dr. Aistrup, der gennem 6 år arbejdede vederlagsfrit, til sig som betalt halvdagslæge, ligesom der nu lønnes 1 halvdags lægesekretær og 2 socialrådgivere.

4) jfr. side 17.

Tilgangen af nye medlemmer sker væsentligst ved henvendelser fra gamle medlemmer. En del henvises også fra hospitalerne - i København således fra Kommunehospitalets **ambulatorium** og fra Set. Hans hospital. De modtages først af et par aktive medlemmer, som taler med dem og søger at forklare dem gruppearbejdets betydning for den enkelte og at interessere dem for foreningens arbejde. De henvises derefter til lægen, som afholder konsultation i lokaler stillet til rådighed af Blegdamshospitalet. Der optages journaler i hvert enkelt tilfælde, og der ordineres antabus, vitaminer, hormoner, jern, sovemidler o.s.v., hvor det skønnes nødvendigt. Patienten sættes nærmere ind i gruppearbejdet, og socialrådgiveren tager sig af de sociale vanskeligheder. Om fornødent sendes der bud efter ægtefællen for at løse de ægteskabelige vanskeligheder. Hvis der er grund til det, finder henvisning sted til psykiatrisk poliklinik eller eventuelt til psykiatrisk specialbehandling.

Grupperne er hver på 4-5 medlemmer samt en leder, der er ansvarlig for gruppens øvrige medlemmer. En overgruppeløder samler af og til gruppelederne til instruktion og rapport. Gruppens medlemmer holder stadig kontakt med hinanden, og hvis der sker et tilbagefald, rykker man ud for at tage sig af den pågældende. Det kan således oplyses, at 40 medlemmer i København opretholder en fast nattevagt på Blegdamshospitalet fra kl. 19-5. Denne nattevagt er i stand til ved opringning at etablere kontakt med en kontaktperson i den bydel, hvorfra råbet om hjælp har lydt, og en sådan rykker da omgående til undsætning, og hundreder af tilbagefaldstilfælde er på denne måde blevet taget i opløbet og de pågældende bragt til fornuft og efterfølgende »tør« levevis.

Kontaktpersonene samles endvidere en gang månedligt til oplysende møder, hvor man også udveksler erfaringer fra arbejdet i marken.

Et tilbagefald betragtes iøvrigt ikke som nogen katastrofe, tværtimod knytter det ofte igen en kontakt, som var ved at glippe. På denne måde hjælper man gensidigt hinanden, også til fortsættelsen af en antabuskur.

Medlemskab af »Ring i Ring« kræves ikke for at søge ambulatoriet, men man rå-

der patienten til at tilslutte sig »Ring 1 Ring« og deltage i dens møder som gæst, hvor han så efter en gæstetid på 6 måneder kan blive optaget som medlem.

Der er imidlertid erfaring for, at flertallet af de patienter, der ikke søger kontakt med foreningsarbejdet, i og for sig ikke har søgt hjælp, fordi de ville have løst deres alkoholproblem, men mere for at få klaret de af alkoholismen opståede vanskeligheder i hjem, på arbejdspladser eller i deres forhold til myndighederne.

Af 1044 nye patienter, som i 1956 søgte »Ring i Ring« på Blegdamshospitalet, søgte kun 239 medlemsoptagelse.

Erfaringen viser imidlertid også, at man ingen ret har til at afskrive de øvrige som »håbløse«, thi kartotekfortæller, at de kommer igen - kommer igen efter at have høstet endnu flere nederlag, og de modnes gennem fald efterhånden til at se, at rådet om tilslutning til foreningen bør følges, såfremt de skal opnå at blive helt hjulpet, og tålmodig afventning af denne modningsproces må derfor også præge arbejdet.

## **E. Kriminelle alkoholskadede.**

Alkoholisme såvel som kriminalitet må opfattes som en tilstand, hvis årsager ligger i et samspil af mange faktorer af social, psykisk og evt. fysisk art. Kombinationen af alkoholisme og kriminalitet er hyppig, og de to symptomer påvirker - og forværrer - gensidigt hinanden.

Til belysning af de muligheder, som foreligger ved behandlingen af alkoholskadede, finder udvalget det derfor nødvendigt at medtage en redegørelse for de behandlingsforsøg, der er gjort i forbindelse med arbejdet for resocialisering af kriminelle alkoholskadede.

### **1. Behandling på specialanstalt.**

*Statens Helbredelsesanstalt for drankere, Fanø.*

Straffelovens eneste foranstaltning af frihedsberøvende karakter, der udelukkende tager sigte på kriminelle alkoholskadede, er anbringelse på *helbredelsesanstalt for drankere*, som er hjemlet i still. § 73. Betingelserne for dom til sådan anbringelse er i

almindelighed, at den tiltalte idømmes frihedsstraf for overtrædelse af straffeloven, at den strafbare handling er begået under påvirkning af spiritus, og at den pågældende er forfalden til drukskenskab.

Det længste tidsrum for anbringelsen fastsættes ved dommen til 18 måneder (i gentagelsestilfælde 3 år). Anbringelsen sker efter endt strafafsoning, eller, hvis betinget dom gives, straks efter dommen. Straffelovens § 70 indeholder iøvrigt en særlig hjemmel for anbringelse af psykisk afvigende lovovertrædere på drankeranstalt; denne hjemmel benyttes forholdsvis sjældent.

De domfældte anbringes på *Statens Helbredelsesanstalt for drankere, Fanø*, der har plads til 20 patienter, og kun modtager kriminelle alkoholskadede.

Om behandlingen her har den til anstalten knyttede psykiater, afdelingslæge H. Alois Hansen, givet følgende oplysninger: Indenfor de rammer, som lovgivningen og de praktisk administrative forhold betinger, søger man at gennemføre en helhedsbehandling af de indlagtes personlighed og situation.

Så langt disse rammer tillader, lægger man vægt på, at helbredelsesanstalten ikke får præg af en straffeanstalt, men af en behandlingsmæssigt orienteret institution. Anstaltens lukkede karakter, som angivet af hegnet og af gitterne for vinduerne i værelserne, gør dog, at navnlig den, der indlægges i anstalten efter strafafsoning, føler indlæggelsen som en maskeret tillægsstraf, hvad der giver et behandlingsmæssigt uheldigt udgangspunkt. Som en behandlingsmæssig gene virker også reaktionen over for den, som under opholdet skaffer sig alkohol eller undviger; sådanne handlinger er nederlag for den indlagte, og han demonstrerer herved et udtalt behov for behandling. I stedet for at få imødekommet dette behandlingsbehov, bliver den indlagte fjernet fra behandlingen i anstalten, idet han i 1/2-1 måned som disciplinærstraf indsættes i Esbjerg arrest.

Anstalten ledes af inspektøren for statens arbejdsstus i Sdr. Omme, medens den daglige ledelse forestås af en overvagtmeester, bistået af 5 mandlige funktionærer. Behandlingen af legemlige sygdomme varetages af den alment praktiserende læge i

Nordby, medens den psykiatriske konsulent aflægger et 2-dages besøg på anstalten een gang månedlig.

Under opholdets første måneder søges skabt en positiv kontakt, idet man prøver at få rede på og behandle den indlagtes specielle fysiske, psykiske, sociale, økonomiske, arbejdsmæssige og familiemæssige problemer. Ofte er en intensiv behandling af rent legemlige sygdomme og skavanker, som ikke har direkte relation til alkoholismen, såsom plastiske operationer til fjernelse af skæmmende og mindreværdsbefordrende ar og tatoveringer, af betydning for at få pågældende til at forstå, at man her vil hjælpe ham, således at der hos ham opstår et *behandlingsbehov*.

Det er en sjældenhed, at den indlagte forbliver i anstalten i fulde 18 måneder. Hovedreglen er, at når man efter 3-6 måneders forløb har fået ophjulpet den fysiske og psykiske helbredstilstand og har opnået en positiv kontakt og en sådan grad af arbejdsstræning, at den indlagte vil kunne klare sig ude hos den almindelige arbejdsgiver, kommer han på udearbejde hos en privat arbejdsgiver uden for anstalten, fortrinsvis virksomheder i Esbjerg.

Man får således skabt et betydningsfuldt *overgangsled til den frie tilværelse*: anstalten fungerer i denne periode for den indlagte som et pensionat, hvor han opholder sig i fritiden og om natten. Dette system er kernen i sanatoriebehandlingen, som anstalten påbegyndte allerede i juni 1919.

Mindst 1 måned før den indlagte begynder udearbejde, er han sat i regelmæssig antabusbehandling, således at den optimale dosering er fastlagt og begyndervirkninger overstået.

Under hele opholdet er det reglen, at enhver indlagt een gang månedlig har en samtale med den psykiatriske konsulent; denne deltager i funktionærmøder og står også udenfor det månedlige besøg i kontakt med anstaltens ledelse.

Værdien af »udearbejdsperioden« består i, at den indlagte gradvis vænnes til tilværelsen ude, og at han med penge, som han selv har tjent og ikke skal være i taknemlighedsgæld for, kan bringe sine økonomiske forhold i orden, klare sygekasse og fagforening og supplere sin beklædning. Endvidere kan følgerne af forsøg på, trods an-

**tabusindtagelsen**, at drikke i høj grad begrænses under disse omstændigheder.

Når den indlagte en passende tid har klaret udearbejdet godt, bliver han **at** justitsministeriet udskrevet på prøve på vilkår, som altid vil være, at han stilles under helbredelsesanstaltens tilsyn og underkaster sig en effektiv kontrolleret antabuskur; dertil kan komme særvilkår om beskæftigelse og opholdssted.

Under prøveudskrivningen og i tilsynsperioden (se senere) har anstalten gennem lokale tilsynsførende stadig kontakt med den prøveudskrevnes forhold. Man søger **at** gennemføre et effektivt forsorgsarbejde og lægger den allerstørste vægt på denne efterbehandling på fri fod, som - i samarbejde med Dansk Forsorgsselskab - navnlig bestrides af anstaltens daglige leder, som ofte besøger de prøveudskrevne og specielt bistår dem i vanskelige situationer, der erfaringsmæssigt altid **vil** opstå for alkoholskadede. Også i efterbehandlingen på fri fod deltager den psykiatriske konsulent, idet det er af afgørende vigtighed, at der ikke er brud på kontinuiteten mellem behandlingen i selve anstalten og den fortsatte behandling på fri lod, heller ikke hvad de behandelende personer angår.

Til belysning af helbredelsesanstaltens belægning er pr. 15/12 1956 foretaget en *opgørelse over de 36 senest indlagte*:

Over halvdelen, 19, er mellem 20 og 28 år. 12 (33 %) er fra Storkøbenhavn og Stor-århus-området.

Al de 36 kom 21 fra forudgående afsoning, medens 12 var betinget dømt og 3 var fritaget for straf efter straffelovens § 17.

For 31 af de 36 forelå psykiatrisk bedømmelse før indlæggelsen (akter manglede for 2); heraf var 8 betegnet som psykopater, 12 som psykopatisk prægede, medens 5 var karakteriseret som henholdsvis med udtalt karakterbrist - udpræget holdningsløs - karaktersvag - karakterologisk disharmonisk + neurotisk - i lettere grad degenereret, *I alt 25 af 34 var således før indsættelsen betegnet som karaktermæssigt afvigende.*

*Behandlingsresultater:* der foreligger ikke for tiden tilstrækkeligt statistisk materiale til en 5-års opgørelse, men det er inspektørens indtryk, at de senere års praksis med sanatoriebehandling, hvor de pågældende

arbejder ude under anvendelse af antabuskur og fortsat behandling i prøveudskrivningstiden har medført en væsentlig forbedring af behandlingsresultaterne.

Det må bemærkes, at såvel anstaltens placering i reaktionsapparatet over for alkoholskadede lovovertrædere, som selve dens navn, dens opbygning og reglement og endelig de beskedne beskæftigelsesmuligheder, der kan bydes de indlagte i selve anstalten, i nogen grad bærer præg af tiden inden den ændrede indstilling over for alkoholskadede, som indleddes for ca. 8 år siden. Disse forhold opvejes **kun** for en del af, at anvendelsen af antabus har muliggjort den nuværende behandlingsform, men den indlagte, der kommer fra afsoning, vil først og fremmest se ligheden med fængslet eller arresten, han kommer fra.

Af denne grund vil betinget dom mod anbringelse på helbredelsesanstalten for drankere behandlingsmæssigt være en fordel; men hertil kommer det væsentligere forhold, at ved en betinget dom **kan** fastsættes vilkår om tilsyn i 2-5 år efter dommens afsigelse, d. v. s. i en tilstrækkelig årrække til, at man gennem efterforsorgen kan klare de erfaringsmæssigt vanskeligste første 3 år. I de tilfælde, hvor straffen er afsonet, eller i de ikke få tilfælde, hvor der til den betingede dom ikke er knyttet vilkår om tilsyn i prøvetiden, er forholdene betydeligt vanskeligere og resultaterne derfor ringere.

Det er til stor gene for behandlingsmulighederne, at aldersklasserne og antallet af forstraffe er meget varierende; anstaltens lille størrelse gør en opdeling umulig. I hovedsagen falder de indlagte i 4 grupper:

1. Det gamle arbejdsanstalt-klientel
2. Arbejdshus-klientellet (som kræver en årrækkes tilvænning til regelmæssighed over for arbejde)
3. De 30-40 årige som tidligere har haft socialt fodfæste, som har deres sociale fornemmelser og arbejdsevne og -lyst i behold, men som er blevet slået ud af deres alkoholisme.
4. De helt unge, umodne, som aldrig endnu har haft socialt og erhvervs-mæssigt fodfæste, og for hvem problemet ikke er en resocialisering, men en førstegangs tilvænning til samfundet, hvilket kræ-

ver en betydelig behandlingsmæssig indsats.

Disse unge drankere udgør det hårdeste problem. Behandlingsmæssigt ville det være hensigtsmæssigt at tilstræbe forhold, hvor man i videst muligt omfang kunne give disse unge en betinget dom og holde dem længere tid i anstalten end *den* nu gennemsnitlige længde af opholdet.

De indsatte er for den væsentligste dels vedkommende karakterafvigende eller karakterpåfaldende og lider under svære psykiske problemer. Klientellet har i så henseende stor lighed med psykopatanstalternes, og *deres behov for psykisk, pædagogisk, social og erhvervmæssig støtte er ikke mindre end for psykopatanstalternes belægning*, som de dog adskiller sig fra ved at være langt mindre kriminelt belastede. Behandlingsmæssigt har man ikke indtryk af, at det tvungne ved anbringelsen i helbredelsesanstalten er en væsentlig hindring, men at langt mere afgørende er den kontakt og det deraf følgende behandlingsbehov, som man under opholdet søger at fremkalde.

## 2. Behandling på andre institutioner under fængselsvæsenet.

### a. Under afsoning i fængsel.

Under afsoning af frihedsstraf finder der ingen speciel afvænningsbehandling for alkoholisme sted, men der ydes ved den moderne fangebehandling med forsøg på hensigtsmæssig regelmæssig beskæftigelse, adgang til undervisning og fritidsarbejde, en praktisk afvænningsbehandling af principielt samme karakter som den, der har været indholdet i den klassiske afvænningsbehandling på drankeranstalt, hvor denne blev gennemført på bedste måde.

Til fængselsvæsenets anstalter knyttet imidlertid nu i betydeligt omfang psykiatrisk tilsyn, og der kan under opholdet, såfremt langten er indforstået dermed, påbegyndes en afvænningskur med antabus; ved prøveløsladelse, der kan opnås efter afsoning af 2/3 af straffetiden, i særlige tilfælde når halvdelen af straffetiden, dog mindst 4 måneder, er afsonet, stilles i egnede tilfælde vilkår om fortsat behandling for alkoholisme efter løsladelsen.

For at en afvænningsbehandling, der påbegyndes før prøveløsladelsen, skal have chance for at lykkes, anser man det for nødvendigt, at der foreligger mulighed for kyndig vejledning af og støtte til patienten i længere tid efter løsladelsen, og at der kan etableres nært samarbejde med en læge, der er villig til og interesseret i at påtage sig den fortsatte lægelige kontrol med behandlingen. Hvis sådanne muligheder for at fortsætte behandlingen efter løsladelsen foreligger, imødekommer man fra fængselsvæsenets side en fanges ønske om at påbegynde en antabuskur inden løsladelsen, selv om denne løsladelse sker efter endt strafafsoning og altså er uden betingelser, således at kuren ikke kan gennemtvinges. I sådanne tilfælde henvises fangen såvidt muligt til at søge kontakt med »Ring i Ring«, af holdsbevægelsens organisationer eller andre, der kan forventes at støtte ham.

### b. I arbejdshus.

Efter bestemmelsen i straffelovens § 62, nr. 4, kan personer, der har begået en forbrydelse under påvirkning af spirituøse drikke, og som må antages at være forfaldne til drukkenskab, i stedet for fængselsstraf dømmes til indsættelse i *arbejdshus*. Af de alkoholskadede, der hendsidder i arbejdshus, er de fleste dog dømt efter de øvrige bestemmelser i § 62, der angår forskellige grupper af recidivister, navnlig berigelsesforbrydere.

Der er til arbejdshuset knyttet psykiatrisk tilsyn, og der kan under opholdet indledes antabuskur med henblik på prøveløsladelse. På grund af den relativt ubestemte og oftest ret langvarige tid for ophold i arbejdshus (indtil 5 år og i så fald uden efterfølgende forsorgsmæssigt tilsyn, sjældent under 2 år, oftere 3 eller 4 år), er der større udsigt til at gennemføre en grundigere afvænnning end i de almindelige fængsler. Muligheden for at forlænge prøvetiden, der hidtil kun har været på 1 år, væsentligt - den vil nu efter en lovændring i sådanne tilfælde regelmæssigt blive 2 år eller mere - betyder sikkert en forbedring af behandlingsmulighederne.

Ifølge de foreliggende oplysninger har antabuspræparatets fremkomst haft en direkte betydning for fangebehandling, idet det muliggør, at man i modsætning til

tidligere nu også kan lade de fanger, der er alkoholskadede, få orlov.

Ikke blot de alkoholskadede, men enhver lange, som tidligere har haft periodisk alkoholmisbrug, og som opnår tilladelse til de lire dages orlov, får daglig antabus i den sidste uge før orloven; skønsmæssigt drejer det sig om halvdelen af fangerne. Man undgår på denne måde nu næsten helt de alkoholbetingede udeblivelser fra orlov, som altid indebærer en nærliggende fare for kriminalitet («flugttyverier») og dermed en fare for forværring af fangens hele status.

### c. På psykopatforvaringsanstalterne.

Om det forsøg på en særlig intensiv behandling af alkoholisme hos *psykisk abnorme lovovertrædere*, som i tiden fra efteråret 1948 til den 1. juni 1951 blev udført på *psykopatforvaringsanstalterne*, henvises til artikler af overlæge, dr. med. G. K. Stiirup<sup>5)</sup>, læge Hans Alois Hansen og dr. med. Karl Teilmann<sup>6)</sup>. I tiden efter den 1. juni 1951 er der ikke på psykopatforvaringsanstalterne gennemført en speciel behandling af de forvarede alkoholskadede. Disse er under prøvedudskrivning fortsat søgt undergivet en antabuskur, der oftest er indledet under anstaltsopholdet, og de behandlingsmæssige grundproblemer søges påvirket ud fra samme principper som for ikke-alkoholisk prægede karakterafvigelses, men uden at man har givet dem den fortrinsstilling, de havde i forsøgsperioden.

## 3. Ambulant behandling m. v. af alkoholskadede lovovertrædere.

### a. Afholdspålæg.

Den eneste foranstaltning af ikke-frihedsberøvende karakter over for kriminelle alkoholskadede, som udtrykkelig nævnes i straffeloven, er *pålæg om ikke at nyde eller købe spirituøse drikke*.

Efter bestemmelsen i straffelovens § 72 kan sådant pålæg gives ved dom, når den pågældende dømmes til frihedsberøvelse for en lovovertrædelse, der er begået under påvirkning af spirituøse drikke; må det tillige antages, at den pågældende er forfalden til

drukkenskab, skal der ved dommen gives ham afholdspålæg. En særlig hjemmel for afholdspålæg til psykisk abnorme lovovertrædere findes i straffelovens § 70.

Medens der i årene 1938-42 ved dom gennemsnitligt meddeltes 214 afholdspålæg om året, er tallene for hvert af årene 1950-55 kun henholdsvis 98, 105, 53, 40, 20 og 13. Denne betydelige nedgang i antallet af afholdspålæg skyldes dels erkendelsen af pålæggenes ringe effektivitet, dels den udvidede anvendelse af antabusbehandling.

Uafhængigt af bestemmelserne i straffelovens §§ 70 og 72 kan afholdspålæg fastsættes som vilkår i betingede domme, tiltalefrafald, prøveløsladelses- eller benådningsresolutioner. Om antallet af sådanne vilkår fastsat i forbindelse med vilkår om tilsyn af *Dansk Forsorgsselskab* kan følgende oplysninger meddeles fra Forsorgsselskabets årsberetninger for 1953, 1954, 1955 og 1956.

Tabel 5.  
Antal afholdspålæg 1953-56.

	1953	1954	1955	1956
Afholdspålæg i betingede domme . . . . .	7	1	1	3
Afholdspålæg i forbindelse med tiltalefrafald . . . . .	0	0	0	0
Afholdspålæg i forbindelse med fuldstændige benådnings- og strafudsættelser . . . . .	1	0	0	0
Afholdspålæg i forbindelse med prøveløsladelser og delvise benådnings af fængselsfanger . . . . .	22	41	46	31
Afholdspålæg i forbindelse med prøveløsladelser af arbejdsfanger . . . . .	22	34	31	27
Afholdspålæg i forbindelse med prøveløsladelser af sikkerhedsforvarede . . . . .	2	3	0	0
Ialt . . . . .	54	79	81	61

### b. Afvænningsbehandling.

En *positiv afvænningsbehandling* af kriminelle alkoholskadede er som nævnt ikke

<sup>5)</sup> Georg K. Stiirup: Lægelig, psykologisk og pædagogisk behandling af lovovertrædere (Afsnittet om alkoholistbehandling) Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab København 1952, 1. hefte, side 30-32.

<sup>6)</sup> Hans Alois Hansen og Karl Teilmann: Behandlingen af kriminelle alkoholister. Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab København 1955, 2. hefte, side 107-125 fortsat i 3. hefte, side 269-277.

direkte hjemlet i straffeloven, men er i de senere år -- efter opfindelsen af stoffet »antabus« -- i et betydeligt omfang institueret gennem vilkår i betingede domme, tiltalefrafald, prøveløsladelses- eller benådningsresolutioner, eller ved dom eller retskendelse i henhold til straffelovens § 70.

Til belysning af den ambulante afvænningsbehandlings omfang kan meddeles følgende oplysninger vedrørende antallet af afgørelser, i henhold til hvilke personer i årene 1953, 1954, 1955 og 1956 er blevet undergivet *Dansk Forsorgsselskabs tilsyn* i forbindelse med vilkår om afvænningsbehandling:

Tabel 6.

*Antal tilsyn i forbindelse med afvænningsbehandling 1953-1956.*

	1953	1954	1955	1956
Betingede domme . . . . .	110	73	52	80
Tiltalefrafald . . . . .	0	4	4	2
Benådnings- (omfatter kun fuldstændige benådnings-)	29	23	15	28
Domme eller retskendelser i henhold til straffelovens § 70 . . . . .	1	1	8	12
Prøveløsladelser og delvise benådnings- af statsfængselsfanger . . . . .	65	64	80	90
Prøveløsladelser af arbejdsfanger . . . . .	19	32	31	27
Prøveløsladelser af sikkerhedsforvarede . . . . .	2	3	1	3
Ialt . . . . .	229	200	191	242

Forsorgsselskabets samlede tilgang af nye tilsyn i de pågældende år har været henholdsvis 2190, 1970, 1889 og 1943, således at afvænningsbehandling har været iværksat i forbindelse med godt 10% af samtlige tilsyn.

Ovenstående oversigt er dog ikke udtømmende med hensyn til kriminelle alkoholskadede, som underkastes ambulante afvænningsbehandling, idet den ikke medregner de tilfælde, hvor afvænningsbehandlingen er institueret uden forbindelse med tilsyn af Dansk Forsorgsselskab. Disse tilfælde, der er ret få, omfatter navnlig personer prøveudskrevet fra psykopatforvaringsanstalt eller drankeranstalt, idet disse personer er undergivet tilsyn fra vedkommende anstalt.

c. *Justitsministeriets psykiatriske undersøgelse sklinik.*

En særlig ordning er tilvejebragt i København, baseret på den virksomhed, som udøves gennem *Ambulatoriet ved justitsministeriets psykiatriske undersøgelseklinik; afd. A. (Overlæge Max Schmidt)*. I tilfælde, hvor kriminaliteten skønnes at hænge sammen med alkoholmisbrug, fritages lovovertræderen ofte for straf eller stralalsoning på betingelse af, at han underkaster sig en antabuskur hos og under tilsyn af overlægen. I praksis sættes de samtidig under tilsyn af Dansk Forsorgsselskab. Formelt ordnes sagen ved tiltalefrafald, betinget dom eller benådning.

Findes ved mentalundersøgelsen, at en observand er egnet til ambulante afvænningsbehandling, påbegyndes behandlingen straks for at beskytte observanden mod tilbagefald, indtil der kan gå dom i sagen. Træffes anden afgørelse end betinget dom med afvænningsbehandling, må behandlingen imidlertid ophøre.

Til overlægens kontor er knyttet en lægeassistent og to socialrådgivere, således at man her er i stand til at behandle patienterne intensivt såvel lægeligt (psykoterapi) som socialt. Klientellet er gennemgående svært belastet, men behandlingen lettes på den anden side dels ved at man har et indgående kendskab til patienterne gennem den foretagne mentalundersøgelse, dels ved at klinikken har mulighed for at efterspore patienterne enten selv eller eventuelt ved politiets hjælp, så snart forbindelsen glipper; og en sådan eftersporing etableres altid omgående.

Under behandlingens første afsnit møder patienten som regel daglig for at indtage antabus under kontrol, senere 2 eller 3 gange om ugen og atter senere, når et intimere kendskab til patienten er opnået, og den fornødne tillid oparbejdet, bliver medicinindtagelsen kontrolleret andetsteds, f. eks. hos arbejdsgivere eller, hvis forholdene i hjemmet er gode, af hustru, forældre eller andre pårørende. Ved stærkt psykopatiske drankere har det været nødvendigt at indlægge disse på en psykiatrisk afdeling eller et sindssygehospital i kortere tid, for at de kan komme igennem den akutte psykiske urofase med ubetvingelig trang til at

drikke, der har vist sig hyppigt at indtræffe, som oftest ca. 1 år efter behandlingens begyndelse. I nogle tilfælde har disse tilbagefald været gentaget eller haft en alvorligere karakter, hvor det har været nødvendigt at få pågældende indkaldt til at give møde i retten for at få vilkårene indskærpede. I enkelte tilfælde har tilbagefaldene medført mindre politiforseelser, som er blevet straffet med bøder, men betalingen eller afsoningen er stillet i bero for eventuelt at blive effektueret ved fornyet udebliven fra behandlingen.

Som varighed for behandlingen er opstillet 4 år, og først efter behandlingens fulde gennemførelse vil dens endelige resultater kunne opgøres.

Der har i tiden 1. juli 1949-31. december 1956 været behandlet 289 patienter, hvoraf de 253 er udgået af behandlingen.

Pr. 1/1 1957 var der endnu 36 personer i behandling, og der kan ikke siges noget om resultatet for disse personers vedkommende.

En oversigt over ambulatoriets virksomhed i den omhandlede periode fremgår af nedenstående tabel.

Tabel 7.  
*Tilgang og afgang til det af overlægen i psykiatri ved justitsministeriets psykiatriske undersøgelsesklínik ledede ambulatorium.<sup>7)</sup>*

	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	Ialt
<i>Tilgang i løbet af året:</i>	28	51	104	52	29	7	6	12	289
<i>Afgang i løbet af året:</i>									
Efter afslutning af perioden .	—	—	3	8	17	23	31	24	106
Som følge af ubetingede domme .....	—	2	5	10	9	6	2	—	34
Ved død .....	—	1	2	3	2	2	—	—	10
Som følge af kriminelle tilbagefald .....	—	3	17	18	16	7	5	4	70
Som uigennemførlige .....	—	2	4	9	13	2	2	1	33
Ialt afgang .....	—	8	31	48	57	40	40	29	253
<i>Under behandling</i>									
ved årets udgang .....	28	71	144	148	120	87	53	36	

I nogle tilfælde er patienterne blevet henvist til poliklinik for lettere somatiske lidelser, ligesom der har været forhandlet med sygekasselægen i en række tilfælde.

Ambulatoriet har endvidere ført personlige samtaler om patienterne med de pårørende. Socialrådgivere har i forbindelse med afvæningsbehandlingen foretaget oplysninger af patienter, deres pårørende og

arbejdsgivere samt ekstraordinære udrykninger døgnet rundt.

I forbindelse med de stedfundne eksperimenter har der i mange tilfælde været tale om direkte sociale hjælpeforanstaltninger som henvisning til Dansk Forsorgsselskab, studentsamfundets retshjælp, samtaler med socialkontorer, skattemyndigheder, sygekasser og fagforeninger.

7) Det bemærkes, at patienterne delvis er de samme, som er anført i forsorgsselskabets opgørelse side 25.



## Behandlingsresultater.

### A. Tidligere resultater.

#### 1. Almindelige synspunkter.

Bortset fra nogle spredte opgørelser foreligger der ikke, fra tiden før de moderne ideer i behandlingen af alkoholskadede i årene efter krigen blev taget op her hjemme, noget egentligt statistisk materiale til belysning af den senere skæbne for patienter, der blev behandlet for alkohollidelser. Det er imidlertid et almindeligt indtryk i vide kredse af befolkningen, at resultaterne var temmelig små. Det er for så vidt forståeligt, som det netop er udtryk for, at lægevidenskaben ikke var i stand til at anvise rationelle veje i behandlingen. Det var påfaldende, at det offentlige sygehusvæsen kun i yderst ringe grad var indstillet på at behandle alkoholskadede. Det var i det store og hele kun sindssygehospitalerne og de psykiatriske afdelinger, der indlod sig på en sådan behandling, og det var - og er vel stadig - normalt først på et ret udviklet stadium af alkoholismen, at patienterne går med til at lade sig indlægge på denne måde. Sindssygehospitalerne rådede endvidere ikke over muligheder for at gennemføre andet end en behandling på rent indlæggelsesmæssig basis. En behandling af væsentligst ambulant karakter af alkoholskadede, der ikke har brug for indlæggelse på psykiatrisk ledet hospital, måtte anses for at ligge uden for sindssygehusets opgave.

Afvænningshjemmene måtte i deres traditionelle form til en vis grad betragtes som en slags forsørgelsesanstalter, idet de for en tid - nemlig den tid opholdet varede - løste et enkelt eller nogle af patienternes problemer, nemlig det at skaffe patienten underhold og logi, men behandlingen resulterede i reglen ikke i en tilbunds-

gående løsning af patientens problemer, hverken lægeligt eller socialt. Senest ved udskrivningen stod patienten igen over for alle sine problemer, ægteskabelige vanskeligheder, sygekasse- og fagforeningsbøger, der ikke var à jour, problemer med at skaffe sig bolig og arbejde og måske ikke mindst spørgsmålet om, hvad han skulle gøre af sig selv i sin fritid. Nogle af disse problemer kunne måske have været løst, hvis der til afvænningshjemmet havde været knyttet socialrådgivere. Afvænningshjemmene manglede også tilstrækkelig psykiatrisk lægehjælp til at kunne give en rationel psykoterapi. Der blev i en årrække af Det Blaa Kors gjort påskønnelsesværdige forsøg på at afhjælpe disse mangler, men økonomiske hensyn stillede sig hindrende i vejen.

#### 2. Dr. Eilermanns undersøgelse.

Til belysning af de med de gamle metoder på et sindssygehospital opnåede resultater skal nævnes en af *dr. Ellermann* i 1948 foretaget efterundersøgelse af 231 mandlige patienter, der i årene 1924-33 havde været indlagt på Set. Hans hospital for alkoholmisbrug. En meget stor del af disse patienter frembød ret udtalte psykiske forandringer i form af karakterbrist, små evner eller i enkelte tilfælde sindssygdomme, hvilket naturligvis må tages i betragtning ved bedømmelsen af forløbet. Det lykkedes *dr. Ellermann* at finde frem til 159 af disse patienter, og heraf var 119 eller 75 % faldet tilbage til alkoholmisbruget. Af disse havde 35 været indlagt på Set. Hans i 3 måneder eller derunder, 36 i 6 måneder eller derunder, 24 i 9 måneder eller derunder, 9 i 12 måneder eller derunder, 5 i 18 måneder eller derunder.

og 6 i mere end 18 måneder. Det må her have for øje, at efter dansk lovgivning kan patienter, der kun lider af kronisk alkoholisme, ikke holdes tilbage på hospitalet imod deres vilje, og dr. Ellermann går ud fra, at alle, der kun har været indlagt i indtil 6 måneder (d. v. s. de 2 første grupper) er blevet udskrevet imod hospitalets ønske. Uanset dette er dr. Ellermann imidlertid af den opfattelse, at tallenes ringe størrelse giver anledning til en vis reservation, og at man ikke skal vente sig bedre resultater af længere ophold på sindssygehospitalet.

### 3. Fårupgårds patienter.

En i 1949 af socialrådgivere ved Københavns hospitalshjælp udarbejdet mindre undersøgelse vedrørende 22 patienter udskrevet fra Fårupgård i tiden 1. april 1947—31. marts 1948 viser, at 7 gennemførte kurtiden (1 år), 1 blev bortvist, 10 bortgik før tiden (4 uoplyste). Ved efterundersøgelsen kom man i forbindelse med 18, om hvis senere skæbne følgende oplyses:

Senere på andet afvænningshjem, nu helbredt . . . . .	1
Senere på andet afvænningshjem eller på anden vis behandlet for alkoholisme uden at være helbredt . . . . .	9
Senere i længsel grundet på alkoholmisbrug, ikke helbredt . . . . .	2
Lever under elendige forhold, ikke helbredt . . . . .	1
Mangelfulde oplysninger . . . . .	5

De foran nævnte tal må tages med alt muligt forbehold, bl. a. på grund af materialets ringe størrelse. Alligevel er der meget, som taler for, at oplysningerne vedrørende Fårupgård tegner et nogenlunde rigtigt billede af forholdene, og at man ville finde noget tilsvarende også for de andre afvænningshjem.

Af en bearbejdelse af journalmaterialet for 184 patienter på Ørsholt fremgik således, at halvdelen af de patienter, for hvilke der foreligger oplysninger, har tilbragt mindre end  $\frac{1}{2}$  år på afvænningshjem og tre fjerdedele mindre end 1 år. 90 forlod afvænningshjemmet i utide.

## B. Nyere metoder.

Om den nærmere karakter af den moderne behandling af alkoholskadede henvises til det lægelige afsnit 5 samt til den nærmere omtale (s. 12-18) af arbejdet på Københavns Kommunehospital, Overførstergården og Taastrup Kurhjem og forskellige ambulatorier.

De nye synspunkter peger på den store betydning af en samtidig lægelig og social behandling, således at man jævnsides med den egentlige helbredsmæssige kur sørger for at klare patientens problemer i forhold til omverdenen.

En sådan i det væsentlige ambulans social-medicinsk behandling er taget op mange steder mere eller mindre tilbunds gående alt efter de pengemidler, der har kunnet rådes over. Blandt disse behandlingssteder skal henvises til de allerede omtalte f. eks. Københavns Kommunehospitals ambulatorium med Overførstergården, klinikken for alkohollidende i Århus, afholdsbevægelsens klinikker i København, Ring i Ring's rådgivningskontorer og overlægen i psykiatri ved justitsministeriets psykiatriske undersøgelsesklinik.

Der foreligger endnu kun ret ufuldstændige opgørelser af de opnåede resultater af disse behandlingssteders arbejde. Der er dog ikke nogensomhelst tvivl om, at resultaterne er meget lovende.

Som eksempler på hvad der kan opnås ved anvendelsen af moderne metoder kan nævnes følgende:

### 1. Set. Hans Hospital

Fra *Set. Hans hospital giver overlæge Nørvig* i 1952 følgende billede af behandlingen med antabus:

»Da vi på hospitalet begyndte på behandlingen af vore alkoholskadede patienter med antabus, viste det sig ikke altid at være lige let at få patienterne til at tage tabletterne, til trods for, at man måtte forvente, at indlæggelsen var sket bl. a. for at blive behandlet med dette nye medikament. Da vi derfor foretog den første gennemgang af vore patienter, nemlig de patienter, der var indlagt mellem 1/7 1948 og 1/1 1951, ialt ca. 230, viste det sig, at behandlingen ikke var blevet gennemført hos ca. 100. Ca. 50 havde vi ikke fået tilstrækkelig kontakt

med efter udskrivningen, således at der tilbage kun var ca. 100 patienter, som vi havde fulgt en rimelig tid. Af disse 100 viste det sig, at ca. 30 havde klaret sig uden tilbagefald til alkoholmisbruget, hvorimod ca. 10 ikke havde klaret sig.

Resten mistede vi kontakten med efter nogle måneders forløb, men da vi kun har fået enkelte af disse indlagt siden, er der grund til at tro, at en ikke ringe del af dem også har klaret sig.

Selv om vi kun har en forholdsvis kort observationstid for de ca. 125, der blev udskrevet i året 1951, mener jeg dog, det kan have nogen betydning at nævne, hvorledes det er gået disse patienter. Ca. 15 nægtede at tage antabus, og ca. 10 har ikke kunnet tåle stoffet. Hos ca. 25 patienter har af forskellige andre grunde behandlingen ikke kunnet gennemføres. Af de ca. 75 patienter, der herefter har ladet sig behandle, som hospitalet ønskede det, har ca. 50 klaret sig, idet dog bemærkes, at observationstiden ikke er særlig lang, den korteste et par måneder. Om ca. 10 ved vi, at de ikke har klaret sig, og om ca. 15 har vi ikke fået tilstrækkelig sikre oplysninger.

Hospitalsopholdets varighed har været ca. 2 måneder, og vi har under opholdet tilstræbt at gennemføre en vis psykoterapeutisk behandling, at skaffe patienterne passende hvile og beskæftigelse, og endelig har vi, i den udstrækning det har været muligt, benyttet lejligheden til at sanere patienternes hjemlige og arbejdsmæssige forhold. Patienterne har fået besked om, at de efter udskrivningen, dersom de ønskede det, kunne henvende sig til overlægen i hans træffetid, og at de kunne få besøg i deres hjem af socialrådgiveren. Nogle er henvist til Kommunehospitalets psykiatriske poliklinik og andre til foreningen »Ring i Ring«. Efterbehandlingen var vist sig at være af stor værdi, og recidiv efter 2-3 måneders forløb har ofte kunnet klares ved hjælp af den således etablerede efterbehandling.

Når henses til, at de patienter, vi har behandlet, enten har været ude for langvarigt alkoholmisbrug, har frembudt legemlige eller sjælelige symptomer på alkoholskade, eller før alkoholmisbruget har været således psykisk udrustede, at deres modstand over for vanskeligheder i livet

har været relativt svag, forekommer det mig, at resultaterne må siges at være opmuntrende. Der er dog næppe tvivl om, at en del af de indlagte ikke behøver at blive behandlet på et sindssygehospital, men vil kunne behandles på en særlig afdeling, et alkoholsanatorium, eller hvad man nu vil vælge at kalde det. Tilbage bliver imidlertid efter mit skøn en del alkoholskadede, der trænger til en sådan psykiatrisk behandling, at den vanskeligt kan gives andre steder end på et sindssygehospital, og som også vil trænge til den kontakt, sindssygehospitalets læger og socialrådgivere kan tilbyde dem efter udskrivning.

Når vi får vor behandling af de alkoholskadede helt udbygget, vil det næppe være vanskeligt at afgøre, hvilke kategorier af patienter, der skal behandles det ene sted og hvilke det andet.

Overlæge Nørvigs således udtrykte mere almindelige erfaringer vedrørende antabusbehandlingens virkninger kan suppleres med en mere eksakt opgørelse vedrørende udskrevne patienter (delvis de samme, som danner grundlag for den ovennævnte redegørelse):

Sammen med *reservelæge Børge Nielsen, Set. Hans hospital har overlæge Nørvig* således i 1953 gennemført en efterundersøgelse af 221 mandlige patienter, som i tiden 1/7 1948 til 31/12 1950 havde været indlagt på hospitalet til kur for alkoholisme, og som var blevet behandlet efter de nye erfaringer, herunder med antabuskur. Alle patienterne frembød som nævnt ovenfor ved indlæggelsen mere eller mindre alvorlige symptomer, således at behandlingsmulighederne måtte anses for beskedne.

Af de 221 patienter var det på efterundersøgelsestidspunktet ikke muligt at opnå kontakt med 40. 42 var afgået ved døden, hvilket er et påfaldende stort tal. Dødsårsagen var i 15 tilfælde selvmord. For de resterende 139 patienter er resultatet på efterundersøgelsens tidspunkt vurderet således: Godt 43 (31,0 %), middelgodt 45 (32,4 %), dårligt 51 (36,6 %). I den sidste gruppe er dog medregnet samtlige dårligt oplyste tilfælde (ialt 26), hvilket må antages at være en for mørk bedømmelse.

Ved »godt« resultat er forstået, at patienten ikke har alkoholmisbrug, og at han er socialt rehabiliteret. »Middelgodt« betyder,

at patienten helt eller i det væsentlige er fri for sit tidligere alkoholmisbrug, men f. eks. har været genindlagt for psykiske lidelser eller er recidiveret kriminelt, eller endelig at han ikke har formået at klare sig socialt tilfredsstillende. Også »middelgruppen« kan altså med hensyn til selve alkoholismen betragtes som positiv, således at der kan regnes med positive resultater i knap  $\frac{2}{3}$  af tilfældene.

Formentlig er det al en vis interesse, at patientmaterialet synes at svare nogenlunde til dr. Ellermanns i forrige afsnit omtalte undersøgelse fra 1948 af et patientmateriale fra Set. Hans fra årene 1924-33, således at en vis sammenligning skulle være tilladelig. Ellermann fandt kun 25 % fri for alkoholmisbrug. Ved den nu foreliggende efterundersøgelse fra Set. Hans skulle der dog være konstateret væsentlig bedring hos 63,4 %, men observationstiden var ganske vist væsentlig kortere. Tallene tyder dog på, at de nye metoder er mere effektive end de tidligere.

## 2. Sociallægen i Århus.

*Sociallægen i Århus* har givet følgende oplysninger om behandlingen af alkoholskadede ved sociallægeinstitutionen i årene fra 1949 til 1952 på grundlag af en efterundersøgelse foretaget i 1955. Endvidere er der en kort redegørelse for de vigtigste nødvendige personlige forudsætninger for at drive personlighedsbehandling over for alkoholskadede.

»En af de vigtigste personlige forudsætninger for at kunne drive personlighedsbehandling med alkoholskadede og narkomaner og andre personer med sociale tilpasningsvanskeligheder er, at man er i stand til at indstille sig fordomsfrit over for deres problemer. Det er lettere sagt end gjort, og det er ofte, at man tror, at man kan, men at man alligevel gang på gang viser sine fordomme på forskellige diskrete måder, men dog så tydeligt, at patienterne, der er stærkt overfølsomme, alligevel registrerer dem uden at tage til genmæle. Hvorfor er det nu så vanskeligt at møde netop sådanne patienter uden fordomme? Vi er dog vænnet til fordomsfrihed over for mange forhold, seksuelle betænelser, kriminalitet. Jeg tror, at forklaringen ligger i, at disse patienters tilpasningsvanskeligheder har en

særlig karakter, som vi ikke har været vant til at møde som specielle symptomer, og at de derfor i de fleste tilfælde er ubearbejdede hos os selv. Jeg tænker på sådanne adfærdsformer som holdningsløshed, ansvarsløshed, tilbøjelighed til at flygte fra problemerne, lettere former for vagabondage, dovenskab, altså adfærdsformer, som i og for sig vel næppe er nogen af os fremmede, og som vi netop derfor ofte selv har måttet bekæmpe eller skubbe til side. Det er jo nu engang sådan, at man gennemgående er mest forarget over ting, som man godt selv kunne tænke sig at gøre, ting, som frister en, og som man må holde nede hos sig selv, mens man kan tage mere sagligt på forhold, som ligger helt uden for ens eget personlige erfaringsområde. Når jeg gør opmærksom på dette forhold, er det, fordi hver enkelt, der giver sig af med terapi af den art, må være meget opmærksom på sine egne reaktioner, specielt må man bemærke de følelser af foragt og forargelse, som man uvægerlig vil komme ud for. Man må nemlig være klar over, at hvis man ikke er i stand til at registrere og bearbejde disse følelser, vil man komme til at virke moraliserende over for patienterne og ikke kunne tage dem, som de er.

En anden vigtig forudsætning for behandlingen kan direkte afledes af det foregående, nemlig, at man må behandle patienterne ud fra deres egne forudsætninger, ikke fra terapeuternes. En moraliserende og dirigerende behandling vil oftest være en behandling, som ledes ud fra terapeutens forudsætninger alene, idet man ubevidst vil prøve at presse patienterne ind i det sæt af former, som man selv har, noget patienterne måske slet ikke er modne til eller nogensinde bliver modne til. Man må altså i stedet for at se på patientens situation ud fra sine egne forudsætninger, prøve at føle sig ind i patientens situation og muligheder, sådan at man kan starte ud fra patientens forudsætninger og lade patientens egen modning under behandlingen være bestemmende for de midler, man bruger, og de mål, man stiller sig. Det vil sige, at man ikke skal løse problemerne for patienten, det vil ofte blive patientløsninger, man skal sjældent give patienten ordrer, man skal derimod prøve at lade patienten ud fra sine egne forudsætninger finde frem

til løsninger og lade ham prøve at udiøre dem, selv om man ikke synes, at de er ideelle, og selv om man måske kan se, at de ikke kan effektueres. Med hensyn til målene for ens terapi må man ofte være meget beskedent, det nytter ikke at ville presse patienten frem til et niveau eller en tilpasning, som han ikke magter.

For at give et indtryk af de resultater, man opnår efter en behandling af denne art, jeg her har skitseret, skal jeg gøre rede for 196 alkoholmisbrugere, som så godt som alle hører ind under socialkontorets klientel, og som jeg har haft kontakt med i årene fra 1948 til 1952. Registreringen af resultaterne frembyder mange vanskeligheder, idet der dels er mange grader af resocialisering, dels er der omvendt mange grader af behandling, lige fra let social støtte, skub i den rigtige retning, op til sup-  
portativ terapi.

Af de 196 patienter opnåede man ikke tilstrækkelig kontakt med de 50 til, at behandlingen kunne gennemføres. Det drejer sig om tilfælde, hvor behandlingsbehovet har været svagt eller uægte, de er kommet nogle få gange, men er så udeblevet, og vi har kunnet konstatere, at de har fortsat deres misbrug uforandret.

I 19 tilfælde har en kortvarig behandling med en vis social støtte og nogle personlige samtaler med patienten og pårørende været tilstrækkelig til at bringe dem over deres vanskeligheder, sådan at de har kunnet afstå fra yderligere alkoholmisbrug. Det har væsentligst drejet sig om tilfælde af abus<sup>us</sup> spirituosorum.

Hos de resterende 127 har der været arbejdet med hver enkelt patient. Mange af dem er i lange perioder kommet dagligt på kontoret, andre er kommet til ugentlig kontrol, hos nogle er kontrollen gået over til hustruen, når man har lært hende tilstrækkeligt at kende og har fået tillid til hendes evner og vilje til at gribe ind. Inden for denne gruppe er der nu efter mere end 3 års kontroltid 38 patienter, som er fuldt resocialiserede, og som ikke drikker. Disse patienter har vi stadig kontakt med, de kommer engang imellem og hilser på os, men de får ingen behandling mere.

Derudover er der en gruppe på 11, som endnu er i behandling, eller som er taget op til behandling igen. Det er tilfælde, som

det er gået noget op og ned med, men som vi dog har en sådan kontakt med, at de kommer, når der er noget galt.

16 patienter har vi ikke kunnet følge, idet de enten er bortrejst fra byen eller på anden måde forsvundet ud af vores synskreds. 8 patienter er døde.

Om de 54 resterende patienter ved vi, at 16 patienter fortsat drikker temmelig regelmæssigt, resten drikker mere periodisk, og der kan ikke siges noget sikkert, om behandlingen har været til væsentlig gavt for dem.

2 af patienterne har efter afvænningen søgt andre narkotika, idet de er gået over til sovemidler i stedet for alkohol.

### 3. Klinikken i Århus.

*Klinikken for alkohollidende i Århus* (jfr. kap. 3 C 2 side 17) har pr. 1/1 1956 forsøgt at vurdere de opnåede resultater for alle patienter, der var kommet i forbindelse med klinikken før 1/7 1955. Den korteste observationstid er således 1/6 år. Der er ikke foretaget nogen egentlig efterundersøgelse vedrørende de patienter, som man ikke længere har kontakt med. En betydelig del af dem har man dog ad andre veje viden om, og iøvrigt vil størstedelen af denne gruppe være at finde blandt de dårlige resultater, således alle passanterne (patienter, der kun har haft en enkelt eller et par kontakter med klinikken), uanset at nogle af dem muligvis er bedret. Selv om tallene således ikke er sikre, giver de dog utvivlsomt i store træk et korrekt billede.

Resultaterne er for det første opgjort med henblik på selve drikkeriet. Næsten alle patienter har haft tilbagefald en eller flere gange, hvad dog ofte kun betyder, at de får bedre indsigt i deres egne svagheder.

Det er dernæst søgt opgjort, om der er sket en bedring af den økonomiske og sociale situation. Kun virkelig betydelig bedring er medregnet (afbetaling af skatterestancer eller andre større gældsposter, større nyanskaffelser, opnåelsen af stabilt arbejde etc.). For patienter, hvis økonomisk-sociale situation allerede ved behandlingens begyndelse var stabil og sikker, har man ikke registreret nogen bedring, selv om det er oplagt, at de nu anvender deres indkomst på en bedre måde end tidligere.

Patientens *egen* forståelse af alkoholpro-

blemerne og hans hele psykiske tilstand er også søgt vurderet. Selv om det på det sociale og økonomiske område går godt, og selv om patienten passer sin behandling upåklageligt, vil udsigterne for den, der ikke har fået indsigt i sine egne sjælelige vanskeligheder og i den rolle, alkoholen spiller på dette område, stadig være usikre.

Opgørelsen omfatter de første 368 patienter, der har haft forbindelse med klinikken.

Tabel 8.

Resultater for 368 patienter behandlet på klinikken for alkohollidende i Århus.

	Antal ppt.	I procent	I procent uden passanter
Passanter . . . . .	51	14	
Uforandrede . . . . .	104	28	33
Periodisk i behandling	11	3	3
Misbruget standset eller bedret . . . . .	78	21	25
Misbruget standset eller bedret + økonomisk- sociale forhold bed- ret . . . . .	6	2	2
Misbruget standset eller bedret + psykisk bedret . . . . .	28	8	9
Misbruget standset eller bedret + økonomisk- sociale forhold bed- ret + psykisk bed- ring . . . . .	90	24	28
Ialt 368		100	100

Af det samlede antal patienter er således 58 % bedrede, og for 24 % vedkommende er der bedring på alle områder. Ser man bort fra passanterne, der kun ganske forbigående har haft forbindelse med klinikken, omfatter bedringen  $\frac{2}{3}$  af patienterne.

Som anført er en del af patienterne henvist fra domstole og fængsler, idet de har opnået tiltalefrafald, betinget dom eller prøveløsladelse på betingelse af antabuskur; det tvangsmæssige ved disse patienters behandling volder sjældent vanskeligheder, idet det afgørende er, at der opnås kontakt og derigennem skabes behov for behandling hos patienten.

#### 4. Ambulatoriet på Københavns kommune-hospital.

Ambulatoriet på Københavns Kommunehospital og »Overførstergården« har sammenfattet resultatet af virksomheden i årene 1953, 1954 og 1955 således:

Der blev ialt modtaget 2010 patienter, hvoraf 1312 er optaget til behandling. Ved opgørelsen pr. 1/3 1956 var kontakten opretholdt med 486, eller 37 %. For disse 486 patienter var resultatet 38 % bedrede og 28 % uforandrede (34 % uoplyste). Dersom de uoplyste lades ude af betragtning, fås 57 % bedrede og 43 % uforandrede. (Ved »bedret« er forstået, at drikkeriet er ophørt eller aftaget ganske betydeligt gennem længere tid, og at patienten er psykisk stabiliseret, arbejdsdygtig, økonomisk uafhængig og socialt opadgående.)

En nærmere redegørelse for de af ambulatoriet opnåede resultater findes offentliggjort i Ugeskrift for Læger 1957, hvortil man skal henvises.<sup>1)</sup>

#### 5. Stor-Aalborg.

Antabuscentralen for Stor-Aalborg har foretaget en efterundersøgelse over det patientmateriale, der er tilgået organisationen i tiden fra 1/10 1951 til 31/12 1954 opgjort pr. 1/6 1956, ialt 415 patienter, hvoraf dog 63 patienter ikke er med i undersøgelsen, fordi de af forskellige grunde faktisk ikke kom til behandling.

Undersøgelsen kom herefter til at omfatte 352 patienter, heraf 339 mænd og 13 kvinder.

Ved efterundersøgelsen har man søgt at opdele materialet, dels efter hvorledes de pågældende har klaret sig med hensyn til spiritusmisbrug, dels efter forskellige sociale, arbejdsmæssige, familiemæssige og andre forhold, som på forhånd kunne tænkes at være af betydning for behandlingsresultaterne. Visse sammenhænge fremtræder herved ganske tydeligt, mens andre forhold kun synes at have lidt at gøre med behandlingsresultaterne.

Patienternes erhvervmæssige fordeling fremgår af nedenstående tabel:

1) Ib Venge: Om retningslinierne for social-psykiatrisk behandling af alkoholister, Ugeskrift for læger 119. årg., nr. 23. side 711-717. 1957.

Tabel 9.  
*Patienter på Antabuscentralen for  
 Stor-Aalborg fordelt efter erhverv.*

	Patienter	%,
Selvstændige . . . . .	37	10,5
Funktionærer og tjenestemænd	43	12,2
Faglærte arbejdere . . . . .	93	26,4
Ufaglærte arbejdere . . . . .	158	44,9
Rentemodtagere m. v. . . . .	21	6,0
	376	100,0

Det kan siges, at klinikens patienter, dog med et ikke ubetydeligt antal undtagelser, gennemgående rekrutteres fra den økonomisk og erhvervsmæssigt dårligst stillede del af befolkningen,

Med hensyn til *behandlingsresultater* *ne* har man foretaget følgende klassifikation:

- \*\*\*\*: Intet eller normalt forbrug. I tilfælde med social tilbagegang kræves fuldstændig resocialisering. 54 patienter, 15,3 %.
- \*\*\*: Sjældent tilbagefald. Kontakt med organisationen ikke nødvendig. I tilfælde med social tilbagegang kræves fuldstændig resocialisering. 113 patienter, 32,1 %.
- \*\* : Lejlighedsvis tilbagefald. Kræver ved tilbagefald kontakt med organisatio-

nen for at komme op igen. I tilfælde med social tilbagegang kræves hel eller dog væsentlig resocialisering. 60 patienter, 17,1 %.

\*: Hyppige tilbagefald. Stadig kontakt med organisationen påkrævet. Ustabil resocialisering. 29 patienter, 8,2 %.

0: Intet væsentligt opnået, eventuelt efter forbigående bedring. 80 patienter, 22,7 %.

Uoplyst 16 patienter, 4,6%.

For 58 patienter (16,5 %) var observationsperioden 17-24 måneder, for 75 patienter (21,3%) 24-36 måneder, for 101 patienter (28,7 %) 36-48 måneder og for 118 patienter (33,5 %) 48-57 måneder, men der synes *ikke* at være sammenhæng mellem observationstidernes længde og de opnåede resultater eller med andre ord, den her anførte korteste observationstid på et par år skulle i de fleste tilfælde være tilstrækkelig til bedømmelse af behandlingsresultaterne.

Klinikken har endvidere foretaget en opgørelse af resultaterne efter, hvilke *personer eller organer der har henvist patienterne til behandling*:

Tabel 10.  
*Resultaterne fra Antabuscentralen for Stor-Aalborg fordelt efter henvisende personer eller organer.*

	****	***	**	*	o	Uoplyst	Ialt patienter	%
Kommet på eget initiativ . . . . .	11	25	11	4	17	0	68	19,3
Henvist af familie . . . . .	26	35	26	16	26	7	136	38,6
Henvist af læge . . . . .	7	30	5	2	8	4	56	15,9
Henvist af hospital . . . . .	1	2	1	1	2	0	7	2,0
Henvist af arbejdsgiver . . . . .	5	12	4	1	2	2	26	7,4
Henvist af socialkontor . . . . .	1	4	8	2	12	0	27	7,7
Henvist af Dansk Forsorgsselskab	1	1	1	0	6	2	11	3,1
Vilkår i betinget dom . . . . .	1	3	3	3	2	0	12	3,4
Vilkår for prøveløsladelse	1	1	1	0	5	1	9	2,6
	54	113	60	29	80	16	352	100,0

Hvis man på den ene side ser på patienter, der er henvist af familie eller kommet på eget initiativ, henvist af læge, hospital eller arbejdsgiver, og på den anden side dem, der kommer fra socialkontorerne, Dansk forsorgsselskab, de betinget dømte eller de prøveløsladte personer, giver tallene en meget klar forskel, og det må regnes for overbevisende sikkert, at personer,

der kommer fra den første gruppe (man kunne kalde dem de privat henviste), har væsentlig større chancer for et godt resultat af behandlingen end dem, der henvises mere eller mindre tvangsmæssigt af de offentlige myndigheder.

Behandlingsresultaterne er endvidere sat i forhold til *patienternes aldersfordeling* ved behandlingens begyndelse:

Tabel 11.  
Resultaterne for Stor-Aalborg fordelt efter alder ved behandlingens påbegyndelse.

	****	***	**	*	o	Uoplyst	Ialt patienter	%
Under 20 år . . . . .	1	2	1	0	0	0	4	1,1
20-24 år . . . . .	2	2	4	4	7	1	20	5,7
25-29 år . . . . .	7	20	13	2	21	3	66	18,7
30-34 år . . . . .	7	20	13	5	19	2	66	18,7
35-39 år . . . . .	12	17	10	9	10	2	60	17,1
40-44 år . . . . .	5	15	6	2	12	3	43	12,2
45-49 år . . . . .	9	18	4	5	6	3	45	12,8
50-54 år . . . . .	8	9	5	0	3	1	26	7,4
55-59 år . . . . .	1	6	2	1	2	0	12	3,4
60-64 år . . . . .	2	3	1	0	0	1	7	2,0
65-70 år . . . . .	0	1	1	1	0	0	3	0,9
	54	113	60	29	80	16	352	100,0

Der synes at være større muligheder for at opnå gode resultater ved behandling af de ældre patienter end ved behandling af de yngre og ganske unge.

En tydelig forskel med hensyn til behandlingsresultater fremtræder ved at sætte disse i relation til patienternes civilstand:

Tabel 12.  
Resultaterne for Stor-Aalborg fordelt efter patienternes civilstand.

	****	***	**	*	o	Uoplyst	Ialt patienter	%
Giftede . . . . .	40	84	37	21	38	6	226	64,2
Ugifte . . . . .	8	10	9	4	21	7	59	16,8
Separerede . . . . .	1	4	3	4	2	1	15	4,3
Fraskilte . . . . .	4	10	8	0	19	2	43	12,2
Enkestand . . . . .	1	5	3	0	0	0	9	2,5
	54	113	60	29	80	16	352	100,0

Der kan ikke være tvivl om, at der er opnået væsentlig bedre resultater for gifte patienter end for de ugifte eller forhen gifte.

Patienterne havde ialt 611 børn. Antallet af børn pr. familie, som havde børn, (ialt 238) var knap 3. Heri adskiller patienterne sig næppe fra den almindelige danske familienorm. For så vidt angår de gifte eller forhen gifte, synes der ikke at være nogen forskel på behandlingsresultaterne, hvad enten de havde børn eller ej, eller efter antallet af børn.

Patienterne synes selv at komme fra temmelig store søskendeflokke; ca. 54 % var således fra søskendeflokke på 4 eller flere søskende.

Behandlingsresultaterne viser iøvrigt ingen sammenhæng med størrelsen af de søskendeflokke, fra hvilke patienterne kommer.

Der er i undersøgelsesmateriale gjort en

del ud af patienternes placering i søskendeflokke?}. Interessen for dette spørgsmål synes at komme fra en populær hypotese, der går ud på, at der skulle være sammenhæng mellem en persons placering i søskendeflokken, særlig som ældste eller yngste barn, og forskellige asocialitetsfænomener (kriminalitet, spiritusmisbrug, varig forsorgstrang). Hittidige undersøgelser på dette punkt har imidlertid ikke givet klare resultater.

Heller ikke det her fremlagte talmateriale viser sammenhæng mellem behandlingsresultaterne og patienternes placering i søskendeflokken.

Af patienterne er 271 opdraget hos begge forældre, 48 hos en af forældrene og 33 hos slægtninge, fremmede eller på børnehjem. Behandlingsresultaterne viser ingen sammenhæng med patienternes således oplyste opdragelsesforhold.

En sammenhæng mellem patienternes



*opvækststed* (om den er foregået på landet, hvorfra 111 patienter kommer, eller i byerne, hvorfra 225 patienter kommer, eller begge steder 16 patienter) og behandlingsresultaterne, har ikke kunnet påvises. Ej heller har man fundet nogen sammenhæng mellem behandlingsresultaterne og det forhold, at en patient har haft *skolegang* udover den almindelige folkeskole.

Derimod findes der en signifikant *sammenhæng mellem uddannelsesforhold, for så vidt angår faglig uddannelse, og behand-*

*lingsresultaterne.* Ialt 198 patienter (56,2 %) havde en faglig uddannelse af en eller anden art, mens 154 ikke havde en sådan uddannelse. Af 198 med faglig uddannelse faldt 104 i de 2 bedste resultatgrupper, og 83 i de 3 dårligste (11 uoplyst), mens der al de ufaglærte kun faldt 63 i de 2 bedste resultatgrupper, og 86 i de dårligste (5 uoplyst). Forskellen kan dog skyldes forskelle i beskæftigelsesforhold.

Patienternes beskæftigelsesforhold ved kurens begyndelse fremgår af tabel 13.

label 13.  
*Behandlingsresultater for Stor-Aalborg i forhold til arbejdsforhold ved kurens begyndelse.*

	****	***	**	*	o	Uoplyst	Ialt patienter	%
I arbejde . . . . .	32	77	31	16	19	8	183	52,0
Ikke understøttede								
arbejdsledige . . . . .	5	9	8	7	30	4	63	18,0
Arbejdsløshedsunderstøttede								
udover 3 mdr. . . . .	5	7	3	1	7	0	23	6,5
Arbejdsløshedsunderstøttede								
under 3 mdr. . . . .	6	8	5	2	5	2	28	7,9
Kommunehjælpsmodtagere								
udover 3 mdr. . . . .	4	7	12	3	11	0	37	10,5
Kommunehjælpsmodtagere								
under 3 mdr. . . . .	2	5	1	0	8	2	18	5,1
	54	113	60	29	80	16	352	100,0

Det ses, at 52 % af patienterne havde arbejde, da de underkastede sig behandlingen. Behandlingsresultaterne, for så vidt angår denne gruppe, er betydelig bedre, end

for så vidt angår de ikke-beskæftigede.

Der er endvidere foretaget en opgørelse vedrørende patienternes *boligforhold*. Resultaterne fremgår af tabel 14.

Tabel 14.  
*Resultaterne fra Stor-Aalborg i forhold til patienternes boligforhold ved kurens begyndelse*

	****	***	**	*	o	Uoplyst	Ialt patienter	%
God lejlighed . . . . .	29	59	22	11	21	6	148	42,1
Dårlig lejlighed . . . . .	12	24	13	9	10	2	70	19,9
Bopæl på husvildeafdeling . .	1	3	2	1	4	0	11	3,1
Bopæl på værelse . . . . .	12	24	20	7	31	7	101	28,7
Bopæl på herberg . . . . .	0	1	1	0	2	1	5	1,4
Bopæl på forsørgelsesanstalt .	0	1	2	0	2	0	5	1,4
Ingen fast bopæl . . . . .	0	1	0	1	10	0	12	3,4
	54	113	60	29	80	16	352	100,0

Tallene viser en sammenhæng, hvis man deler i patienter med lejlighed (god eller dårlig) på den ene side og de øvrige patienter på den anden. Prognosen for de før-

ste er langt bedre end for den anden gruppe.

Med hensyn til *alderen ved misbrugets begyndelse* vil man formentlig særlig fæstne

sig ved, at ca. 2/3 al patienterne har påbegyndt deres **spiritusmisbrug** inden det 30. år. **Behandlingsresultaterne** synes at være **uafhængige** al alderen ved misbrugets begyndelse.

Heller ikke ved at sætte *misbrugets varighed* i relation til resultaterne, fremkommer signifikante forskelle, for så vidt angår misbrug, som har været mere end 1 år (og for så vidt angår de helt korte misbrug er tallene så små, at man ikke kan slutte noget deraf). I betragtning af den karakteristisk, som misbrugets varighed iøvrigt giver af klientellet, skal resultaterne vedrørende varigheden gengives i nedenstående tabel:

Tabel 15.

*Patienterne for Stor-Aalborg fordelt efter misbrugets varighed ved behandlingens begyndelse.*

	Ialt	«/»
Under 3 måneder . . . . .	3	0,9
3- 6 mdr. . . . .	4	1,1
6-12 » . . . . .	16	4,6
1- 5 år . . . . .	113	32,1
5-10 » . . . . .	86	24,4
over 10 år . . . . .	130	36,9
Ialt _____	352	100,0

Blandt patienterne har 9 været under børneforsorg, 10 betinget dømt, 75 med en eller flere fængselsdomme eller arbejdshus. Behandlingsresultaterne for disse 94 patienter er noget ringere end for patienter, som ikke har været underkastet børneforsorg eller fået domme for kriminelle forhold.

193 patienter drak væsentlig «41, 82 væsentlig snaps, 44 væsentlig portvin og 33 væsentlig sprit. Behandlingsresultaterne for denne sidste gruppe er noget ringere end for dem, der går på de noget mindre belastende vædsker.

Den almindelige *konklusion* med hensyn til behandlingsresultater synes at være, at *behandlingsprognosen er væsentlig gunstigere for patienter, som på behandlingstidspunktet havde stabile sociale forhold, end for patienter hvis sociale forhold er dårlige.*<sup>2)</sup>

Derimod har man fundet lidet eller in-

gen korrelation med hensyn til behandlingsprognose og forhold, som ligger langt tilbage i patientens liv, f. eks. opdragelsesforhold, søskendeforhold, alder ved misbrugets begyndelse o. l.

Det må fremhæves, at de socialt dårligt stilledes ringere prognose ikke betyder, at disse tilfælde er håbløse; kun at de er vanskelige. Det kræver en meget større indsats at få resultater af behandlingen af alkoholisme hos en person, der iøvrigt er gået til bunds i samfundsmæssig henseende end for den, der fortsat fører en normal tilværelse.

#### 6. Justitsministeriets overlæge i psykiatri.

Med hensyn til det af *justitsministeriets overlæge i psykiatri* ledede ambulatorium henvises til det i kap. 3 side 25-26 anførte vedrørende denne virksomheds omfang.

#### 7. Psykopatforvaringsanstalterne.

På *psykopatforvaringsanstalterne i Herstedvester* har lægerne dr. med. *Karl Teilmann* og *H. Alois Hansen* i en periode på 2½ år (1. november 1948-1. juni 1951) søgt at gennemføre en intensiv behandling af kriminelle alkoholskadede efter socialpsykiatriske retningslinier.

Om forsøget, der omfattede 79 *prøveudskrevne mandlige, kriminelle alkoholskadede*, der faldt i 2 hovedgrupper, er følgende oplysninger givet:

*Gruppe 1*, det egentlige materiale, bestod af 41 udtalt psykisk abnorme, hvoraf de 30 havde været i psykopatforvaring i ca. 3 år. De resterende 11 var almindelige strafafsonere, der under afsoningen havde vist sig så psykisk abnorme, at de var blevet overført til fængselsvæsenets observationsafdeling på psykopatanstalten, hvor de havde været mindst en måned, således at de i lighed med de forvarede havde opnået en virkelig tilknytning til anstalten og dens personale.

*Gruppe 2*, på 38 personer, var en kontrolgruppe af almindelige fængselsfanger, der havde afsonet i statsfængsel, og blev løsladt på prøve via observationsafdelin-

2) Vedrørende en *nærmere* undersøgelse af, hvilke forhold, der særligt giver mulighed for at stille en *prognose* for behandlingsresultaterne vedrørende alkoholisme henvises til Kirsten Rudolf: En undersøgelse af mulighederne for ved ambulante antabusbehandling i forbindelse med social og personlig rådgivning at helbrede alkoholidelser hos forskellige sociale grupper. Socialt Tidsskrift 1957 side 249-275.

gen, hvor deres ophold havde været ganske kortvarigt, af temmelig formel karakter, og blot havde haft til hensigt at indstille dem på den rette antabusdosering. Kun for ca. en trediedels vedkommende havde man lejlighed til under ambulant arbejde efter løsladelsen at oparbejde en rimelig kontakt; de to trediedele af denne gruppe stod under det almindelige tilsyn, der udøves for alle prøveløsladte fanger gennem Dansk Forsorgsselskab.

Såvel psykisk som kriminelt og socialt var personerne i gruppe 1 udtalt hårdere belastet end dem i gruppe 2. For alles vedkommende måtte deres alkoholisme betegnes som alvorlig; i begge grupper svarede misbrugets længde til næsten halvdelen af gennemsnitsalderen; et stort antal var ensomhedsdrankere og sprittere. Mens alle patienterne i gruppe 1 var udtalt psykisk abnorme, gjaldt dette kun få af patienterne i gruppe 2. For begge grupper gjaldt, at det drejede sig langt overvejende om svært kriminelle; omkring halvdelen var straffet med mere end 6 gange fængsel eller anden frihedsberøvelse. Den sociale stabilitet, arbejds-, erhvervs-, familie- og bolig-mæssigt, var tydeligt dårligere for gruppe 1 end for gruppe 2.

I anstalten var *gruppe 1* underkastet anstaltens sædvanlige lægelige, psykologiske og pædagogiske behandling, med særlig sigte på klarlægning af de faktorer i personlighedsudvikling, livsførelse og miljø, der havde haft betydning for alkoholismen. Ved slutningen af denne første del af behandlingen blev de, 1-2 måneder før prøvedskrivningen, indstillet på den rette dosis antabus. Man lagde stærkt vægt på, at behandlingen efter prøvedskrivningen lå i forlængelse af behandlingen før prøvedskrivningen, at den samme læge og den samme forsorgsmedarbejder behandlede patienten i og uden for anstalten. Dette, og graden af kontakt mellem patient og behandlere, synes efter erfaringerne under arbejdet at være de væsentligste faktorer for at opnå et godt behandlingsresultat.

Inden prøvedskrivningen var patientens økonomiske forhold (sygekasse - fagforening - skatterestance - børnepenge m. m.) i videst muligt omfang saneret; tøj og boligproblemer var ordnet gennem forsorgsmedarbejderen.

Enhver prøvedskrevet står under anstaltens tilsyn med mulighed for genindsættelse ved overtrædelse af reglerne; man lagde imidlertid vægt på, at det ikke var denne tilsynets myndighed, men kontakten, der var forudsætningen for at løse opgaverne. I de første uger efter prøveløsladelsen stod forsorgsmedarbejderen i daglig telefonisk forbindelse med patienten, og han eller lægen aflagde patienten mindst eet ugentligt rutinebesøg, senere ca. hver 11. dag. Endnu vigtigere var, at afvænningsbehandlingen virkede som en ambulance, hvor læge eller forsorgsmedarbejder, uanset tidspunkt på døgnet, rykkede ud til værtshus eller hjem, så at patienten netop på de tidspunkter, hvor han havde brug for hjælp, fik en levende fornemmelse af kontakt.

For at støtte patienten i at tage antabus konstant traf man med patientens billigelse ordninger med forskellige personer, gerne en arbejdsformand, nødigere den eventuelle hustru, for hvem dobbeltrollen som hustru, barnepike og spion var en for stærk belastning. I det store flertal af tilfældene viste det sig umuligt at gennemføre tabletbehandlingen i hele perioden; hos halvdelen var det umuligt at gennemføre en blot nogenlunde regelmæssig tabletbehandling.

Ved behandlingens ophør den 1/6 1951 var *status med hensyn til drikkere* for gruppe 1 (41 personer):

9 var udgåede af behandling: 5 recidiveret kriminelt (og til alkoholmisbrug), 2 anbragt i henholdsvis sindssygehospital og optagelseshjem, 1 forsvundet til udlandet og 1 død.

Resultaterne for de resterende 32: 1 var totalt afholdende, 12 var ikke-misbrugere, 6 var misbrugere, men drak sjældnere og i kortere ture, og hos 10 var drikkevanerne uforandrede.

*Status socialt — økonomisk - arbejdsmæssigt:* Af de 32 på fri fod syntes 15 socialt stabiliserede. Situationen var usikker for 10' vedkommende og for 7 var social deroute sandsynlig.

*Kriminelt recidiv:* Da alkoholismen såvel som kriminaliteten må opfattes som en tilstand, hvis årsager ligger i et samspil af mange faktorer af social, psykisk, og eventuel fysisk art, må den rationelle behand-

**ling** at såvel alkoholskadede som kriminelle blive en intensiv social - psykiatrisk, eventuelt tillige somatisk behandling, hvorfor **det** er rimeligt at antage, at **forskellige** i kriminelt recidiv har en sammenhæng med forskelle i behandlingen.

Man har **fulgt** de to gruppers kriminelle recidiv ved med et års mellemrum at opgøre i procent, hvor mange af udgangsmaterialet der er blevet tilbage som levende, på **fri** lod, og ikke kriminelt recidiverede. Pr. 1. januar 1955, i gennemsnit godt 5 år efter prøveløsladelsen, findes, at 21 af gruppe 1 (51 %) imod kun 12 af gruppe 2 (32 %) har klaret sig uden tilbagefald til kriminalitet, til trods for, at gruppe 1 udgjorde en psykisk, kriminelt og socialt væsentlig hårdere belastet gruppe.

Resultatet synes at vise, at det kan nytte at gøre forsøg på behandling af alkoholskadede, selv hvor de sværeste komplikationer af psykisk, kriminel og social art fore-

ligger. Da en detaljeret gennemgang af årsopgørelserne viser, at antallet af kriminelle recidiver efter 3 års forløb bliver ganske ringe, også for den ubehandlede gruppe 2, må den optimale behandlingstid ligge omkring 3 år.

Set fra et *samfundsøkonomisk* synspunkt synes den ambulante behandling af kriminelle, udtalt psykisk abnorme alkoholskadede efter de beskrevne retningslinier i høj grad at kunne betale sig. Selv i de tilfælde, hvor behandlingen må strække sig over mange år bliver omkostningerne langt fra så store, som de udgifter, en indespærring medfører. Den af patienterne, der krævede mest arbejde, har inklusive beregnet arbejds løn til læger og forsorgsmedarbejdere højst kostet J .500 kr. pr. år, mens udgifterne ved en internering i psykopatanstalterne på samme tidspunkt kunne anslås til ca. 10.200 kr. pr. år.

## Kapitel 5.

# Alkoholisme og alkoholismebehandling som medicinsk problem.

Ved dr. med. Erik Jacobsen})

### A. Alkoholismen.

Der skal i det følgende ikke gives en ud-tømmende beskrivelse af alkoholisme som medicinsk problem, men kun nævnes de forhold, som har væsentlig betydning for behandling af alkoholskadede her i Danmark. Af denne grund vil mange forhold af stor interesse lades uomtalte, og det er ligeledes uundgåeligt, at meget vil blive simplificeret.

Som *alkoholskadedet* vil man i det følgende forstå en person, som af en eller anden grund er ude af stand til at begrænse sit alkoholforbrug, og legemligt, sjæleligt og/eller socialt lider herunder.<sup>2)</sup> Selv om den måske ikke er videnskabelig fuldt korrekt, vil denne definition dog dække de patienter, der vil trænge til hjælp.

Alkoholisme er at betragte som en sygdom og skal behandles som sådan.

En fri og uhindret adgang til alkoholiske drikke er ikke tilstrækkelig til at udvikle alkoholisme hos alle mennesker. Der må foreligge en vis individuel disposition hertil, hvorfra alkoholismen kan udvikles ud fra et alkoholforbrug, som stiger til et misbrug. Man skelner mellem stadier i udviklingen: ekssivt drikkeri, symptomatisk drikkeri og addiktivt drikkeri. De to sidste falder nærmest sammen med det, der her forstås ved alkoholisme. Distinktionen mellem de nævnte former har sin store teoretiske interesse, men har næppe stor betydning for det foreliggende specialpro-

blem, alkoholismen i Danmark og dens behandling.

I det følgende vil man først gennemgå forudsætningerne for sygdommen, først den såkaldte disposition, derefter de alkoholvaner, som kan *lede* til alkoholisme hos de disponerede personer. Herefter følger en beskrivelse af alkoholismens symptomer med særligt henblik på de symptomer, der kan iagttages hos det danske patientmateriale. Derpå følger en beskrivelse af alkohols virkning på de alkoholskadede og udviklingen af sygdommen.

I andet afsnit gives først de almindelige principper for behandlingen og patienternes indstilling til behandlingen. Den sociale og psykiske side af behandlingen bliver så mere indgående beskrevet tillige med de metoder, hvormed man kan forhindre patienterne i at drikke alkohol. Behandlingen rummer en række specialproblemer, som f. eks. behandlingen af den berusede patient, indikationerne for indlæggelse og anden form for særlig behandling. Sluttelig gives en kort beskrivelse af behandlingsforløbet med særligt henblik på de komplikationer, som kan opstå under behandlingen.

#### 1. Dispositionen.

Man ved intet om, hvad der betinger dispositionen til alkoholisme, men antager, at den i reglen er medfødt. Den kan være arvelig: Hos alkoholskadede finder man for

1) Afsnittet er udarbejdet under hensyntagen til større - delvis utrykte - redegørelser af overlæge Max Schmidt og dr. med. Karl Teilmann.

2) WHO's ekspertkomite delinerer alkoholisme således:

Alkoholskadede er de umådeholdne personer, hvis afhængighed af alkohol har nået en sådan grad, at den frembyder en erkendelig, sjælelig forstyrrelse, eller griber ind i deres legemlige eller sjælelige sundhed, deres forhold til andre mennesker og deres gnidningsløse sociale og økonomiske tilpasning, eller som viser begyndende tegn på en sådan udvikling, jfr. bilag III, side 100.

hyppigt alkoholskadede blandt slægtninge i den opadstigende linie til, at dette kan være et sammentræf. I sådanne tilfælde er det ikke det store alkoholforbrug, der i sig selv har beskadiget arveanlæggene, således at der er udviklet alkoholisme hos afkommet, men dispositionen er ført videre med arveanlæggene, og dette kan ske gennem led, der har været total-afholdende hele deres liv. En alkoholskadede kan have en total-afholdende fader, men en alkoholskadede bedstefader.

Man ved endnu ikke, efter hvilke love dispositionen nedarves. Dispositionen kan være medfødt, uden at være egentlig nedarvet, men dette forhold er endnu uoplyst; vigtigere er det, at en disposition også kan erhverves og altså ikke behøver at være medfødt. Hos nogle patienter synes dispositionen at have udviklet sig i tilslutning til en alvorlig hjernerystelse. Muligvis kan også svære infektionssygdomme virke på samme måde.

Dispositionen til alkoholisme er mere eller mindre udtalt. Det er yderst sjældent, at den er så udtalt, at en person bliver alkoholskadede fra den første gang, han smager spiritus. For at alkoholismen kan udvikles, kræves der en kortere eller længere periode med et højt og i reglen stigende alkoholforbrug. Under denne udviklingsperiode har patienten kontrol over sit alkoholforbrug og kan standse indtagelsen, når han mener det nødvendigt; men det bliver mere og mere vanskeligt for patienten at stoppe, og når patienten ikke *kan* stoppe drikkeriet, selv om han iøvrigt gerne ville eller er klar over, at han burde, er sygdommen fuldt udviklet.

Kontrollen med alkoholindtagelse er særlig vanskelig, når patienten allerede har indtaget en vis mængde alkohol. Mange patienter har ikke særligt vanskeligt ved at lade helt være med at nyde alkohol, ofte i ret lange perioder ad gangen, men når de først er begyndt at drikke, bliver trangen til at fortsætte bogstaveligt tvangsmæssig, og under indflydelse af alkohol bliver patienten ved med at drikke på trods af alle sundhedsmæssige eller sociale følger.

Dette forhold er så hyppigt, at man har defineret en vis alkoholmængde, nødvendig for at få patienterne til at fortsætte drikkeriet som »katastrofefunkt« eller »den kritiske mængde«. Denne mængde kan va-

riere stærkt fra patient til patient og fra tid til anden hos samme patient, hvorfor begrebet ikke må tages for håndfast.

Dispositionens natur er ganske ukendt. Den har imidlertid ikke noget at gøre med karakterstyrken hos de pågældende personer. Man kan se yderst karaktersvage mennesker, der aldrig bliver alkoholskadede, og man kan finde en udviklet karakterstyrke på andre punkter hos en alkoholskadede.

Det vil blive nævnt i det følgende, at en neurose eller en psykopatisk konstitution kan føre til en alkoholisme og hyppigt gør det, men der kræves også her, at denne »mystiske« disposition er tilstede. Ikke enhver neurotiker eller psykopat bliver alkoholskadede — og ikke enhver alkoholskadede er i sig selv neurotiker fra begyndelsen eller psykopat.

For en fuldstændigheds skyld skal det blot nævnes, at der af og til dukker forskellige teorier op til forklaring af disposition til alkoholisme. Ofte bliver disse teorier omtalt i pressen og vækker en vis sensation. Man har således ment, at disposition skulle skyldes mangel på visse vitaminer eller en svigtende hormonbalance. Selv om en vis trang til alkoholindtagelse kan vises i dyreforsøg under f. eks. vitaminmangel, er der ingen holdepunkter for, at de nævnte forhold skulle være medvirkende, endsiges enerådende ved udviklingen af alkoholisme hos mennesker, og alle helbredelsesforsøg, der har været baseret på sådanne ideer, er mislykkedes.

## 2. Alkoholforbruget.

Som omtalt går der som oftest en periode med et stort alkoholforbrug hos patienterne forud for den egentlige alkoholisme. Et sådant højt alkoholforbrug har naturligvis sin oprindelse i de almindelige drikkeskikke og drikkevaner. For Danmarks vedkommende kan de hyppigste årsager til et højt alkoholforbrug være erhvervsbetonede, selskabelige eller af psykisk karakter.

Et dagligt forbrug findes i beværtningsbranchen eller i erhverv, hvor handel etc. afsluttes linder indtagelse af større mængder alkohol. I det hele taget vil der være en fare for udvikling af alkoholisme hos disponerede individer i ethvert milieu, hvor der ved hyppige lejligheder fortæres

alkohol. Patienterne i denne gruppe er karakteriserede ved ikke at have nogen større sjælelige konflikter som baggrund for det høje forbrug, der har ledet til alkoholismen.

Patienterne inden for en anden gruppe er begyndt at drikke alkohol for herigennem at føle en kontakt med omverdenen, som de ellers vanskeligt føler. Dette gælder f. eks. mange, der af naturen er sky og tilbageholdende, men gerne vil være åbne »som andre mennesker«. Som eksempel kan nævnes unge mennesker, der går til »foreningsballe« og er bange for pigerne. De opdager, at en dosis alkohol hjælper dem, og benytter sig heraf. En del alkoholisme her i landet er begyndt på denne måde. Der er også andre former for drikkeri, hvor en vis kontaktevne søges opnået ved hjælp af alkohol. Et eksempel er de lidt frygtsomme naturer, som har ondt ved at hævde sig, og som ønsker at komme i »mandfolkeselskab«.

En tredje gruppe repræsenterer personer af en vis neurotisk konstitution med tilbøjelighed til depressive reaktioner eller angstreaktioner og som søger at behandle disse reaktionsformer med alkohol. Hos patienter af denne type behøver der i og for sig ikke at være nogen trang til kontakt med omverdenen, men patienterne har erfaret, at de kommer i bedre psykisk balance gennem anvendelsen af alkohol, og føler sig fristet herigennem. Disse patienter søger ikke altid selskab for at drikke, men foretrækker i mange tilfælde egentlig at indtage alkohol alene. Til denne gruppe kan man også regne dem, som er kommet ind i et stort alkoholforbrug på grund af tilpasningsvanskeligheder i almindelighed, på grund af en såkaldt psykopatisk konstitution. Hvis der i sådanne tilfælde udvikles en alkoholisme, kan den for så vidt opfattes som en af de mange følger af den manglende tilpasningsevne, der også kan give sig mange andre udslag som f. eks. vagabondering, kriminalitet, asocialitet o. s. v.

Der findes også andre mindre hyppige årsager, som kan fremkalde et stort alkoholforbrug. Herimellem kan eksempelvis nævnes, at alkohol kan lindre visse legemlige ubehag: hovedpine, mavesår, hos kvinder menstruationssmerter; men disse årsager til alkoholisme spiller en mindre rolle end de ovenfor nævnte.

Det er en almindelig misforståelse, at personer, der af en af de nævnte årsager er kommet ind på et stort alkoholforbrug, absolut vil ende som alkoholskadede. Dette er ikke tilfældet; der findes talrige personer, som i en vis periode af deres liv har drukket bravt af den ene eller anden årsag, og som har kunnet standse igen efter at have opnået en vis stabilisering i samfundet, og har været mådeholdne for resten af deres tilværelse. Som omtalt kræves der ikke alene et bestemt milieu for at blive alkoholskadede, der kræves også den disposition, som er diskuteret ovenfor. Når det ikke destomindre er vigtigt at kende de omstændigheder, der har ført ind i alkoholismen, skyldes det, at oplysninger herom giver et indblik i patientens vaner og sjælelige struktur, som er nødvendigt for en forsvarlig behandling.

### 3. Symptomer.

Alkoholismens symptomer er beskrevet så indgående mange steder, at det kun er nødvendigt at antyde de faktorer, som er vigtige for oprettelsen af en behandlingsorganisation.

Alkoholisme, ud fra hvilken mekanisme den end er opstået, vil få følger for *patientens sociale forhold*, fremkalde *neuroser* og angribe hans *legemlige helbred*.

De sociale forhold bliver behandlet andetsteds, her skal kun omtales enkelte forhold, som har medicinsk interesse, d. v. s. som har betydning for udviklingen af andre symptomer eller for behandlingen. I *erhvervslivet* ses direkte forsømmelser, påvirkethed på arbejdspladsen og almindelig nedgang i arbejdsydelsen med en deraf følgende *svigtende indtjeningssevne*, her i landet hyppigst i form af arbejdsløshedsperioder. På den anden side stiller alkoholforbruget store krav til en økonomisk præstationsevne, som ikke kan honoreres af patienten, hvorved resultatet bliver *gæld*, og/eller *understøttelse*, som kan komme fra familien (herunder, at hustruen må tage arbejde), fra arbejdsløsheds-kasser, eller fra det offentlige, i den nævnte rækkefølge.

*Familielivet* påvirkes dels gennem den svigtende økonomi dels gennem den usikkerhed i omgangsformen, som opstår ved, at de pårørende aldrig ved, når patienten vil optræde påvirket og derved forårsage ubehageligheder eller social skandale. Pa-

denterne lover ofte bedring, men gentagne, uundgåelige løftebrud skaber en steds stærkere usikkerhed og spænding inden for familiekredsen. Seksuelt vil patienterne ofte komme med tilnærmelser, når de er under alkoholpåvirkning, og dette kan vække afsky hos hustruen, og derved skabe yderligere konfliktstof. Som udtryk for den hårde belastning, som en alkoholisme betyder for et ægteskab, kan henvises til de mange skilsmisser og separationer blandt alkoholskadede.

Som det senere vil blive omtalt, virker de sociale forhold betydeligt ind på patientens sjælelige balance, hvorfor en behandling af alkoholismen også må indebære forsøg på at sanere patientens sociale vanskeligheder, både udadtil i samfundet og indadtil i hjemmet.

*Neuroserne.* Dyreforsøg og kliniske iagttagelser har vist, at når et individ udsættes for en konflikt, som forekommer uløselig, vil resultatet blive en neurose, som almindeligvis efter individets konstitution (eller populært: temperament) giver sig udslag i sjælelige symptomer som depressioner, ubestemt angst, hysteriske manifestationer, hypochondri eller i visse legemlige lidelser, hvoraf mavesår og astma kan nævnes som de almindeligste. Når en patient erfarer, at han ikke kan kontrollere sin alkoholindtagelse og står over for følgerne heraf, vil dette give anledning til et alvorligt konfliktstof. Tidligst og for så vidt almindeligst opstår dette i familien netop som følge af de beskrevne sociale vanskeligheder. Patienten er klar over, at han burde opføre sig anderledes, men han kan ikke. Mange alkoholskadede er følsomme og lider stærkt under de nævnte konflikter, hvoraf neurosen udvikler sig, som iagttaget ved alle konflikt-inducerede neuroser. Patienten kan få voldsomme akutte affektsplosioner. Resultatet kan blive hustrumishandling: den paavirkede patient vil døve sin egen samvittighed, som han projicerer ud i hustruens person.

Lige så vigtigt er de langsomt forløbende reaktioner, hvor man kan finde samtlige beskrevne neurosereaktioner hos alkoholskadede, men de almindeligste er angst eller depression, der kan stige til så alvorlige grader, at resultatet kan blive selvmord, en ikke sjældent dødsårsag hos alkoholskadede.

Hypochondri ses også hyppigt, og der er mulighed for, at det mavesår, som man ikke sjældent ser hos alkoholskadede, har sin oprindelse i den omtalte konfliktsituation.

De nævnte neurosereaktioner er ikke specielle for alkoholskadede, men ses hos alle neurosepatienter. Den kraftige *mindreværdsfølelse*, som kommer til at præge mange alkoholskadede, er imidlertid typisk for alkoholskadede. De føler sig stærkt underlødige i forhold til deres medmennesker. En konsekvens heraf er, at patienterne søger at skjule deres alkoholindtagelse og nødigt taler derom. De bliver meget sårbare, og selv et uskyldigt drilleri på dette punkt kan få voldsomme følger. Underlegenhedsfølelsen kan også give sig udslag i et autoritetshad som kan stille sig hindrende for begyndende behandlingsforsøg.

Det er en kendsgerning, som også er bekræftet i dyreexperimenter, at alkoholindtagelse lindrer de neurotiske symptomer, især depressionen og angsten, og patienten bliver naturligvis hurtigt klar over dette faktum. Herigennem bliver fristelsen til at drikke betydeligt forstærket, men konflikterne består eller kan endog forstærkes. På denne måde opstår en ond cirkel eller snarere spiral, som skruer patienten mere og mere ned i sygdommen. Den her beskrevne neurose opstår uafhængigt af den neurose, der som ovenfor nævnt kan have været tilstede hos patienten inden alkoholmisbruget, men den af lejres ovenpå den og forstærker den yderligere. På denne måde kan det forstås, at det psykiske billede hos de alkoholskadede er særdeles broget og veksler stærkt fra patient til patient, afhængig af hans tidligere liv og hans psykiske konstitution. I de senere stadier er patienten ofte så afstumpet, at den sjælelige konflikt er forsvundet, og de neurotiske symptomer, der i de tidlige stadier kunne dominere sygdomsbilledet, er trådt i baggrunden for de legemlige symptomer.

Årsagerne til de *legemlige symptomer* ved alkoholismen er næppe helt opklarede, men det vides, at vitaminmangel spiller en stor rolle. Denne vitaminmangel fremkommer derved, at de alkoholskadedes kost automatisk forandres. Dels er alkohol i sig selv et næringsmiddel (1 gram alkohol svarer til 7 kalorier), der erstatter andre vitaminholdige næringsmidler, som f. eks. brød og kar-



tofler, dels bliver den alkoholskadede mindre og mindre indstillet på at føre et **liv** med regelmæssige måltider og lever mere og mere af let tilgængelige fødemidler, der ligesom de fleste alkoholiske drikke ikke indeholder vitaminer. Her viser det sig dog, at der f. eks. i øl findes et, omend ringe, indhold af visse vitaminer, hvilket stemmer godt med det faktum, at alkoholskadede, der drikker koncentrerede spirituosa, hurtigere og hyppigere udvikler legemlige symptomer, end alkoholskadede, der drikker øl.

Andre forhold end selve vitaminmanglen spiller formentlig også en rolle, men disse er for tiden ukendte.

Symptomerne for den kroniske alkoholisme rammer i særlig grad nervesystemet, fordøjelseskanalen og hjertet. Den nøjere beskrivelse af disse symptomer findes i enhver populær lægebog og skal her kun antydes.

*Beskadigelser af nervesystemet* kan ramme enten centralnervesystemet, hvorved der kommer forskellige symptomer på sindssygdom, eller det perifere nervesystem, hvorved der kommer forskellige lammelser, smerter etc.

Af alkoholsygdomme i hjernen er *delirium tremens* den mest kendte, karakteriseret ved voldsom uro og angst samt hallucinationer. Der kendes også andre sindssygdomme, i. eks. *Korsakowsyndromet* og *alkoholforykthet*. Disse komplikationer er særlig i de lettere former hyppigere i Danmark, end man måske forestiller sig; men spiller dog en mindre rolle i sammenligning med deres forekomst i mange andre lande.

Af nervesymptomer, som ikke har karakter af sindssyge, kan nævnes: *alkoholepilepsien*, *lammelser af nerverne* med tilhørende muskler, *gigtagtige smerter* og hvad der er et tidligt og hyppigt symptom, den karakteristiske *rysten*, især *på hænderne og af tungen* (»mandolinfeber« i dansk alkoholistslang).

*Fordøjelseskanalen* kan blive angrebet med kronisk *mavekatarrh*. Sammenspillet mellem *mavesår* og neurosen er tidligere berørt. Langvarigt alkoholmisbrug kan resultere i en *fedtlever*, som kan gå over i en *skrumpelever* (levercirrhose), der igen kan

give voldsomme følgesymptomer: gulsot, »vand« i kroppen, åreknuder ved spiserøret, som kan briste og give en dødelig blødning<sup>2)</sup>. Af symptomerne fra hjerte og blodkarsystemet er lammelsen af de små blodkar i huden, som findes hos alkoholskadede (»den røde næse«) mest uskyldig. Symptomet er regnet for så typisk og karakteristisk, at det er nået til viiighedstegningerne, men en kronisk bleghed ses i virkeligheden ligeså hyppigt hos alkoholskadede. Mere alvorlig er *hjertermuskeld degeneratio-*nen, som resulterer i en svigten af hjertefunktionen med kortåndethed og vand i kroppen.

Det kliniske billede, man hyppigst ser hos de alkoholskadede, som har legemlige symptomer, er betydeligt mere ukarakteristisk end her beskrevet. Patienterne virker psykisk noget afstumpede, men der er ikke tale om egentlig sindssygdom. Den omtalte rysten på hænder og tunge er meget hyppig. Nogle patienter er afmagrede, andre lasketfede, men virker alligevel dårligt ernærede. Det fysiske indtryk er i sin helhed uoplejet, malpropt og elendigt.

#### 4. Alkoholvirkningen på de alkoholskadede.

Et stort alkoholforbrug gennem længere tid vil på en vis måde kvantitativt og kvalitativt ændre alkohols virkning hos den pågældende person. Kendskab til disse forhold er af vigtighed for behandlingen og skal derfor kort omtales.

Først kommer en *toleransstigning*. Dette vil sige, at der kræves større alkoholkoncentration i blodet (og dermed større doser alkohol) for at udøve en virkning på patienten. Dette gælder både alkohols euforiserende, (d.v.s. lettende, behagelige) virkning og den virkning, der giver sig udslag i synlig påvirkethed eller beruselse. Toleransforøgelsen ved alkohol er ikke særlig udtalt i sammenligning med den, der ses efter morfin eller nikotin, men kan måske andrage omkring 50 %, højst det dobbelte. Det praktiske resultat bliver, at en begyndende alkoholskadede kan tåle mere alkohol end gennemsnitsbefolkningen. På senere stadier, formentlig enten i forbindelse med de omtalte ernæringsforstyrrelser eller ved begyndende ændringer i centralnerve-

2) Vedr. sammenhængen mellem levercirrhose og alkoholisme, se side 5.

systemet, optræder der *nedsat tolerance*, således at der skal relativt lidt til at gøre en gammel alkoholskadede beruset.

Alkoholpåvirketheden skilter også til en vis grad karakter. Hos visse alkoholskadede kan lejlighedsvis optræde *hukommelsestab* tor begivenheder, oplevede under alkoholpåvirkning selv i stadier, hvor den pågældende optræder tilsyneladende normalt og ikke virker påfaldende påvirket. Dette hukommelsestab, under hvilket patienten kan foretage sig alt muligt, fornøftigt prægede, tåbelige eller rent ud kriminelle handlinger, er også et karakteristisk for den såkaldte patologiske rus, men langt fra dennes eneste symptom. Hukommelsestab kan dog også optræde i perioder, hvor patienten ikke har nydt alkohol. I ikke få tilfælde ændres individets reaktion over for alkohol: i stedet for den sædvanlige opstemthed og det gode humør kommer en vis depression, muthed og irritation; denne såkaldte *dys thyme reaktion* ses særligt, hvor alkoholismen har udviklet sig på et psykopatisk karaktergrundlag.

*Alkoholens eftervirkninger* kan også ændres hos de alkoholskadede. På et tidligt stadium, medens lidelsen endnu er under udvikling, kender mange alkoholskadede slet ikke »tømmermænd«. De føler sig næste dag ganske friske, fuldtud arbejdsdygtige trods stor alkoholindtagelse og mangel på søvn. Når alkoholismen først har nået en vis grad, vil eftervirkningerne i reglen føles meget kraftigt, og ytrer sig ved en følelse af dyb psykisk og sjælelig elendighed, som vanskeligt kan beskrives. Samtidigt er tremoren af tunge og hænder meget udtalt. Patienterne har erfaring for, at kun alkohol kan få dem til at føle sig som mennesker igen, og derfor findes netop efter en udskejelset et voldsomt krav efter alkohol hos patienten. Dette forhold forøger drikkeperiodernes længde hos patienterne og gør det vanskeligere og vanskeligere for dem at holde op igen. Af denne grund er »tømmermændsbehandlingen« er et vigtigt led i de forholdsregler, der må tages i afvænningsbehandlingen.

##### 5. Alkoholismens udvikling.

Som det vil forstås, udvikler alkoholismen sig snigende. Selv om man ser patienter, der bliver alkoholskadede fra første gang de

smager spiritus, kan man almindeligvis regne med, at det tager flere års (f. eks. 5-15) stedse stigende drikkeri, før man kan tale om en alkoholisme, som kræver en medicinsk behandling. Det er for så vidt ligegyldigt, om alkoholmisbruget har udviklet sig fra periodiske drikketure eller fra et regelmæssigt alkoholforbrug, eller om det er sket af den ene eller anden årsag: professionelt, selskabeligt, for at lindre en indre spænding etc. På et vist tidspunkt opdager patienten, at han ikke kan kontrollere sit alkoholforbrug, d.v.s. holde op, når han inderst inde er klar over, at det er nødvendigt. Fra dette tidspunkt tager den sociale nedgang fart og de konfliktskabende problemer begynder at dukke op med udviklingen af de onde cirkler, socialt, økonomisk og/eller psykisk.

Hvis alkoholmisbruget fortsættes, måske fordi et eventuelt behandlingsforsøg mislykkedes, bliver patienten tilsidst afhængig af alkohol og glider socialt, psykisk og legemligt nedover, og de forskellige beskrevne symptomer vil udvikles.

Patienterne kan komme til behandling på et hvilket som helst stadium med alle variationer i sygdomsbilledet. Et groft skøn viser, at hos langt de fleste alkoholskadede, der kommer til behandling her i Danmark, er de *sociale problemer* langt de overvejende. De alvorligere *neurotiske tilfælde* kommer i anden række, og til sidst med betydelig ringere hyppighed de *medicinske komplikationer*. Hvor lille en talmæssig rolle disse komplikationer spiller ses af, at der kun blev anmeldt 21 tilfælde af delirium tremens i hele Danmark for året 1955. Forholdet ligger meget anderledes i andre lande.

Da de sociale problemer i forbindelse med alkoholismen er så fremtrædende, kan det være anbefalelsesværdigt at benytte den foran citerede af WHO foreslåede inddeling af de alkoholskadede på basis af de sociale forhold. Teilmann, som i sin indledningsvist nævnte ikke trykte redegørelse anvender denne definition, fremhæver, at inddelingens sociale **karakter** betinger, at den enkelte patients placering i systemet ikke alene er afhængig af alkoholismens grad, men også af milieuets (hustrus, arbejdsgivers, kammeraters) reaktioner på hans drikkeri.

*Gruppe I* omfatter de personer, hvis sociale tilpasning ikke er ødelagt. De passer deres erhverv, og selv om de måske har hjemlige konflikter, er disse dog ikke af så indgribende art, at patienternes egen eller deres familiers situation i forhold til samfundet forrykkes væsentligt.

*Gruppe II* omfatter de personer, der er forfaldne til brug af alkohol i en sådan grad, at deres sociale situation påvirkes mærkbart. De mister måske arbejde, hjemmet går i opløsning, de bliver forsømmelige familieforsørgere eller kommer måske ud i kriminalitet. Afgrænsningen over for den første gruppe er ikke skarp, men for at regne en person til gruppe II, må man forlange, at der er indtrådt sociale følger, ikke blot at sådanne truer. Sålænge fagforening og sygekasse holdes i orden, så længe skatter betales, omend efter forsinkelser og henhæng, så længe nogenlunde regelmæssigt arbejde fastholdes, og så længe ægtefællerne holder sammen, og børneværnet ikke skrider ind og fjerner børnene, så længe må man regne den pågældende til gruppe I, selv om det kniber med at få husholdningspengene til at slå til, eller der er alvorlige konflikter i hjemmet. De personer, der omfattes af gruppe II har endnu deres sociale ambitioner i behold, og hver gang de skejer ud, gør de forsøg på atter at komme i gang. Mister de arbejde, søger de at få nyt, og bliver de straffede, forlader de fængslet med et ærligt ønske om at skabe sig en rolig, solid og normal tilværelse.

*Gruppe III* omfatter personer, hvis sociale ambitioner ikke længere eksisterer. De har mistet den sociale stræben, har givet op og affundet sig med deres stilling i tilværelsen. De omsætter uden betænkkeligheder alt, hvad de ejer i alkohol, de lader stå til. Gang på gang må samfundet tage sig af dem, og man træffer dem på landevejen, i parkerne, som vagabonder og betlere. En del af dem er periodevis anbragt på arbejdsanstalter, andre finder man i arbejdsstus og nogle hutler sig blot gennem tilværelsen.

Det er principperne i denne inddeling, der har betydning. Man kan f. eks. finde personer, der tilhører gruppe I, men som

af og til kommer i sociale vanskeligheder på et eller andet punkt, og man kan finde alkoholskadede, som synes ganske at lade stå til, men for hvem dette kun gælder en kortere periode, hvorfor de må henregnes til gruppe II.

Patienten kan komme under behandling på et hvilket som helst stadium. Patienterne i gruppe I kommer i reglen frivilligt eller efter et mere eller mindre mildt pres, som lægges på patienten fra familie eller arbejdsgiver, f. eks. under trusel om skilsmisse eller afskedigelse. Behandlingsanledningen i de senere stadier (gruppe II og III) er ofte tillige, at tilstanden har tilspidset sig socialt, for eksempel ved kriminalitet, psykisk, f. eks. ved en voldsom neurose, eller medicinsk, f. eks. ved en eller anden alkoholsygdom. Iøvrigt kan patienterne spontant søge hjælp på et hvilket som helst stadium, sommetider inspireret af det gode resultat, som er set opnået hos en eller anden af hans bekendte. Det kan skønnes, at talforholdene mellem grupperne I:II:III hos de patienter, der kommer til behandling, er som 10:3:1.

## B. Behandlingen.

### 1. Principielle betragtninger.

Behandling af alkoholskadede kan betyde mange ting. Det kan betegne f. eks. forholdsregler, som tilsigter afkortning af et delirium tremens-anfald, eller som tager sigte på at forbedre stærkt alkoholskadede patienters nedbrudte helbredstilstand, specielt afbryde kravet om alkohol hos disse patienter. Denne brug af begrebet har været anvendt bl. a. i U.S.A. og dukker af og til op i pressen. I det følgende vil der ved behandling af alkoholskadede forstås den samlede sum af terapeutiske forholdsregler, som tilstræber en mere varig effekt.

Der kendes ikke nogen behandling, som kan helbrede alkoholskadede i den forstand, at den kan bringe dem til at omgås alkohol »som andre mennesker«, d.v.s. igen opnå at få alkoholforbruget under kontrol. Dette vil sige, at dispositionen stadig består, og at man ikke kender noget middel til ændring heraf. En alkoholskadede må derfor indstille sig på at være absolut afholdende for resten af livet, hvis han vil behandles. Begynder en patient igen at drikke, selv med det be-

stemte ønske at forblive mådeholden, vil alkoholismen i løbet af kort tid blive udviklet påny. Af denne grund taler Verdens Sundheds Organisationens (WHO) ekspertkomité ikke om helbredelse, men kun om, at alkoholismen er »standset med held« for et eller andet tidsrum, som måske kan vare resten af patientens liv.

Af ovenstående følger, at princippet for behandlingen er den ganske enkle at vænne patienten til at blive og forblive afholdende. Hvor enkelt dette end lyder, er den praktiske udførelse særdeles vanskelig og sommetider umulig. Det drejer sig i virkeligheden om en genopdragelse af patienten og at vænne ham til at føre en gennemgribende ændret levevis. Hovedopgaven er altså psykologisk-pædagogisk.

## 2. Patienternes indstilling.

Visse kræfter i patienten letter opgaven, visse arbejder imod den. De *positive kræfter* er patientens vilje til at komme ud af sygdommen, understøttet af omgivelsernes pres, f. eks. trusler om opløsning af ægteskabet, om afskedigelse, en betinget dom eller betinget tiltalefrafald o.s.v. Alt efter patientens mere eller mindre oprigtigt mente ønske om at blive behandlet med held, taler man om en større eller mindre udtalt *behandlings-modenhed*. Jo større behandlingsmodenheden er, jo større udsigt er der til held med behandlingen, og et oprigtigt ment ønske fra patientens side om en behandling, er en kraftigere positiv faktor end et eller andet ydre pres.

*Faktorer, der modarbejder behandlingen*, kan enten være indre eller ydre. Den vigtigste *indre faktor* er den, at patienten erfaringsmæssigt ved, at alkohol lindrer det psykiske tryk af de vanskeligheder, som kan opstå. Hver gang patienten står over for et problem eller en eller anden bekymring, er han straks fristet til at gribe til alkohol som det nemmeste middel, aldeles uden hensyn til at alkohol slet ikke har mulighed for at give nogen form for løsning, men i det lange løb kun gør ondt værre.

Den væsentligste *ydre faktor* er det sociale pres fra milieuets side, hvor visse drikkevaner er fikserede fra gammel tid. Personer, der ikke vil deltage i disse vaner, sætter sig uden for gruppen, og netop for

mange patienter spiller følelsen af at være medlem af en gruppe en meget stor rolle. Eksempler på sådanne forhold er nydelsen af øl på arbejdspladsen, pseudoklublivet i mange småbeværtninger, deltagelse i iorrettingsfrokoster o.s.v.

Enhver læge for alkoholskadede ved, at brydningen mellem de positive og negative kræfter kan give sig højst barokke udslag. Patienterne kan snyde med deres antabus-indtagelse, selv om de absolut helt af egen tilskyndelse har mødt til behandling. Et af de hyppigste fænomener er, at patienterne ikke ønsker at føle sig under tvang. Nogle vil ikke tage antabus af hustruen, men derimod af arbejdsgiveren, andre kun al lægen eller socialrådgiveren, eller af en medpatient.

*Behandlingen må anlægges* ud fra de her beskrevne forudsætninger. Foranstaltninger bør tages i tilnærmelsesvis følgende rækkefølge: Først bekæmpes en eventuel alkoholtrang, og patienten bringes legemligt i bedst mulig stand. Samtidig søges det aktuelle konfliktstof løst eller lettet, således at patienten forholdsvis ubekymret kan begynde sin nye tilværelse. I næste række kommer opdragelsen af patienterne til at afreagere de bekymringer, som altid vil komme selv i et liv uden alkohol, og endelig vænnes patienten til at negligere de selskabelige alkoholvaner, som han hidtil har haft.

De akutte konflikter kan være sociale eller psykiske. De *sociale konflikter* er oftest huslige og/eller økonomiske. De huslige konflikter løses ved en appel til de pårørende, der ofte er særdeles skeptiske ud fra langvarig bitter erfaring. De økonomiske forhold kræver en forhandling med kreditorerne (herunder skattevæsen, sygekasse, fagforening), sommetider en arbejdsanvisning, oprettelse af boligforholdene o.s.v. Disse problemer løses bedst af en socialrådgiver, hvorfor ansættelsen af en eller flere socialrådgivere eller personer, der kan fungere som sådanne, er uomgængeligt nødvendig for enhver institution, der giver sig af med behandlingen af alkoholskadede.

*De aktuelle psykiske konflikter* hænger i mange tilfælde sammen med de sociale problemer, og vil faktisk løse sig selv, når de sociale forhold bliver sanerede. I sådanne tilfælde er det oftest tilstrækkeligt at forklare patienten situationen ud fra et

medicinsk synspunkt. De psykiske problemer kan imidlertid være dyberegående og kræve lægelig behandling, i visse tilfælde en regulær neurosebehandling af specialister. I den psykiske behandling kan lægen få en udmærket hjælp af alkoholskadede, der selv har fået deres sygdom standset. Disse mennesker har en bedre mulighed for at opnå kontakt end selv den dygtigste læge, men selve behandlingen kan naturligvis ikke ledes af lægmænd.

Spørgsmålet om at lære patienten at *afreagere sine bekymringer uden hjælp af alkohol og omstille hans livsvaner* på langt sigt kræver en stor indsats, først og fremmest fra patienten selv. For mange, formentlig for de fleste patienter vil her et medlemsskab af en forening af tidligere alkoholskadede af typen »Ring i Ring« være af allerstørste betydning. De væsentligste grunde til, at dette medlemsskab støtter patienterne, er følgende: 1) Det gode eksempel fra de andre medlemmer, som har haft de samme vanskeligheder og har overvundet dem. 2) Muligheden for at opnå følelsen af at være med i en gruppe som erstatning for de drikkebrødre, som patienten har været nødt til at forlade. Fællesfølelsen spiller en stor rolle for mange alkoholskadede. 3) Tidsproblemet. Når en alkoholskadede ikke længere kan sidde på et værtshus, vil han have så megen tid tilovers, at kedsomheden vil true. 4) Familieopdragelsen: at hustruerne kan deltage i møderne, giver dem mulighed for at få kontakt med andre alkoholskadedes hustruer og en forståelse af forhold, som de ikke tidligere har haft øje for. Det samme gælder i mange tilfælde optagelse i en afholdsloge eller en forening; men der må tages vidtgående hensyn til patientens psyke.

Nogle patienter foretrækker at forblive ensomme. Disse patienter er iøvrigt også af den type, som drikker alene. Her spiller en personlig og langvarig kontakt med lægen (eller en psykolog) en meget stor rolle for at få patienten indstillet på at løse sine konflikter uden at gribe til alkohol. Hvor vigtigt dette punkt er, ses af, at antallet af *selvmord* blandt alkoholskadede er steget, siden man ved hjælp af antabus effektivt kan standse alkoholindtagelsen hos patienterne. Det afspejles også i det forhold, at »nervesammenbrud« er ikke helt sjældent

blandt alkoholskadede, der har været i behandling gennem måneder.

For at stabilisere patienterne i begyndelsen af behandlingen, så de i det mindste ikke falder for de mindre fristelser, må man *forhindre dem i at drikke alkohol*. Dette er så meget mere vigtigt, som selv små doser alkohol som omtalt kan tvinge patienten til at fortsætte med at drikke og således sætte en drikketur igang. Den mest effektive metode til at forhindre alkoholindtagelse er naturligvis *indespærring*, men før eller senere skal patienten slippes ud, og overgangen til det fri liv indebærer så store risici for tilbagefald, at man må tage særlige forholdsregler, for at ikke anstregelserne skal være spildt. En anden metode er den såkaldte *aversionsbehandling*, hvorved patienterne gennem en periode får indgivet alkoholiske drikke sammen med et brækmiddel; den derigennem opståede modbydelighed for alkohol kan så holde dem abstinent. Metoden er imidlertid besværlig, virker kun i en vis tid og langt fra hos alle patienter. Det samme kan siges om *hypnose*, der også har været anvendt. Her i landet bruges mest indtagelse af *antabus* til dette formål. Antabus er et stof, som influerer på alkoholforbrændingen i organismen, hvorved der ophobes mellemprodukter, som gør patienten syg, når han drikker. Antabus har den fordel, at det er let at administrere, og at det virker på de fleste. Ulemperne er, foruden at der hos enkelte patienter kan optræde visse bivirkninger, at patienterne nårsomhelst kan afbryde medikationen og efter nogle dages forløb igen være klar til at drikke. Det er indlysende, at antabus kun forhindrer patienterne i at drikke, men ikke løser noget andet problem. En antabus-medikation uden anden terapi er derfor omsonst. På den anden side har det vist sig, at det forhold, at patienterne bringes til afholdenhed gennem en periode, har muliggjort en ambulans behandling af alkoholskadede i et omfang, som det nu kan ske.

I nogle tilfælde må man tage *særlige forholdsregler i begyndelsen af behandlingen*.

En del af patienterne er *under indflydelse af alkohol, når de søger hjælp*. Det kan her ikke nytte noget at sende dem væk med besked om at komme igen, når de er ædru. I mange tilfælde vil de ikke komme

igen, og det gælder her frem for alt, at man må tage patienterne, når de dukker op. I en sådan situation må man i første linie få bragt patienterne til ro, idet de ofte er uræsonable, støjende og kværunderende, selv om de selv har søgt behandling. Tvang vil her ofte virke uhensigtsmæssig og øge patienternes modstand, hvorfor detentionslokaler eller lignende institutioner ikke er helt egnede. Under gode forhold kan patienten blive behandlet i sit hjem, men i de tilfælde, hvor patienten bor alene, er det ønskeligt at få patienten under betryggende opsig. En indlæggelse på en hospitalsafdeling er ikke nødvendig og urimelig kostbar, men foreløbig findes der næppe andre muligheder her i landet.

Et vigtigt problem er det at bekæmpe eftervirkningerne af alkohol, således at patienterne ikke får lejlighed til at fortsætte drikkeriet den følgende dag, dels på grund af de moralske, men navnlig på grund af de fysiske tømmermænd. Ved en kombineret indgift af kogsalt, et såkaldt antihistaminpræparat og antabus, vil det være muligt at få rettet patienten op. Hvad der er sagt om de alkoholskadede, der møder berusede til behandling for første gang, gælder i ikke mindre omfang de patienter, der er under behandling, men som har fået et tilbagefald.

Der kan være følgende *indikationer for at begynde behandlingen med en indlæggelse*: Symptomer, som kræver en *medicinsk behandling* danner meget ofte en indikation. Her afhænger naturligvis behandlingsstedet af symptomets karakter. Det akute delirium tremens og de andre alkoholsyndromer kan næppe behandles andre steder end på en *psykiatrisk afdeling*. Tilstedeværelse af legemlige symptomer som levercirrhose, hjertefejl, lammelser o.s.v. hører hjemme på de dertil svarende medicinske hospitalsafdelinger.

Det stiller sig noget vanskeligere med de tilfælde, hvor der ikke er de fuldt udviklede symptomer, men hvor tilstanden er karakteriseret ved rysten på hænder og tunge, appetitløshed, kvalme, kronisk bronkitis, søvnløshed, let rastløshed og i de første dage en voldsom trang til alkohol. Her er en rent fysisk genoprettelse af patienten nødvendig i første række, før man kan be-

gynde med den egentlige behandling. Patienternes psykiske tilstand er for normal til at indicere en indlæggelse på en psykiatrisk afdeling, og legemligt er de ikke dårlige nok til at optage pladsen på en medicinsk afdeling, men på den anden side behøver disse patienter en virkelig sygepleje og et lægeligt-medicinsk tilsyn. Til en fuldt udbygget forsyning for alkoholskadede behøves derfor et vist antal sengepladser på særlige afdelinger eller institutioner, som kan tage sig af denne type patienter, selv om det ikke drejer sig om et stort antal. Det tager i reglen 2-3 uger at retablere en alkoholskadede nogenlunde fysisk.

Til de lægelige indikationer for indlæggelse hører også *neuroserne*, hvad enten de har bestået forud for alkoholismen eller er udviklet som følge af denne. Mange neuroseformer kan behandles ambulant, men i nogle tilfælde er det nødvendigt at fjerne patienten fra de daglige omgivelser for ca. 2-3 måneder. Der er absolut indikation for indlæggelse, hvis man har mistanke om, at patienten har selvmordstanker. Behandlingen af alkoholneuroserne afviger ikke i princippet fra behandlingen af andre neuroseformer og kan i nogle tilfælde foregå sammen med andre neurosepatienter på de bestående neuroseafdelinger, eller i andre tilfælde på et af de bestående hjem for alkoholskadede, som råder over tilstrækkeligt personale.

Til de medicinske indikationer for indlæggelse kan føjes en række *socialt indikationer*, som imidlertid glider jævnt over i de medicinske og i virkeligheden ikke kan skilles derfra. For patienter af Teilmann's gruppe II er den vigtigste sociale indikation, at patienten ikke har en egentlig bopæl. Han kan være henvist til at bo på herberger, hvortil han ikke kan få adgang mellem kl. 8 og 22, og altså må tilbringe hele dagen på gaden. Patienten kan bo alene i et værelse uden nogen til at tage sig af ham. Endelig kan der være opstået en sådan spænding i hjemmet, at patientens fjernelse for en tid vil være ønskelig og i visse tilfælde nødvendig. For patienterne af gruppe III gælder det, at de er så gennemgribende desocialiserede, at et betydeligt længere ophold er nødvendigt. Disse patienter er i reglen både uden fast ophold og uden arbejde. I mange tilfælde vil et så-

dant ophold ikke have karakter af terapeutiske forsøg, men kun af en ren forvaring. Det er iøvrigt vanskeligt klinisk at afgøre, hvornår man kan have udsigt til at hjælpe denne gruppe af patienter.

*Kriminalitet* som sådan behøver ikke at danne nogen social indikation for indlæggelse. Mange af de patienter, som har fået et betinget tiltalefrafald eller er idømt en betinget dom på de vilkår, at de underkaster sig en behandling, kan blive behandlet ambulant. De alkoholskadede, der tillige er idømt psykopatforvaring, danner et særligt problem, som ikke skal diskuteres i denne sammenhæng.

### 3. Behandlingens forløb.

Med den store individuelle variation, som man finder hos alkoholskadede, er det indlysende, at patienternes reaktion på den samlede behandling, medikamentel, social og psykisk også er underkastet en stor variation, og at det måske er en for grov tilnærmelse at tale om et »normal-forløb« for behandlingen. Ikke destomindre er der visse typiske træk, som går igen, og som kan berettigt til en beskrivelse.

Den første periode, når patienternes behandling er indledt med en foreløbig stabilisering af deres mest påtrængende problemer, og de er forhindrede i at drikke ved hjælp af antabus, er i reglen karakteriseret ved det mest rørende lyssyn. Venlige og forstående mennesker har taget bekymringerne på sig, og de penge, der spares ved at undlade at drikke, giver indtryk af en pengeligelighed, som patienten aldrig før har kendt til. Patienterne har i sandhed begyndt et nyt, og som det synes, et meget bedre liv.

Denne tilstand varer i reglen et par måneder. Herefter kommer der en reaktion. Det nye liv er i det lange løb heller ikke helt spændende. Patienterne kan føle sig underlødige over for kolleger og kammerater i deres afholdenhed. Der kan komme uundgåelige forstemninger måske med huslige småkonflikter. Resultatet bliver, at patienterne udvikler et mere eller mindre latent ønske om at drikke igen. I nogle tilfælde lykkes det patienten at bekæmpe dette ønske, eventuelt ved hjælp af den psykoterapi, som er sat i gang under behandlingen. I andre tilfælde giver han

efter for lysten. Ikke således, at han ønsker at afbryde behandlingen totalt, tværtimod. Men det er ofte således, at patientens følelse af at være i sikre hænder lettere får ham til at falde for fristelsen. Til tider nærer han den illusion, at han nu er kommet så vidt, at han kan tage en ringe dosis alkohol »som andre mennesker« uden at skulle fortsætte. Da patienterne ved, at antabus forhindrer dem i at drikke, stopper de medikationen. Enten åbenlyst »de er jo ikke syge længere, så hvorfor da medicin«, eller hemmeligt, i. eks. ved atter at spytte tabletten ud, i reglen for ikke at »få vrøvl« med pårørende eller lægerne. Hos nogle patienter forudgås perioden af rastløshed, der kan give varsler om, hvad der forestår, og kan hjælpe til at imødegå situationen. Ved den første den bedste lejlighedsårsag tager patienten en lille dosis alkohol, i reglen med den hensigt at lade det blive derved, men resultatet er som oftest, at han fortsætter og når ud i en drikketur. Det gælder først og fremmest om at standse patienten, inden der er sket alt for stor økonomisk eller psykisk skade. Af hensyn til risiko for tilbagefald er det nødvendigt, at klinikken står i god rapport til patientens pårørende. Sommetider møder patienten selv under sit tilbagefald, men hyppigst må han opsøges af socialrådgiveren eller - hvad der er særdeles nyttigt - af medpatienter. Inden for »Ring i Ring« har man små grupper af patienter, der gensidigt overvåger hinanden og kan gribe ind, hvis det går galt for en af dem. Behandlingen af tilbagefaldet er akkurat den samme som beskrevet ved den indkommende berusede patient. Eftervirkningen af tilbagefaldet behøver ikke absolut at være dårlig på patienten. Mange patienter synes at have fået en bedre indsigt i deres problemer efter et tilbagefald, men givet er det, at psykoterapien må intensiveres og antabusmedikationen genoptages, eventuelt med antabus i flydende form, hvor snyderi er betydelig mere vanskeligt. Det er meget sværere at forklare de pårørende, hvad der er sket; al gammel mistro vil blive genoplivet og de pårørende kan måske tabe tilliden til den behandlende institution. Man gør under alle omstændigheder klogt i at advare de pårørende om, at tilbagefald kan hænde. Nogle patienter forsøger at bekæmpe de

kræfter, der leder til tilbagefald. Det kan lykkes, men hos enkelte patienter bliver konflikten så stærk, at den kan ende med en neurose og psykisk sammenbrud, der indiceret- indlæggelse på en psykiatrisk afdeling. Det er også nævnt, at tilstanden kan ende med selvmord. Andre patienter er i stand til at afreagere på en eller anden måde, meget ofte med en missionerende indstilling. Disse patienter er meget entusiastiske, men ikke helt så egnede til arbejdet i »Ring i Ring« som de ældre, mere afbalancerede medlemmer. Af let forståelige grunde bør man dog ikke støde dem fra sig, men prøve at lade dem nyttiggøre sig, hvor de kan.

Som omtalt kommer patienterne i reglen igennem en sådan kritisk periode med langt større forståelse end tidligere. I mange tilfælde er afspændingen mere naturlig end tidligere, og det varer længere inden næste krise indtræder. Der plejer således at være længere og længere mellem tilbagefaldene, men man må være forberedt på, at der kan komme tilbagefald flere år efter behandlingens begyndelse.

Det er nødvendigt at holde kontakten længe med patienterne, men konsultationernes hyppighed kan naturligvis gå ned med tiden. Skønmæssigt kan man nævne, at patienterne gennem den første måned skal komme 2 gange ugentlig, de følgende 3-4 måneder 1 gang ugentlig og derefter i et halvt års tid hver 14. dag, senere kun lejlighedsvis. Dette skema afhænger af patientens fremgang. Efter tilbagefald må konsultationerne foregå hyppigere, indtil situationen igen er stabiliseret. Hvis patienten skal have antabus på klinikken, må han naturligvis møde op 2-3 gange ugentlig, men han behøver ikke at tale med lægen hver gang. Hvor længe en patient skal blive ved med at tage antabus, afhænger i høj grad af tilfældets udvikling. I reglen vil man ophøre medikationen, når patienten er nogenlunde stabiliseret, men den må selvfølgelig genoptages, hvis der kommer tilbagefald. Blandt et antal patienter uden tilbagefald - alle hørende væsentligst til gruppe I - havde omkring halvdelen opført med medikationen ca. 11 måneder efter behandlingens begyndelse. Nogle patienter må tage antabus gennem flere år. Patienten må helst stå i forbindelse med

en klinik gennem længere tid selv efter ophør af medikationen; bedst kan dette gennemføres ved medlemskab i en patientforening, som arbejder i nær tilknytning til en klinik, hvor patienterne kan komme til møderne uden at have fornemmelsen af at være under lægeligt opsyn. En egentlig »udskrivning« af patienterne sker yderst sjældent. I reglen bliver patienten ganske enkelt borte, når han føler sig tilstrækkeligt stabiliseret.

#### 4. Komplikationerne under behandlingen.

Der kan opstå forskellige komplikationer som følge af behandlingen. Symptomer som følge af *overdosering af antabus* er ret almindelige: træthed, søvnighed, stigende til forvirringstilstande. Disse tilfælde afhjælpes ved nedsættelse af dosis. I almindelighed er symptomerne lette, og det må tages som et faktum, at jo mindre indstillet på en behandling patienten er, jo større er klagerne.

*Tilbagefaldet* er allerede omtalt. Det kan udløses ved en tilfældighed, f. eks. en ubetænksom eftergiven for en ubetænksom bekendts pressen, men som oftest er tilbagefaldet »forberedt« af patienten, og en række symptomer, som allerede er beskrevet, fører ofte dertil. Behandlingen af tilbagefaldet er allerede beskrevet. Nogle få patienter får tilbagefald, medens de endnu er under indvirkning af antabus. Hvis reaktionen udvikler sig »normalt«, standses drikkeriet hurtigt, og der sker ikke anden skade end ubehaget for patienten. I nogle tilfælde kan reaktionen indtræffe forsinket og eventuelt forstærkes derved, at patienten indtager en yderligere antabusdosis. Her kan reaktionen udvikle sig til at patienten kollaberer.

De *neurotiske symptomer* som følge af den tvungne afholdenhed, der forhindrer patienten i at afreagere på tilsvarende måde ved hjælp af alkohol, er også omtalt. Symptomerne kan være ganske lette og behøver ikke engang at lede til et tilbagefald, men kan stige til akut sindssygdhed (psykogen psykose) eller munde ud i selvmord. Under sådanne forhold er en indlæggelse kraftigt indiceret. I lettere tilfælde kan man nøjes med en forstærket ambulans psykoterapi.



## 5. Principperne for den tekniske gennemførelse af behandlingen.

Det vil således være bedst, om patientens egen læge kunne tage sig af de lettere tilfælde. Ikke alle praktiserende læger kan imidlertid afse den fornødne tid til at behandle disse lettere former for alkoholisme, og det vil derfor være nødvendigt, at der findes centre, der er indstillet på at behandle denne form for patienter. Den praktiserende læge står sig imidlertid ved at henvise de mere komplicerede tilfælde til en specialklinik, men det behøver ikke altid at være nødvendigt. I det følgende skal gives en kort oversigt over en »ideel ordning«.

En »grundklinik« bør foruden venteværelser og konsultationslokale også være forsynet med nogle sengepladser (som kan være meget primitive) til brug for akut berusede. Bemandingen af klinikken består i: læge(r), (som ikke behøver at være uddannede psykiatere) med daglig konsultation, lægesekretær og det nødvendige antal socialrådgivere. Der bør helst være døgnvagt, således at man altid kan tage sig af patienterne uanset tidspunktet på døgnet. Denne klinik skal være i rapport til en patientforening, hvis patienter måske frivilligt kan deltage i arbejdet. Denne klinik virker som modtagerafdeling og skal tage sig af behandlingen af alle medicinsk og psykiatrisk og eventuelt socialt ukomplicerede tilfælde af alkoholisme, som skønnes at kunne behandles ambulant.

De komplicerede tilfælde henvises til en »udvidet« ambulant afdeling, hvor man foruden socialrådgivere o.s.v. råder over en psykiatrisk uddannet stab med læge(r) og psykolog(er). Denne klinik skal også have adgang til at lade foretage mere komplicerede, medicinske undersøgelser, f. eks. røntgenfotografering, kemiske analyser, stofskiftebestemmelser, electroencefalografi etc. På den udvidede klinik skønnes, hvilke patienter der kan behandles ambulant, og hvilke der af den ene eller den anden grund trænger til indlæggelse. For så vidt vil det også være godt, om denne klinik af hensyn til patienter med tilbagefald

råder over et par sengepladser, hvor man for et tidsrum af mindre end 24 timer kan tage sig af akut berusede. Der er intet til hinder for, at de to former for klinikker kan kombineres.

Patienter med alvorligere psykiske eller medicinske komplikationer, kan indlægges på de bestående hospitalsafdelinger. Til brug for patienter, som har mindre udtalte komplikationer, og som kan være oppegående, skal der være et *behandlingshjem*, hvor patienterne kan bo og modtage den nødvendige behandling. Disse behandlingshjem må ledes ud fra lægevidenskabelige og ikke ud fra forsorgsmæssige principper. Opholdet på et sådant hjem skal være ret begrænset og næppe strække sig over mere end et par måneder.

Anstalter, der drives ud fra forsorgsmæssige synspunkter, f. eks. arbejdsanstalter, hvor alkoholskadede optages for længere tid og på svær social indikation (f. eks. vagabondering eller småkriminalitet), har næppe nogen behandlingsmæssig betydning.

Det kan skønsmæssigt antages, at for hver 10 alkoholskadede, der søger hjælp i Danmark, er omkring 7 ukomplicerede, som kan behandles ambulant uden sagkyndig psykiatrisk bistand, 2, som kan behandles ambulant, men kræver psykiatrisk hjælp, og 1, som trænger til indlæggelse at den ene eller anden grund.

På grund af *patientklubbernes* store terapeutiske betydning skal kort nævnes de lettelse, der er betingelsen for en aktiv virksomhed.

Til *aftenmøder* behøves lokaler af passende størrelse med en kapacitet på 50-250 mennesker, hvor der er mulighed for at servere kaffe. Nogle opvarmede *klublokaler til dagbrug*, hvor p. t. beskæftigelsesløse patienter kan opholde sig, er endvidere meget ønskværdige.

I Danmark råder man over institutioner af alle de omtalte typer. Som eksempel på »grundklinikker« kan nævnes »Ring i Ring«s konsultation, klinikken på Ortopædisk Hospital, Århus og Aalborgklinikkerne o. s. v.<sup>3)</sup>.

3) Om disse klinikkers virksomhed skal henvises til kapitel 4 og til *Karl Teilmann: Medicinsk og social behandling af alkoholisme*. Månedsskrift for praktisk Lægegerning og Social Medicin 34, 508-52, 1956 samt til *Malthe Jacobsen: The Treatment of Alcoholics in a Danish Provincial Town: Danish Medical Bulletin 3, 165-168, 1956.*

De psykiatriske klinikker har eksempel i »Københavns Kommunehospitals Ambulatorium«. Som eksempel på et hjem for alkoholskadede kan nævnes Overførstergården og Taastrup kurhjem.

De pågældende institutioner har funge-

ret længe nok til, at man har de fornødne erfaringer, og de synes at være tilstrækkelige inden for deres begrænsede geografiske områder, men det må konstateres, at landet som helhed er langt fra dækket.

## Den frivillige behandling.

### A. Indledende bemærkninger.

Som det fremgår af de foregående kapitler, har lægevidenskaberne i de senere år gjort så skelsættende fremskridt med hensyn til behandlingen af personer, der er forfaldne til spiritusmisbrug, at man nu regner med et positivt resultat af behandlingen i et omfang, som man ikke tidligere kunne have tænkt sig. Imidlertid er disse behandlingsmuligheder så nye, at det ikke kan undre, at lovgivningen endnu ikke er fulgt med, og at den nuværende forsorg på hele dette område derfor gør et spredt og ret tilfældigt indtryk.

For så vidt er det påfaldende, at medens man i Norge og Sverige i en meget lang årrække har haft en på særlig lovgivning hvilende stærkt udbygget forsorg for alkoholskadede, er der i Danmark kun skabt muligheder for indgriben og behandling i det mest nødtørftige omfang.

Baggrunden herfor har formentlig været, at man i Danmark har tøvet med at oprette en forsorg og instituere en behandling, hvis virkninger efter de hidtidige erfaringer var ret beskedne. Man har endvidere i Danmark været tilbøjelig til at betragte alkoholproblemet som løst ad beskatningsvejen derved, at de høje priser på spiritus formodedes at forhindre et overdrevent drikkeri. Denne beskatningspolitik er i vide kredse blevet opfattet som en slags dansk system i modsætning til særlig det svenske system med ædruelighedsnævn og endnu delvis kontrollering af salget af spiritus. Efter at man i Danmark i 1917 havde gennemført den stærke beskatning af alkohol, skete der da også en så brat nedgang i alkoholforbruget, at det for så vidt var naturligt, at den opfattelse bredte sig, at man hermed var nået til en rationel og temmelig tilbunds gående løsning af alkoholpro-

blemerne. Det er imidlertid øjensynligt, at der stadig i Danmark findes et betydeligt antal alkoholskadede, et antal, som formentlig efter den sidste krig under indflydelse af en vis pengeregighed er blevet forøget.

Opfattelsen af, at alkoholproblemet er løst gennem beskatningen, er derfor blevet afløst af en stadig voksende erkendelse af betydningen af, at der nu gøres en indsats med hensyn til behandlingen af alkoholskadede. Denne opfattelse er yderligere blevet styrket ved de muligheder for en effektiv behandling, som er fremkommet efter opdagelsen af stoffet antabus og gennemførelsen af klinikbehandling baseret på benyttelsen af dette lægemiddel.

Som omtalt i kapitel 2 har udvalget søgt efter de statistiske oplysninger, der foreligger vedrørende alkoholisme. Oplysningerne er forholdsvis fåtallige, men særlig de erfaringer, man har med hensyn til antallet af patienter, som allerede på nuværende tidspunkt har søgt de foreløbigt etablerede klinikker for alkoholskadede, synes at vise, at der findes et betydeligt antal alkoholidelser i befolkningen, ligesom oplysninger fra socialkontorer m. v. viser, at spiritusmisbrug medfører store udgifter for samfundet i form af økonomisk hjælp til de pågældende og deres familier og restancer for skatter og børnebidrag.

Udvalget har herefter ment at måtte drage den konsekvens af de foreliggende oplysninger og det som kapitel 5 optagne lægelige afsnit, at man nu er i stand til med positivt resultat at etablere en behandling af alkoholskadede med anvendelse af såvel medicinske som sociale synspunkter. Selv om alkoholismens natur og årsagsforhold endnu ikke er fuldt klarlagte, synes

de senere erfaringer at vise, at man ved at behandle de alkoholskadede patienter såvel helbredsmæssigt som med hensyn til personlige og sociale forhold har gode muligheder for at opnå positive resultater.

*Udvalget finder ud fra disse kendsgerninger at måtte tage den konsekvens, at der bør skabes udvidede muligheder for behandling af alkoholismen.* Behandlingen bør efter udvalgets opfattelse ske i tilknytning til det almindelige sundhedsvæsen og efter retningslinier skitserede i det lægelige afsnit. Det er udvalgets opfattelse, at de udgifter, der er forbundne med at etablere en sådan behandling, vil blive indvundne på anden måde, særlig derved, at patienterne bringes til at overholde deres forpligtelser i form af skatter og med hensyn til at underholde deres familier. I sidstnævnte forbindelse kan der regnes med nogen nedgang i visse sociale udgifter, navnlig kommunehjælp og forskudsvis udbetaling af underholdsbidrag.

Der er i udvalget enighed om, at de indvundne erfaringer på området viser, at hovedvægten, for så vidt angår behandlingen af alkoholskadede, må lægges på den *ambulante behandling*. Fordelene ved ambulante behandling er åbenbare, ikke alene for patienten selv, men også for det offentlige. Etableringen af denne form for behandling er relativt billig, og patienten kan forblive nogenlunde i sit almindelige miljø. I de allerfleste tilfælde vil denne behandling dække behovet, medens der kun forholdsvis sjældent vil være behov for indlæggelse, og hvor det forekommer, normalt kun i kortvarige perioder. I tilknytning til de ambulante klinikker vil man derfor i reglen kunne nøjes med at disponere over et ret beskedent antal sengepladser på et almindeligt sygehus. I visse tilfælde vil der dog, navnlig i de store byer, med fordel kunne oprettes pensionater eller kurhjem, jfr. herom senere.

Gennem oprettelse af ambulante behandlingsinstitutioner for alkoholskadede med dertil knyttede sengepladser på sygehuse eller lignende vil der skabes mulighed for behandling af alkoholskadede, medens de endnu befinder sig på et ret tidligt stadium af alkoholismen, og behandlingen vil kunne etableres samtidig med, at patienterne passer deres arbejde. Erfaringer har som nævnt

vist, at der ad denne vej kan opnås meget betydelige resultater. Derimod finder udvalget ikke, at der på grundlag af nuværende erfaringer synes at være basis for at oprette større anstalter eller nye hospitaler til behandling af alkoholisme. Oprettelse af sådanne institutioner er meget kostbar, og man har endnu ikke tilstrækkelige erfaringer til at bedømme, om de vil være nødvendige for gennemførelse af behandlingen i et tilstrækkeligt antal tilfælde. Udvalget skal iøvrigt herved henvise til den som bilag II optrykte rapport fra Verdenssundhedsorganisationens komite for mentalhygiejne for komiteens 2. møde i 1951, hvori komiteen gør sig til talsmand for den opfattelse, at størstedelen af de alkoholskadede ikke behøver at afsondres, men med held vil kunne underkastes ambulante behandling. Spørgsmålet om oprettelse af større anstalter eller nye hospitaler bør derfor efter udvalgets opfattelse udskydes, til man har gjort erfaringer, som viser, at sådanne hospitaler (hospitalsafdelinger) vil være nødvendige.

Der er iøvrigt i udvalget enighed om, at et fuldt udformet forslag til bekæmpelse af alkoholisme burde gennemføres efter de retningslinier, som af dr. med. Erik Jacobsen er skitseret i kapitel 5, men man er klar over vanskeligheden ved for tiden at gennemføre så vidtgående forslag.

Udvalget mener, at der foreløbig vil være brug for ambulatorier i alle større købstæder. Oprettelsen bør hvile på et kommunalt eller eventuelt et privat initiativ og ansøres ved en passende refusionsordning. Ambulatorierne bør i almindelighed dække et større område end købstaden selv, således at den del af udgifterne, som kommer til at påhvile kommunerne, fordeles på de inden for området beliggende kommuner. Da alkoholismens hyppighed efter det oplyste er forskellig fra kommune til kommune og formentlig er størst i byerne, vil det sikkert være mest praktisk, at udgiftsfordelingen finder sted efter antallet af konsultationer for personer bosat i de enkelte kommuner.

Det af private kredse udøvede arbejde inden for det samme område bør koordineres med det af kommunerne etablerede, hvilket praktisk kan ske ved en tilskudsordning, hvortil der er knyttet betingelser med hensyn til samarbejde.

Udvalget lægger vægt på, at ambulatorier m. v. klart placeres som et led i det almindelige sundhedsvæsen. Ganske vist er problemerne som oftest ikke blot af lægelig, men også af social karakter. Det er imidlertid af afgørende betydning for at kunne sætte ind så tidligt som muligt, at man understreger det helbredsmæssige og i det hele taget betragter patienterne netop som *patienter*. Det er desuden en klar forudsætning for gennemførelse af en behandling, at den altid foregår under lægelig ledelse.

Det har netop ved den hidtidige forsorg for alkoholskadede - herved tænkes særlig på forsorgslovens bestemmelser - været en mangel, at man i almindelighed ikke fra det offentlige side har kunnet gøre noget for at iværksætte en behandling, før pågældende har søgt offentlig hjælp eller er kommet i konflikt med loven, og dette har betydning, at behandlingen ofte først er kommet i gang, når alkoholismen har været vidt fremskreden. I det store og hele må man regne med, at alkohollidelserne her i landet trives ret skjult og i mange tilfælde uden at give anledning til, at de pågældende søger offentlig hjælp eller på anden måde bliver bekendt for de offentlige kontorer. Det er derfor klart, at det tilbud om behandling, der bør gives ved oprettelse af en mere moderne forsorg for alkoholskadede, bør være et tilbud, der fremsættes på en sådan måde, at det bliver en lige så naturlig og selvfølgelig ting at søge helbredelse for en alkohollidelse, som det er på anden måde at søge hjælp i tilfælde af sygdom. Ved at oprette behandlingen i tilknytning til sundhedsvæsenet understreger man netop denne side af sagen og fjerner det odiose skær, som utvivlsomt tidligere har været en hindring for mange for at søge hjælp for deres alkohollidelser.

Udvalget har drøftet spørgsmålet om tvangsforanstaltninger over for alkoholskadede. Herom henvises til kapitel 7.

Der er i udvalget enighed om, at der ved de største af de kommende ambulatorier bør være mulighed for *videnskabelig forskning*. For bekæmpelse af alkoholmisbrug og dets følger spiller den videnskabelige forskning en afgørende rolle. Denne forskning er hidtil foretaget ud fra forskellige synspunkter. Ved fysiologiske og biokemi-

ske undersøgelser har man således søgt klarlagt alkohols indvirkning på den menneskelige organisme. Ved opgørelse af resultater af forskellige behandlingsmåder har læger og hospitaler søgt at finde frem til de mest effektive behandlingsformer og ved sociologiske undersøgelser af alkoholismens betydning i samfundet, har man søgt at belyse dens sociale konsekvenser.

De senere års videnskabelige fremskridt på disse områder har stillet nye undersøgelsesmetoder til rådighed, og ikke mindst efter de nye behandlingsmetoders fremkomst er interessen for videnskabeligt arbejde på disse felter stærkt forøgede. Der kan være grund til at nævne det i Finland oprettede institut for alkoholforskning, der allerede i løbet af få år efter sin oprettelse har gennemført en række betydningsfulde forskningsopgaver på dette område. I Stockholm har man ved universitetet en lærerstol på dette område.

I Danmark har den videnskabelige forskning vedrørende alkoholproblemer været noget spredt og præget af enkelte persons og enkelte institutioners særlige interesse.

Udvalget må imidlertid fremhæve betydningen af, at den videnskabelige forskning af alkoholproblemerne i fremtiden får bedre kår, end de hidtil har haft.

## B. Ambulatorier.

### 1. Ambulatoriernes indretning.

I den som bilag II citerede rapport fra det 2. møde i W.H.O.'s ekspertkomite for mentalhygiejne har komiteen beskæftiget sig med indretningen af ambulatorier, hvoraf der foreslås to typer. Den første skulle være i stand til at behandle patienterne på et tidligt stadium, og inden alvorlige sjælelige forstyrrelser er indtrådt, medens den anden type skulle behandle mere fremskredne tilfælde og patienter med alvorlige neurotiske lidelser.

Som personale til den første type ønsker ekspertkomiteen *en læge*, der er psykiatrisk uddannet uden at dette dog er strengt nødvendigt, en heldagsbeskæftiget *socialrådgiver* og en *sekretær*. Endvidere er yderligere en socialrådgiver ønskelig, i særdeleshed med henblik på fortsat kontrol med udskrevne patienter. Lederne må antages at bruge mellem 2 og 4-5 halve dage om ugen,

alt efter hvilke efterbehandlingsmuligheder, der lindes på stedet. Et ambulatorium af denne art antages at kunne behandle ca. 100 nye alkoholskadede patienter om året og kan til stadighed have ca. 150 patienter under behandling.

Den anden type af ambulatorier forventes at ville kræve følgende personale: En halvdags psykiater, en heldags psykiatrisk assistent, en halvdags specialist i intern medicin, 2 heldags socialrådgivere og en heldags sekretær. Endvidere vil det være ønskeligt med en heldags psykolog. En klinik af denne art ville efter W.H.O.'s opfattelse kunne behandle 350-400 alkoholskadede pr. år.

Udvalget er for så vidt enig med W. H. O.'s ekspertkomite i det hensigtsmæssige i at indrette ambulatorierne nogenlunde efter de i rapporten skitserede retningslinier, men finder dog straks at måtte gøre opmærksom på, at de i de senere år indhøstede erfaringer peger på, at socialrådgiverarbejdet ikke kan udføres tilfredsstillende med en så stor patientgruppe pr. rådgiver.

Ambulatoriet vil i og for sig kunne indrettes hvor som helst, men det vil være mest praktisk at indrette det nogenlunde centralt beliggende. Hvor det er muligt, vil det være en fordel at knytte ambulatorierne til 1 centralsygehusene, idet disse må antages ofte at kunne stille lokaler til rådighed til den nødvendige konsultation, der af hensyn til patienternes arbejde fortrinsvis bør afholdes om eftermiddagen efter kl. 16 og om aftenen. Også på anden måde vil en forbindelse med sygehuset være til nytte, 1. eks. med hensyn til apparatur, laboratorieundersøgelser og lignende, ligesom det i nogle tilfælde vil være nødvendigt at lade patienter indlægge på sygehuset for kortere eller længere tid, selv om dette kun undtagelsesvis skulle være påkrævet. Hvor arbejdet vil være af mere omfattende karakter og fuldt udbygget efter de af udvalget anbefalede retningslinier, vil det dog være at anbefale, at ambulatoriet med eller uden forbindelse med sygehusets lokaler iøvrigt har egne lokaler og en ikke alt for snævert afgrænset konsultationstid.

Medens der således er meget, der taler for, at ambulatorierne står i snæver forbindelse med sygehusene, vil det efter ud-

valgets opfattelse i almindelighed ikke kunne anbefales, at de lokalemæssigt knyttes til de som oftest mere afsides beliggende sindssygehospitaler.

Det nødvendige personale ved et ambulatorium vil som nævnt bestå af læger, socialrådgivere og eventuelt sygeplejersker, ligesom der i almindelighed vil være brug for sekretærhjælp. Det lægelige arbejde vil på de mindre ambulatorier næppe kræve en læges fulde tid, og det vil i det hele taget, bortset fra de største ambulatorier, være praktisk at ansætte læger på deltid, navnlig fordi konsultationen, som anført, ofte bør lægges sent om eftermiddagen og først på aftenen. Arbejdstiden vil iøvrigt afhænge af patienternes antal og de øvrige tilstedeværende hjælpemidler, herunder i hvilket omfang private foreninger m. v. vil deltage i arbejdet efter retningslinier angivet af ambulatoriet.

Den læge, der har ledelsen af ambulatoriet, bør så vidt muligt være psykiater, eller i hvert fald have et vist kendskab til psykiatri; speciallæger i psykiatri er dog ikke lette at skaffe, og det er da heller ikke absolut nødvendigt, at den ledende læge har en sådan uddannelse. Hvis lederen imidlertid ikke selv har psykiatrisk uddannelse, bør der dog være mulighed for at henvise patienterne til en psykiater. Hvor der er et sindssygehospital i nærheden, vil der muligvis kunne skaffes psykiatrisk medhjælp herfra i et vist omfang. En sådan ordning praktiseres i Aarhus. Hvor der ikke er mulighed for at få en psykiater som leder af klinikken, bør man formentlig ansætte en praktiserende læge med særlig interesse for problemet fremfor en til et sygehus knyttet læge, der bortset fra overlægen er ansat på et så kort åremål, at det vil medføre for hyppige skift i stillingen. Hvor der findes en embedslæge med interesse for problemet, vil han utvivlsomt være velegnet, og det samme vil være tilfældet, dersom der ansættes social læger i flere byer, end det nu er tilfældet. I de største byer er det dog sandsynligt at sociallægearbejdet vil få et sådant omfang, at det ikke kan forventes, at sociallægen vil have den tilstrækkelige tid til også at være leder af ambulatoriet.

Udover lægehjælpen er det nødvendigt, at der knyttes socialrådgivere til ambulatorio-

riet, Da en meget væsentlig del af arbejdet i forbindelse med en heldig gennemførelse af alkoholismebehandlingen skal bæres af socialrådgiverne, er det sandsynligt, at der hurtigt vil vise sig at være behov for flere socialrådgivere ved de større klinikker. Det vil dog først på grundlag af mere omfattende erfaringer end de nu foreliggende være muligt at sige, hvor mange socialrådgivere, der bør knyttes til klinikkerne i forhold til patientantallet. Det vil være socialrådgivernes opgave at skaffe alle de nødvendige oplysninger om patientens sociale forhold samt løse de sociale problemer, der er opstået for pågældende, såsom ordne forholdet til skattevæsenet, sygekasse, fagforening m. v. Socialrådgiveren vil dog også med en passende psykiatrisk vejledning og under lægens ledelse kunne tage del i behandlingen i form af personlig vejledning og rådgivning, således at patienten kan få en mulighed for at drøfte sine problemer med rådgiveren. Udvalget skal her pege på, at socialrådgiverens opgaver ikke er endt med selve antabusbehandlings afslutning, men at det for en meget stor del af patienterne vil være af den største betydning, om ambulatoriet er i stand til at give en passende efterbehandling. Det er bl. a. af betydning, at der også efter antabusbehandlings afslutning fortsat kan gives hjælp og støtte til den alkoholskadede og hans familie.

Det vil være ønskeligt, at lægen til sin assistance har en sygeplejerske, der bl. a. kan foretage visse rutinemæssige undersøgelser. Da der kun vil være brug for hende i konsultationstiden, vil hun formentlig kunne ansættes på deltidsarbejde, eventuelt kunne stilles til rådighed af et nærliggende sygehus.

Endelig vil det, i hvert fald på de største ambulatorier, være en praktisk nødvendighed, at der ansættes en kontormedhjælper til skrivning af journaler og korrespondance, udfyldelse af kartotekskort o.s.v. I visse tilfælde vil man måske kunne klare sig med deltidsassistance, f. eks. fra medarbejdere, som på anden måde har ansættelse ved sygehus.

Det vil, som allerede omtalt, være af væsentlig betydning for ambulatoriets arbejde, at der træffes aftale med et sygehus om let adgang til hurtig indlæggelse på hospitalets

medicinske afdeling, når dette skønnes nødvendigt. En sådan indlæggelsesret behøver i almindelighed blot at omfatte enkelte sengepladser, idet indlæggelserne sædvanligvis vil være kortvarige.

Lokaleforholdene bør være således, at lægen så vidt muligt både har et værelse, hvor han kan samtale med patienten, og et, hvor han kan foretage de nødvendige legemlige undersøgelser, afholde drikkeprøver m. v. Herudover bør hver socialrådgiver have sit kontor, således at man uforstyrret kan tale med patienterne, ligeledes må der helst være et værelse til kontormedhjælper, endelig må der være et venteværelse. Behandlingen af egentlige sygdomme hos de alkoholskadede bør ikke foregå på klinikken, men der bør være mulighed for foruden antabus at give visse vitaminbehandlinger og lignende i forbindelse med den psyko-terapeutiske behandling. Endelig vil det være fordelagtigt - og for de større ambulatorier sikkert nødvendigt - at råde over et værelse, der dels kan bruges til gruppebehandling af patienter, dels kan anvendes til konferenceværelse for samtlige medarbejdere, når disse instrueres af den ledende læge. Sådanne konferencer har vist sig at være en meget værdifuld hjælp ved skolingen af personalet og af stor betydning for, i hvilket omfang socialrådgiverne kan aflaste lægerne.

Udvalget har foretaget en rent skønsmæssig beregning af de årlige driftsudgifter ved sådanne ambulatorier (idet der er set bort fra hovedstaden og de 3 største provinsbyer, hvor forholdene ligger noget anderledes). Herefter er de årlige udgifter skønsmæssigt anslået til ca. 60.000 kr. pr. ambulatorium. Disse driftsudgifter er beregnet på grundlag af følgende budget:

Lønning af læge . . . . .	12.000 kr.
— 2 socialrådgivere . . . . .	26.000 »
— sygeplejerske . . . . .	5.000 »
— kontorist . . . . .	11.000 »
Vedligeholdelse af inventar, læ-	
geinstrumenter m. v. . . . .	2.000 »
Medicin m. v. . . . .	2.000 »
Kontorhold . . . . .	2.000 »
Husleje . . . . .	000 »

Ialt (bortset fra husleje) ca. 60.000 kr.

Der er ved dette budget regnet med en kapacitet på 100-150 patienter årlig, og med 2-3 ugentlige konsultationer, idet dette formentlig vil være den naturlige størrelse at begynde arbejdet med. Efter de foreliggende erfaringer skønnes et ambulatorium bemandet som skitseret at kunne modtage ca. 15 alkoholskadede patienter pr. konsultation. En socialrådgiver vil efter erfaringerne fra ambulatoriet i København ikke kunne overkomme mere end højst 50 patienter i løbet af samme år, når arbejdet består i kombineret rådgivning og tilsyn under efterforsorg. Det vil derfor være nødvendigt at have 2 socialrådgivere knyttet til en institution af denne størrelse. Det har ikke været muligt at anslå noget beløb til husleje. For så vidt man kan regne med, at et sygehus stiller lokale med lys og varme samt rengøring vederlagsfrit til rådighed, vil der ikke fremkomme særlige udgifter på denne post, medens man, for så vidt der må lejes lokaler til institutionen, må føje denne udgift til de øvrige udgifter. Som foran udtalt er budgettet opstillet rent skønsmæssigt, og udgifterne må forventes at ville variere ret stærkt fra sted til sted.

For hovedstadens vedkommende gør særlige forhold sig gældende.

Som omtalt i kapitel 3 har *Københavns kommune* allerede etableret en særlig behandlingsordning for alkoholskadede. Herefter er der ved Kommunehospitalets psykiatriske poliklinik indrettet et særligt ambulatorium for alkoholskadede. Behandlingen foregår i samarbejde med Overførstergården, hvor patienterne kan indlægges og underkastes en behandling, der afsluttes med en overgangsperiode, hvor patienterne tager på arbejde om dagen, medens de stadig bor på Overførstergården. Den lægelige ledelse af såvel Overførstergården som ambulatoriet varetages af chefen for Kommunehospitalets psykiatriske poliklinik. Det øvrige personale på ambulatoriet består af en reservelæge, en lægeassistent (deltidsbeskæftiget), 5 socialrådgivere, 2 sekretærer og 1 sygeplejerske. Lægerne og socialrådgiverne er fælles med Overførstergården.

Foruden det på Kommunehospitalet etablerede ambulatorium har foreningen »Ring i Ring« oprettet en klinik på Blegdams hospitalet, ligesom afholdsbevægelsen har

oprettet en klinik med lokaler på Ortopædisk Hospital.

Der er ved oprettelsen af disse klinikker tilvejebragt en ordning, der på god måde bidrager til løsning af det foreliggende behandlingsproblem. Udvalget må dog være af den opfattelse, at de etablerede ambulatorier ikke fuldt ud dækker behovet i København. Det kan i denne forbindelse bemærkes, at ca. 28 % af samtlige mandsindlæggelser på de psykiatriske afdelinger i København skyldes alkoholmisbrug, og formentlig kun halvdelen af disse patienter behøver egentlig hospitalsbehandling. For at aflaste de psykiatriske afdelinger vil det derfor være rimeligt, at der oprettes ambulatorier også ved andre københavnske hospitaler, idet man herved vil kunne udnytte hospitalernes lægestab og tekniske organisation, uden at indlæggelse behøver at finde sted. Herigennem vil der kunne spares en række både for sygehusvæsenet og for patienterne dyre indlæggelser. Et særligt forhold gør sig gældende med de asociale og behandlingsu villige alkoholskadede, men herom skal man henvise til underudvalgets indstilling om tvangsmæssig behandling jfr. kapitel 7.

Såfremt der oprettes flere ambulatorier, må det selvsagt ske i nøje samarbejde med de allerede eksisterende og i samarbejde med Overførstergården. En yderligere udbygning af ambulatorierne vil formentlig kunne bidrage til en hurtigere udskrivning af de på Overførstergården indlagte patienter, idet patienterne, såfremt ambulatoriernes kapacitet udvides, lettere vil kunne underkastes betryggende efterbehandling og tilsyn.

Det kan i denne forbindelse tilføjes, at det af Det Blaa Kors i Taastrup indrettede kurhjem, hvor patienterne kan bo, medens de underkastes behandling og samtidig arbejder i byen, tjener visse af de samme formål som Overførstergårdens, i hvert tilfælde for så vidt angår de senere stadier af behandlingen.

Også for de *københavnske omegnskommuner* er alkoholisme et problem, omend ikke af den samme størrelse som i København. Frederiksberg kommune har allerede oprettet et ambulatorium for alkoholskadede på Frederiksberg hospital, ligesom Lyngby-Taarbæk, Gentofte og Gladsaxe og



Søllerød har oprettet fælles ambulatorium i Lyngby. En række andre omegnskommuner arbejder med tanken.

## 2. Frivillige medhjælpere.

I forbindelse med indretningen af ambulatorierne har udvalget drøftet, i hvilket omfang der til aflastning af socialrådgiverne kan og bør anvendes frivillige medhjælpere. En sådan ordning med anvendelse af frivillige medhjælpere findes f. eks. i tilknytning til den af afholdsforeningerne oprettede klinik, der beskæftiger 30-35 sådanne medhjælpere, alle udvalgt blandt forskellige afholdsorganisationers medlemmer samt K.F.U.M. og K.F.U.K.

Ved anvendelse af frivillige medhjælpere må der udvises stor omhu for at finde de rette personer. Der kræves således særlige egenskaber for at kunne bestride dette på mange måder vanskelige hverv, uden at patienten frastødes. Det er således ikke tilstrækkeligt, at en frivillig medhjælper har en solid fortid bag sig i eller uden for afholdsbevægelsen, men det må kræves, at han besidder særlige egenskaber til at omgås alkoholskadede patienter, der på grund af deres lidelser ofte er nervøse og pirrelige. Det må strengt iagttages, at sådanne medhjælpere virkelig holder sig i kontakt med patienterne og gennemfører deres opgaver i fuld overensstemmelse med, hvad der er anvist dem af lægerne og socialrådgiverne; men det er næppe muligt at fastsætte almindelige regler for hyppigheden af kontakten og lignende, idet dette må bero på de individuelle hensyn i de enkelte tilfælde. Det må bemærkes, at det således ofte vil være forbundet med vanskeligheder at finde egnede medhjælpere, og at vejledningen af disse medhjælpere og vedligeholdelsen af kontakten med dem kræver et betydeligt arbejde af socialrådgiveren. En ordning med frivillige medhjælpere vil således efter udvalgets opfattelse aldrig kunne erstatte en socialrådgivers arbejde, men i bedste fald betyde en videre udstrækning af dette. Udvalget kan derfor kun anbefale anvendelsen af sådanne frivillige medhjælpere, hvor der findes en så tilstrækkelig stab af socialrådgivere, at disse er i stand til at bevare overblik over, hvad der toretages fra klinikken. Hvor dette er tilfældet, vil de frivillige medhjælpere dog

ofte kunne være en betydningsfuld hjælp, særlig for så vidt angår den side af arbejdet, der består i at opspore klienter, som er ved at falde ud af behandlingen, som er på drikketure, eller med hvilke man efter behandlingens afslutning gerne vil bevare en fortsat kontakt.

## 3. Fordelingen af udgifterne ved ambulatorierne.

### a. Driftsudgifter.

Udvalgets flertal er af den opfattelse, at opgaven med oprettelsen af ambulatorier er af kommunal karakter og bør løses på kommunalt initiativ. Der bør imidlertid, som det er tilfældet ved mange andre opgaver, hvis praktiske løsning kommunerne påtager sig, under en eller anden form ydes et vist statstilskud. Man kan i så henseende henvise til, at staten betaler halvdelen af udgifterne ved gennemførelsen af en række opgaver af tilsvarende sundhedsmæssig karakter, f. eks. mødrehjælpsinstitutionerne, tuberkulosestationerne, jordemoder- og sundhedsplejerskeordningerne.

På grund af den nære forbindelse, der forudsættes at ville blive mellem ambulatorierne og sygehusvæsenet, har udvalget særlig været opmærksom på, at man eventuelt kunne anvende tilskudsreglerne vedrørende sygehusene.

Efter den gældende lovgivning (lov nr. 71 af 27. februar 1946 om sygehusvæsenet, således som denne senere er ændret i lov nr. 91 af 31. marts 1953), påhviler det kommunerne at tilvejebringe og drive det fornødne antal sygehuse i det omfang, det ikke sker ved statens foranstaltning. Til nedbringelse af kommunernes udgifter til driften af sygehusene yder den fælleskommunale udligningsfond dels et tilskud pr. indbygger, dels et tilskud pr. sygedag på kommunernes sygehuse. Tilskuddenes størrelse er gennem årene ved lov blevet reguleret således, at de gennemsnitlig svarer til ca. 60 % af kommunens udgifter i det foregående regnskabsår, bortset fra udgifter til forrentning og afskrivning af bygninger og inventar.

I sygehusloven er der endvidere fastsat regler, hvorefter der ved beregningen af tilskud fra udligningsfonden til udgifterne ved sygehusdrift også kan tages hensyn til den virksomhed, der udføres ved rekonvale-

scenthjem eller rekonvalescentafdelinger samt diagnosestationer og ambulatorier. Hertil ydes der et tilskud svarende til halvdelen af det ordinære sygedagstilskud. For ambulante undersøgelser og behandlinger ydes dog kun tilskud, når de foretages efter lægehenvi- sning. Der vil derfor ikke kunne ydes tilskud til poliklinikker, undtagen i det omfang undersøgelser og behandling på disse finder sted efter lægehenvi- sning.

Spørgsmålet om, hvorledes den del af udgifterne, som endelig skal bæres af de i ordningen deltagende kommuner, skal fordeles mellem disse, ordnes normalt for sygehusvæsenets vedkommende ved en overenskomst mellem de pågældende kommuner.

Er der ikke indgået en egentlig overenskomst om indlæggelsesret for kommunens indbyggere på et fremmed sygehus, ordnes det økonomiske mellemværende ifølge indenrigsministeriets cirkulæreskrivelse af 10. november 1950 om betaling for sygehusbehandling på fremmede sygehuse, således at den indlæggende kommune betaler de med de pågældende patienters behandling på det fremmede sygehus forbundne udgifter, hvorefter kommunen afkræver patienten selv (sygekassen) et beløb svarende til den takst, pågældende skulle have erlagt på hjemstedets sygehus, og derefter opføres udgiften på regnskabet for hjemstedssygehuset.

Såfremt der etableres ambulatorier for alkoholskadede i tilknytning til sygehuse, vil disse i og for sig opfylde betingelserne for at opnå tilskud i henhold til sygehuslovgivningen, og indenrigsministeriet, sundhedsstyrelsen samt sygehusrådet, med hvem udvalget har drøftet sagen, har på forhånd erklæret sig enige heri.

Det kunne således synes nærliggende simpelthen at anvende sygehuslovens regler. Udvalget må imidlertid nære nogen betænkelighed herved. For det første vil ambulatorierne ikke altid komme til at virke i direkte tilknytning til et sygehus, endvidere bør der ganske givet ikke for dette arbejdes vedkommende stilles krav om lægehenvi- sning, og endelig egner den i forbindelse med sygehusordningen opstillede interkommunale fordelingsnorm sig næppe uden for dette område.

Udvalget skal derfor foreslå, at der ind-

føres en refusionsordning svarende til den for tuberkulosestationer m. v. gældende, hvorefter staten (eventuelt den fælleskommunale udligningsfond) afholder halvdelen af udgifterne, medens den anden halvdel reparerer på de deltagende købstæder og landkommuner i forhold til antallet af konsultationer for patienter fra vedkom- mende kommune.

Hvad den interkommunale fordeling an- går, ville den letteste fremgangsmåde være den at reparere udgifterne efter folketal. Da benyttelsen af ambulatorierne imid- lertid altid vil være stærkest fra de bymæssige bebyggelser og svagest fra landdistrikterne, mener udvalget, at det ville skabe mindst modstand, hvis repareringen sker på den enkelte kommune efter patienttal. På den anden side bør den enkelte kommune ikke kunne nægte at udrede sin forholds- mæssige del af udgifterne for patienter hjemmehø- rende i denne. Det foreslås derfor, at der eventuelt på amternes initiativ på sædvan- lig måde afsluttes aftaler mellem kommu- nerne om benyttelsen af ambulatorierne, således at de omliggende kommuner efter opgørelse een gang årlig yder refusion for patienter hjemmehørende i kommunen.

#### *b. Etableringsudgifter.*

Efter gældende lovgivning påhviler det kommunerne at afholde udgifterne i forbindelse med oprettelse af sygehuse. De af udvalget foreslåede ambulatorier vil ikke kræve særlige bygninger eller andre mere kapitalkrævende indretninger. I det omfang, de vil kunne etableres i sygehusenes lokaler, vil udgifterne ved deres oprettelse kun blive ubetydelige, medens der, såfremt de må oprettes i lejede lokaler, formentlig må blive tale om mindre udgifter til ind- retning af disse lokaler. Da ambulatorierne, bortset fra de største, kun skal have åbent om eftermiddagen og om aftenen, vil der formentlig i mange tilfælde kunne benyttes lokaler, der tillige anvendes til andet formål, ligesom der måske vil kunne anvendes allerede tilstedeværende kontorinventar og apparatur. Visse mindre inventarstande, som f. eks. linned, service og instrumenter, må formentlig anskaffes, men vil i de fleste tilfælde kunne tages over driften. I det om-

fang, der bliver tale om etableringsudgifter, bør disse afholdes af de kommuner, der tager initiativet til ambulatoriets oprettelse, hvorefter de vil kunne afskrives over driften.

#### 4. Administration af ambulatorierne.

Det har som nævnt været udvalget magtpåliggende at understrege, at ambulatorier m. v. betragtes som en del af *sundhedsvæsenet*. Kun derved opnås en rigtig placering i overensstemmelse med et moderne syn på behandlingen. Løsning af de alkoholskadedes problemer er imidlertid ikke blot en lægelig, men tillige i høj grad en social opgave, og dette gør det naturligt at overlade oprettelsen af ambulatorier til det kommunale initiativ. Den sociale side af behandlingen af alkoholskadede berører en række offentlige myndigheder, f. eks. politi og anklagemyndighed, socialkontorer, arbejdsanvisning, skattevæsen o.s.v. Dette har medført, at man nogle steder, hvor der allerede er oprettet ambulatorier, har dannet en bestyrelse for disse med repræsentanter for en række af disse myndigheder og andre interesserede kredse. Denne fremgangsmåde, der utvivlsomt har lettet kontakten mellem ambulatoriet og de nævnte myndigheder, har særlig været nødvendig, så længe der i første række var tale om et privat initiativ, og vil også have sin værdi i fremtiden. På den anden side kan det næppe betegnes som en absolut nødvendighed at have en sådan bestyrelse, og det må under alle omstændigheder være således, at den afgørende indflydelse med hensyn til ambulatoriets drift ligger hos den kommune eller forening, der bærer det økonomiske ansvar.

Det er af største betydning, at der tilvejebringes et nært samarbejde mellem ambulatorierne på den ene side og politiet, de sociale udvalg og de praktiserende læger m. 11. på den anden side. Det bør således allerede ved oprettelsen søges aftalt med de stedlige politimyndigheder inden for ambulatoriets område, at de tilråder berusere, der hyppigt indbringes for gadeuorden, at underkaste sig behandling på ambulatorierne. Ligeledes bør domme over alkoholskadede lovovertrædere i det omfang, det af kriminal-politiske grunde er forsvarligt, gøres betingede af behandling i ambulatori-

erne. Endvidere bør det aftales med de sociale udvalg, at disse henviser alkoholskadede, som søger offentlig hjælp, til behandling på ambulatorierne. I et vist omfang bør de sociale udvalg således gøre ydelse af hjælp til alkoholskadede personer betinget af, at disse underkaster sig en kur på ambulatorierne. Endelig bør ambulatoriernes ledelse gøre de praktiserende læger interesseret i arbejdet, således at disse henviser alkoholskadede patienter til behandling.

Adgangen til ambulatorierne bør imidlertid være åben for alle, som føler et behandlingsbehov, og henvisning fra *læge* eller offentlig myndighed bør ikke kræves, med mindre det er nødvendigt for at hindre en alt for voldsom tilgang af patienter.

Behandlingen bør normalt være gratis.

#### 5. Offentlig godkendelse.

Det må være en forudsætning for ydelse af statstilskud, at såvel ambulatorier som behandlingshjem godkendes af vedkommende ministerium. Herved opnås den nødvendige ensartethed og koordinering og et vist indseende med det udførte arbejde og de afholdte udgifter. Udvalget skal i så henseende foreslå, at man følger regler nogenlunde svarende til dem, der gælder for oprettelse og drift af f. eks. tuberkulosestationer og børneplejestationer. Det bliver dog nok nødvendigt i den første årrække at udøve et mere aktivt tilsyn, som formentlig naturligt må ske gennem sundhedsstyrelsen.

Medens afholdsbevægelsen hidtil har sorteret under indenrigsministeriet og modtaget tilskud derigennem til sin propaganda og foreningsvirksomhed, har afvænningshjemmene været betragtet som en forsorgsforanstaltning henhørende under socialministeriet, jfr. forsorgslovens § 42. Såfremt behandlingen af alkoholskadede omlægges efter de af udvalget foreslåede linier, vil den få tilknytning til det almindelige sundhedsvæsen, hvilket gør det naturligt at overføre hele området til indenrigsministeriet til administration i forbindelse med sundhedsvæsenet. Det er klart, at en sådan overførelse kan medføre visse overgangsvanskeligheder for de allerede bestående institutioner, og udvalget skal derfor foreslå, at de i henhold til lov om offentlig forsorg § 42 meddelte godkendelser betragtes som fort-

sat gældende, indtil en anden ordning eventuelt træffes på grundlag af den nye lovgivning.

### C. Behandlingshjem.

For den gruppe af alkoholskadede, hvis sociale situation er forværret i højere grad, vil en ambulant behandling i mange tilfælde være utilstrækkelig. Der bør for disse tilfælde skyld formentlig være mulighed for en behandling på mere effektiv måde og under større kontrol, end ambulatoriebehandling kan give. Det er ud fra sådanne overvejelser, at man til ambulatorier på Københavns kommunehospital har knyttet behandlingsinstitutionen Overførstergården. Efter udvalgets opfattelse bør der i alt fald forsøgsvis til de større ambulatorier søges knyttet et behandlingshjem efter tilsvarende linier som Overførstergården. Hjemmet bør foruden at danne rammen om den sædvanlige lægeligt-social behandling fungere som en slags pensionat, hvor patienterne bor og sover og iøvrigt har deres frihed. De skal kunne genoptage deres arbejde, og i disse tilfælde bør de betale for deres ophold med en fastsat takst.

Sådanne behandlingshjem bør så vidt muligt oprettes i forbindelse med ambulatorierne og være under tilsyn af ambulatoriets læge, men der kan intet være til hinder for, at oprettelsen og driften af sådanne hjem optages af private kredse.

Det økonomiske grundlag må tilvejebringes efter regler svarende til dem, der gælder for ambulatorierne, og for så vidt angår private hjem således, at der på sædvanlig måde fastsættes en betalingstakst.

Man går ud fra, at sygekasserne, når indlæggelse sker efter lægeordination, vil betale en del af taksten. Er pågældende ikke nydende sygekassemedlem, må han selv eller hans kommune betale selvbetaler-taksten. Forskellen mellem selvbetaler- og sygekassetakst på den ene side og den i forhold til hjemmet fastsatte refusionstakst på den anden side forudsættes afholdt som foran nævnt, nemlig ved et offentligt tilskud, hvoraf halvdelen bæres af staten, halvdelen af den eller de kommuner for hvis regning hjemmet drives.

Der bør iøvrigt fortsat være mulighed for at drive et behandlingshjem som et egentligt led i en sygehusvirksomhed efter

samme refusionsregler, som gælder for drift af sygehuse, jfr. Overførstergården. I så fald vil kravene til den lægeligt-social behandling dog være større end ellers.

*Efterforsorgen* for patienter udføres i forbindelse med ambulatorier, hvor sådanne forefindes. Udvalget kan anbefale, at der, som Det Blaa Kors har ytret ønske om, inden for efterforsorgen skabes mulighed for at anvise og honorere psykiatrisk bistand, socialrådgivning og tilsynsværger (i lighed med Dansk Forsorgsselskab), og at familiepleje under en eller anden form kan blive legaliseret som efterforsorgsforanstaltning.

### D. Det private initiativ.

#### 1. De private institutioners fremtid.

Den indsats, der på privat initiativ hidtil er gjort vedrørende behandlingen af alkoholskadede, må ses på baggrund af, at det offentlige hidtil i det væsentlige har holdt sig tilbage, for så vidt angår forsorgen for alkoholskadede. Den behandling, der har været foretaget, og de fremskridt, der er gjort, skyldes i vidt omfang den private indsats. Udvalget finder derfor anledning til at udtrykke sin anerkendelse af det store og uegennyttige arbejde, der er gjort af foreninger inden for afholdsbevægelsen, af Det Blaa Kors, af Ring i Ring m. il.

Ved oprettelsen af behandlingsinstitutioner på kommunalt initiativ vil den private indsats ikke længere være enerådende. Denne udvikling er i og for sig naturlig, idet man nu er nået så vidt, at behandlingen af alkoholskadede ikke blot er overladt interesserede, private kredse, men mere og mere anerkendes som en samfundsopgave. Dette betyder imidlertid på ingen måde, at det private initiativ på dette område er blevet overflødigt, idet det netop på udmærket måde vil kunne supplere det offentliges indsats.

Der er for det første stadig brug for den store erfaring, private institutioner og foreninger sidder inde med på dette område. Dernæst vil det som hidtil være naturligt fra det private initiativ at sætte ind på punkter, som endnu ikke er taget op af det offentlige, men endelig er der områder, som egner sig nok så godt til at løses på privat initiativ fremfor på et offentligt, herunder navnlig gruppearbejdet, rekrutteringen af

frivillige medhjælpere til tilsynsarbejdet og oprettelsen af pensionater eller hjem, hvor de alkoholskadede kan bo samtidig med, at de passer deres kur og går på arbejde om dagen. Sådanne hjem er allerede oprettet al Det Blaa Kors i Taastrup.

Efter udvalgets opfattelse er der intet til hinder for, at private foreninger fortsat modtager patienter til behandling i deres klinikker, men ydelse af offentligt tilskud hertil må forudsætte, at denne virksomhed foregår i samarbejde med de kommunale ambulatorier og ikke på uhensigtsmæssig måde dublerer dette arbejde. Hvor der findes offentlige klinikker, vil det normale formentlig blive, at de private klinikker kun modtager de lettere tilfælde af alkoholisme til behandling, medens de sværere bør henvises til de offentlige ambulatorier, der oftest vil være bedst udrustede til disse tilfælde. Løvrigt bør der - bortset fra det sædvanlige sundhedsmæssige tilsyn - ikke fra det offentlige side ske indblanding i den daglige drift af de private institutioner, med mindre der ydes dem tilskud, jfr. herom nedenfor under 3.

Endelig vil der stadig for private lønninger være en stor opgave i det studieoplysnings- samt propagandaarbejde, som navnlig afholdsforeningerne har drevet i en årrække, og hvis betydning ikke må undervurderes.

## **2. Bestående afvænningshjem.**

Af afvænningshjem af den ældre type består nu kun Ørsholt, idet Det Blaa Kors har omdannet sine øvrige hjem efter moderne retningslinier. Man agter inden for Det Blaa Kors at bevare Ørsholt som optagelseshjem, hvorfra visitation til de øvrige hjem foretages.

## **3. Tilskud fra det offentlige til de private institutioner.**

Som anført ved beskrivelsen af de enkelte afvænningshjem i kapitel 3, ydes der af socialministeriet et tilskud pr. patientdag til de af Det Blaa Kors drevne afvænningshjem med et samlet beløb af 105.600 kr. for finansåret 1957/58. Endvidere ydes der af indenrigsministeriet tilskud til afholdsforeningernes virksomhed, der for finansåret 1958/59 udgør ialt 88.500 kr.

Herudover er der siden 1950 gennem indenrigsministeriet på tillægsbevillingslovene ydet tilskud til afholdsforeningernes rådgivnings- og antabuskontorer. Tilskudet har været faldende fra 7.200 kr. i 1951/52 til 5.800 kr. i 1952/53 og 3.000 kr. i 1953/54 og er nu ophørt.

Den af indenrigsministeriet ydede støtte til rådgivnings- og antabuskontorer er ydet på betingelse af, at tilsvarende tilskud tilvejebringes fra anden side, samt at der af rådgivningsvirksomheden udarbejdes en systematisk oversigt over de opnåede resultater, som skal indsendes til ministeriet.

Endvidere har Ring i Ring i København siden 1951-52 fra tipsmidlerne modtaget årlige tilskud. I 1954-55 og 1955-56 androg tilskudet 10.000 kr. årlig og i 1956-57 25.000 kr. Foruden mindre tilskud fra forskellige omegnskommuner har afdelingen fra Københavns kommune modtaget årlige tilskud på 7.000 kr., der dog for 1956-57 ekstraordinært er blevet forhøjet til 11.200 kr.

Udvalget forudsætter, at tilskudet til afholdsbevægelsens almindelige virksomhed opretholdes, og at tilskud til de af private kredse drevne ambulatorier og hjem m. v. fremtidig ydes i overensstemmelse med de i nærværende betænkning foreslåede regler. Man skal endvidere foreslå, at der gennem indenrigsministeriet på finansloven til landsforeningen Ring i Ring ydes et tilskud til foreningens almindelige virksomhed (propaganda og centralledelse) i lighed med det til afholdsbevægelsen ydede.

## **E. Offentlig hjælp og lign. til alkoholskadede, der underkaster sig behandling.**

### **1. Hjælp til behandling.**

#### *n. Ambulant behandling.*

Efter udvalgets foranstående forslag vil der ikke foreligge noget betalingsproblem for den ambulante behandling af alkoholskadede, jfr. side 61, hvor det foreslås, at behandling på ambulatorierne normalt bør være gratis.

#### *b. Indlæggelse.*

Betalingen for frivilligt ophold på afvænningshjem kan i trangstiltfælde afholdes af kommunerne i henhold til forsorgslovens

§ 315. Det er en betingelse for sådan hjælp, at patienten forpligter sig til at forblive på hjemmet i mindst 1 år. Hjælpen betragtes som fattighjælp, dog kun med den virkning, at patienten mister valgret og valgbarhed indtil udskrivningen; i tilfælde af, at kuren afbrydes i utide, dog indtil der er forløbet 2 år fra indlæggelsen. Derimod er der ikke pligt til at tilbagebetale hjælpen.

I tilfælde, hvor patienten ikke er trængende i forsorslovens forstand, må han selv afholde udgifterne ved opholdet. Hvis der ydes ham moderation, dækkes halvdelen heraf ved statstilskud til hjemmet.

Der er ikke hjemmel til, at en sygekasse kan betale for opholdet.

Også ved afgørelsen af betalingssspørgsmål, der knytter sig til behandlingen af alkoholisme, bør der lægges behandlingsmæssige synspunkter til grund. At knytte retsvirkninger til modtagelsen af offentlig hjælp til behandling er irrationelt og kan kun begrundes med en betragtning om, at patienten er selvforskyldt trængende, en betragtning, der er forældet og ikke harmonerer med vor tids opfattelse af alkoholismen. Retsvirkningerne kan tillige virke imod behandlingens hensigt og er derfor i nogle tilfælde direkte skadelige.

Hertil kommer, at forsorslovens § 315 også er utidssvarende med hensyn til betingelsen om opholdets varighed, idet en moderne kur normalt kun vil fordre ganske kortvarige indlæggelser.

Det foreslås af disse grunde, at den nuværende § 315 ophæves.

Det ville i og for sig næppe være nødvendigt i stedet at have en anden udtrykkelig bestemmelse om hjælp til betaling for ophold på behandlingshjem for alkohollidende, da indlæggelse vil ske efter lægeordination og således ligesom sygehusophold uden videre omfattes af udtrykket »kur og pleje i sygdomstilfælde« i forsorslovens §§ 1 og 292. Man finder det dog rettest, at der søges gennemført hjemmel til at yde den fornødne hjælp som *særhjælp*, og i lovforslagene nedenfor i kapitel 8 indgår derfor forslag til en ny § 265 A i forsorsloven. Man vil ved en sådan lovændring opnå en meget betydningsfuld placering af alkoholismebehandlingen som

ligeberettiget med de andre i særhjælpsafsnittet omtalte sygdomsbehandlinger. Det kan iøvrigt fremhæves, at allerede hjælpen efter forsorslovens § 315 som foran nævnt ydes uden tilbagebetalingspligt.

Som følge af de behandlingsmæssige synspunkter bør der også gennemføres hjemmel for, at hjælp til ophold på afvænningshjem efter lægeordination kan betales af *sygekasserne*, og i kapitel 8 findes derfor forslag til en hertil sigtende ændring af folkeforsikringslovens § 18. Under hensyn til, at forslaget om en ny S 265 A i forsorsloven vil sikre hjælp uden retsvirkning til de patienter, der er trængende, vil en sådan lovændring dog kun være af begrænset rækkevidde, og udvalget vil derfor ikke for sit vedkommende indvende noget mod, at gennemførelsen af ændringen af folkeforsikringslovens § 18 udsættes til passende lejlighed, hvor der også foretages andre ændringer i sygekasselovgivningen, såfremt dette måtte skønnes at være praktisk.

## 2. Hjælp til underhold.

Der findes ikke i gældende lovgivning nogen særlig hjemmel for at yde forsorshjælp til underhold til alkoholskadede eller deres pårørende, medens behandling gennemgås. De vil derfor være henvist til forsorslovens almindelige regler om kommunehjælp eller særhjælp. Det bemærkes herved, at eventuel modtagelse af fattighjælp efter § 315 til frivilligt ophold på afvænningshjem ikke er til hinder for, at patientens ægtefælle kan oppebære kommunehjælp eller særhjælp; dette udelukkes altså ikke af bestemmelsen i § 309, stk. 1, nr. 3, om, at en person eller de, han skal forsørge, som regel ikke kan modtage kommunehjælp eller særhjælp, sålænge han oppebærer fattighjælp.

Ifølge folkeforsikringslovens § 22, stk. 1, nr. 7, kan det bestemmes i en sygekasses vedtægt, at dagpenge fra sygekassen ikke kan ydes for drankersygdomme, (d.v.s. kronisk alkoholisme og delirium tremens, men ikke andre sygdomme, selv om de er en følge af drikkeri, jfr. håndbog for anerkendte sygekasser, 6. udgave, 1945, side 328).

Ifølge reglerne for de to sygelønsfonde, der er oprettet som følge af bestemmelserne om en sygelønsordning i mæglingforslaget i foråret 1956, ydes der ikke dagpenge fra

disse sygelønsfonde i tilfælde, hvor arbejdsudygtigheden skyldes drankersygdomme. Det er oplyst, at reglen er overført fra sygekassevedtægterne, for at der kunne være så nær overensstemmelse som muligt med sygekassernes praksis, men at det før gennemførelsen af denne regel i den først oprettede fond, der omfattede medlemmer af Dansk Arbejdsgiverforening og De samvirkende Fagforbund aftales, at spørgsmålet om at undtage disse personer skulle tages op til fornyet overvejelse i det udvalg, der er den øverste ledelse af sygelønsfonden, såfremt den tilsvarende regel i sygekassevedtægterne måtte blive ændret.

Udvalget foreslår, at der sammen med den tidligere omtalte regel om særhjælp i tilfælde af indlæggelse til behandling for alkoholisme gennemføres en bestemmelse om, at der kan ydes *særhjælp* til patientens familie under indlæggelse, såfremt sådan er nødvendig, og til en patient, der har været indlagt, i indtil 3 måneder efter udskrivningen, forudsat at han overholder de af den behandelende institutionslæge givne forskrifter og er under fortsat kontrol. Det er ikke tanken, at der skal ydes hjælp efter samme regler, som gælder for tuberkulose og polioramte, men man må af forståelige grunde nøjes med en i omfang mere begrænset hjælp. Denne bør på den anden side være særhjælp, så længe forsørgeren passer kuren.

Forslaget herom indgår i det tidligere nævnte forslag til en ny § 265 A, der findes i nedenstående kapitel 8. Det har som forbillede reglen i forsorgslovens § 252 om forsorg for sindssyge.

Det foreslås tillige, at den foran nævnte bestemmelse i folkeforsikringslovens § 22, stk. 1, nr. 7, ophæves, for så vidt angår drankersygdomme, og at det henstilles til socialministeriet at foranledige, at *sygekasserne* i deres praksis iøvrigt betragter alkoholisme som sygdom i tilfælde, hvor patienten ifølge lægeordination er under behandling for denne lidelse, og hvor udbetaling af sygekassedagpenge iøvrigt ville være motiveret som følge af arbejdsudygtighed på grund af sygdommen. - Under hensyn til, at den praktiske betydning af denne ændring er begrænset, hvis forslaget om særhjælpsbestemmelsen i forsorgslovens § 265 A

gennemføres, vil udvalget dog - ligesom for det foran omtalte forslag om ændring af folkeforsikringslovens § 18 - ikke for sit vedkommende indvende noget mod, at gennemførelsen af en ændring af folkeforsikringslovens § 22, eventuelt henskydes til passende lejlighed, hvor der også foretages andre ændringer i sygekasselovgivningen.

Som konsekvens af en ophævelse af folkeforsikringslovens § 22, stk. 1, nr. 7, bør den omtalte tilsvarende bestemmelse i sygelønsordningen foranlediges taget op til revision, og det foreslås derfor, at man henleder sygelønsfondenes ledelse på nærværende betænkning.

### 3. Andre spørgsmål om offentlig hjælp m.v. til alkoholskadede.

#### a. Folke- og invalidepension.

Ifølge folkeforsikringslovens § 38, stk. 2, nr. 3, er det en betingelse for at opnå invalidepension eller folkepension, at pågældende ikke i løbet af de sidste 5 år vitterlig har ført et levned, der i det almindelige omdømme vækker forargelse. Som et af eksemplerne herpå nævner loven »bevislig drikfældighed«. For invalidepension gælder desuden ifølge § 38, stk. 2, nr. 5, den betingelse, at man ikke må have pådraget sig invaliditeten ved længere tids misbrug af alkohol (eller narkotiske midler).

Udvalget er opmærksom på, at spørgsmålet om disse regler bør ses i sammenhæng med det mere almindelige spørgsmål om vandelsbetingelser for pension, og at det muligvis vil være rigtigst at lade overvejelserne om de nævnte bestemmelser indgå i mere almindelige overvejelser, f. eks. i invalideforsikringskommissionen. Efter det nye syn på alkoholismens karakter, der er anlagt i nærværende betænkning, nemlig at der lægges behandlingsmæssige synspunkter til grund, finder man det ikke rimeligt, at alkoholismen skal kunne medføre, at patienterne udelukkes fra invalide- eller folkepension. Man finder det ønskeligt at lette patienternes tilbagevenden til et normalt liv ved at give dem adgang til at oppebære sådanne ydelser, som de iøvrigt ville være berettiget til at modtage.

I kapitel 8 findes derfor forslag til ophævelse af de nævnte regler om virkningen af alkoholmisbrug, forslag der dog even-

tuelt bør bero på en mere almindelig overvejelse af vandelspørgsmålet.

#### *b. Arbejdsløshedsunderstøttelse.*

Ifølge § 17, stk. 1, nr. 3, i lov om arbejdsanvisning og arbejdsløshedsforsikring m. v. må en anerkendt arbejdsløshedskasse ikke yde understøttelse til medlemmer, hvis arbejdsløshed skyldes overdreven nydelse af berusende drikke. Med en tilsvarende begrundelse som foran under a) foreslår underudvalget denne regel ophævet, og der findes derfor i kapitel 8 et forslag, der tager sigte herpå.

Det bemærkes til dette forslag, at betydningen af, at ordene »overdreven nydelse af berusende drikke« udgår i lov om offentlig arbejdsanvisning og arbejdsløshedsforsikring § 17, stk. 1, nr. 3, alene er, at virkningerne af den moralske bedømmelse af alkoholismen ophæves, idet det også herefter fremdeles vil være en forudsætning for udbetaling af arbejdsløshedsunderstøttelse, at patienten står til rådighed for arbejdsmarkedet. Hvis dette ikke er tilfældet på grund af alkoholismens virkninger på hans helbrestilstand eller på grund af behandlingen, vil arbejdsløshedsunderstøttelse, så længe arbejdsudygtigheden varer, ikke kunne ydes som følge af bestemmelserne i lovens § 17, stk. 1, nr. 2, om medlemmer, hvis arbejdsløshed er forårsaget ved sygdom eller arbejdsudygtighed. Den foreslåede ændring har derfor ingen reel betydning.

#### *c. Alkoholskadede fængselsfangers medlemsskab af sygekasse.*

Ved en forespørgsel fra socialministeriet er underudvalget blevet bekendt med, at der fra fængselsvæsenets side ønskes gennemført en ændring af sygekasselovgivningen, således at alkoholskadede fængselsfanger lettere kan få genoprettet deres nydende medlemsskab i sygekassen. Udvalget kan tilslutte sig denne tanke og går ud fra, at spørgsmålet søges løst i sygeforsikringskom-

missionen i forbindelse med tilsvarende problemer tor andre persongrupper.

#### *d. Andre bestemmelser.*

Også på andre områder har alkoholmisbrug sådanne virkninger med hensyn til bevarelse af rettigheder, at en mere moderne opfattelse af alkoholismens natur kunne begrunde en ændring. Man har imidlertid ikke foretaget nogen omfattende undersøgelse af, hvor sådanne regler findes uden for det direkte af love om offentlig hjælp omfattede område, eller hvor der forekommer en praksis ved administrationen af gældende love, hvorefter alkoholskadede får særlige problemer, især ved resocialisering efter behandlingen. Man skal derfor kun i denne forbindelse nævne som et eksempel, at der i § 10, stk. 1, i lov om arbejdsanvisning og arbejdsløshedsforsikring m. v. findes den regel, at en arbejdsløshedskasses bestyrelse skal nægte som medlem at optage, henholdsvis skal udelukke fra medlemsret, en person, der af bl. a. moralske grunde må anses for uskikket til regelmæssig erhvervsvirksomhed eller til samarbejde med arbejdsledere eller arbejdskammerater; alkoholisme regnes at henhøre herunder. Selv om denne praksis har sin begrundelse i, at sådanne personer ikke antages at ville ernære sig ved regelmæssigt arbejde, og selv om udvalget er klar over, at der derfor er realiteter gemt i bestemmelsen, ønsker udvalget dog at anføre den og at fremhæve betydningen af, at bestemmelsen fremtidig praktiseres på en sådan måde, at arbejdsløshedskasserne er positivt indstillet over for et samarbejde med de læger eller institutioner, som tager sig af behandlingen af alkoholskadede. Man ønsker at pege på, at denne praksis i høj grad må formodes at bygge på en forældet betragtning af alkoholismens natur, og at der derfor kan være grund til at tage denne og andre lignende regler op til overvejelse med henblik på, hvilke konsekvenser man bør drage af den moderne opfattelse af alkoholismen og af de hensyn, der må tages til behandlingen og resocialiseringen.



## Den tvungne behandling.

### A. Den lægelige problemstilling.

Alkoholismen er etter sin natur en tilstand, der lægeligt må placeres mellem den egentlige narkomani og den mere vane-mæssige afhængighed af et gennem længere tid tilført stof. Selv om en mere udtalt fysisk afhængighed af alkohol sædvanligvis kun optræder i form af abstinenssymptomer efter lang tids svært drikkeri, vil alkohol på den anden side ofte være brugt som lindring over for personlige konflikter og vanskeligheder. Sådanne kan også omvendt fremkaldes som følge af drikkeriet og bidrage til dettes videre udvikling. Mange alkoholskadede kan ikke se deres problemer i øjnene, og søger derfor trøst og stimulans i alkoholholdige drikke. Selv om nogle af dem tidsvis kan have en klar opfattelse af drikkeriets skæbnesvangre følger og ved alkoholindtagelsens ophør mærke alvorlige symptomer, vil fristelsen til at borteliminere ubehaget altid være stor, hvilket ofte vanskeliggør påbegyndelsen af en afvænningsbehandling, eller denne vil alt for ofte hurtigt blive afbrudt. Som oftest vil den alkoholskadede reagere med fortsat drikkeri over for ubehageligheder, hvorved disse overdøves.

Selv om der findes mange kliniske og biokemiske analogier mellem alkoholisme og morfinisme, er der dog en klar forskel i lægelig praksis og med hensyn til disse tilstandes medico-socialle og lovgivningsmæssige problemer. Det er en velkendt klinisk erfaring, at selv om behandlingen af alkoholisme langt fra altid udviser tilfredsstillende eller varige resultater i hvert enkelt tilfælde, er resultaterne forholdsvis langt bedre end ved behandlingen af morfinisme.

Nødvendigheden af en behandling for alkoholisme vil ofte for lægen stå med en lig-

nende styrke som nødvendigheden af en livsvigtig kirurgisk operation eller som nødvendigheden af at isolere en smittefarlig patient for at beskytte omgivelserne eller som tvangsindlæggelse på sindssygehospital til behandling af en sindssyg, der er farlig for sine omgivelser. Sådanne sammenligninger vil dog aldrig kunne blive dækkende, om de end giver eksempler på, at det offentlige kan være berettiget til at gøre indgreb i den enkeltes personlige frihed af hensyn til samfundet som helhed eller til hans nærmeste omgivelser. I en teknisk rapport nr. 98 om lovgivning vedrørende psykiatrisk behandling har W. H. O.'s »Expert Committee on Mental Health« anbefalet en lovgivning, som vil gøre det muligt at undergive alkoholskadede, der er farlige for sig selv eller andre, en behandling også imod deres eget ønske. Et flertal inden for komiteen mente, at sådanne regler vedrørende alkoholskadedes behandling ikke burde indbefattes vinder de sædvanlige lovregler for sindssyge, men henvises til en særlig lovgivning.

Lægens opgave over for den alkoholskadede må i første omgang være at forsøge at få patienten til at forstå behandlingens hensigt og nødvendighed og frivillig underkaste sig denne. Dette må først og fremmest ske ved hos patienten og hans pårørende at oparbejde den nødvendige tillid og få patientens forskellige løse bortforklaringer til at bryde sammen. Frivillig behandling må ifølge sagens natur så vidt muligt foretrækkes for tvungen behandling. Også i de tilfælde, hvor tvangsmæssig behandling må institueres, bør det da være målet at udvikle patientens behov for behandling, forståelse af denne og ønske om selv at gøre en indsats.

For at sikre det gunstigst mulige resultat af behandlingen bør ethvert tilfælde af alkoholisme tages under behandling så tidligt som muligt, og en påbegyndt behandling bør gennemføres fuldt ud. Underudvalget har derfor lagt hovedvægten på forslagene i det foregående kapitel til fremskaffelse af egnede og let tilgængelige behandlingsinstitutioner eller -organer, idet man mener, at jo bedre udbyggede og tilgængelige behandlingsinstitutionerne er, des større sandsynlighed er der for, at de alkoholskadede af egen tilskyndelse vil søge disse.

Erfaringen viser imidlertid, at der altid vil være patienter, der ikke frivilligt underkaster sig behandling. Der henvises i denne forbindelse til det ved klientundersøgelsen på arbejdsanstalterne<sup>1)</sup> fremkomne vægtige og meget talende materiale. Som det tydeligt fremgår af eksemplerne i dette materiale og af det ovenfor anførte, vil en patient ofte ikke nære noget ønske om selv at gøre en indsats for at søge helbredelse; men da en udviklet alkoholisme er en sygdom af en alvorlig karakter for pågældende selv, og en alkoholskadede ofte er til fare eller ulempe også for andre, har underudvalget indgående drøftet, om man uanset modstand fra den alkoholskadede bør kunne underkaste ham behandling.

I behandlingsmæssig henseende er det fremhævet, at man efter de senere års lægevidenskabelige udvikling må kunne påregne, at også en tvangsmæssig behandling har langt større udsigter til et godt resultat end hidtil. I denne forbindelse har man bl. a. henvist til de gode erfaringer, man har indhøstet med hensyn til anvendelse af tvungen behandling af kriminelle alkoholskadede med hjemmel i straffeloven. Der er desuden peget på, at en mulighed for at anvende tvang erfaringsmæssigt i visse tilfælde medfører en større tilbøjelighed hos patienterne til frivilligt at påbegynde og fortsætte en afvænningsbehandling og ligeledes på, at også en tvangsmæssig behandling, når den først er indledet, netop kan bidrage til at oparbejde et behandlingsbehov og derved fremkalde det nødvendige ønske hos patienten om selv at gøre en indsats.

Ikke alene kan der således henvises til, at også en tvangsmæssig behandling kan være af betydelig værdi, men der kan yderligere peges på, at mangelen på tilstrækkeligt effektive regler herom alt for ofte fører til, at en påbegyndt behandling afbrydes, fordi patienten udebliver fra kur eller forlanger sig udskrevet, så snart han begynder at mærke savnet af alkohol og ønsker at overdøve dette ved fornyet drikkeri. Det er derfor fremhævet, at dette fører til ideelt gentagne indlæggelser på psykiatriske afdelinger og ofte på det ene hospital efter det andet, hvorved der spildes tid og arbejde.

Endvidere vil adgang til tvangsmæssig behandling gøre det lettere at opnå et gunstig resultat ved at sætte tidligt ind, medens omvendt den svækkelse af sjæl og legeme, som et mangeårigt forbrug af alkohol medfører, giver den uheldigst mulige baggrund for lægebehandling og afvænnings.

Spiritusmisbrug indledes ofte i de unge år, og erfaringsmæssigt viser det sig, at de sværeste tilfælde af alkoholisme forekommer hos dem, der har begyndt deres alkoholmisbrug meget tidligt. Der knytter sig derfor en særlig stor samfundsinteresse til bestræbelserne for at undergive de unge alkoholskadede behandling. Allerede selve tilstedeværelsen af tvangsbestemmelser må antages i en del tilfælde at kunne udøve en afdæmpende virkning på det ganske uhæmmede alkoholforbrug, der navnlig i de senere år har gjort sig gældende blandt visse kategorier af unge, fortrinsvis med dårlig social tilpasning. Dette betyder dog ikke, at den generalpræventive virkning af en i loven indeholdt trusel om tvangsforanstaltning i sig selv helt skulle kunne overflødiggøre anvendelsen af tvang, men den vil muligt bevirke, at det kun bliver nødvendigt at anvende den, hvor de pågældende for en tid må fjernes fra et uheldigt miljø for at komme under behandling.

Den indespærring, der hidtil ansås for nødvendig for kuren, vil under moderne behandling i mange tilfælde være unødvendig eller ikke behøve at være af særlig lang varighed. Hvis en anbringelse er nødvendig, må patienten ganske vist som regel

1) jfr. side 7 note 8.

begynde på en lukket afdeling, men efterhånden som han bedres, vil der være mulighed for at lade ham færdes mere og mere frit uden for institutionen og eventuelt tage arbejde under den sidste del af opholdet.

## B. Den sociale problemstilling.

Alkoholismens følger rammer ikke alene patienten selv, men også i høj grad hans omgivelser. Ofte har de alkoholskadede selv ingen forståelse af de afsavn, overgreb eller direkte skadelige påvirkninger, som de påfører omgivelserne. Disse uheldige følger er så hyppige og patientens egen indsigt i dem ofte så ringe, at man i de andre nordiske lande har særlige lovgivelser, der hjemler tvangsmæssig behandling af alkoholskadede.

Det kan forekomme, at den alkoholskadede som følge af alkoholismen falder ind under lovgivningens regler om anbringelse af erhvervs- og subsistensløse eller begår kriminelle handlinger eller på anden måde bringer sig selv i en sådan situation, at det vil være nødvendigt at gennemtvinge en anbringelse. I sådanne tilfælde vil det almindeligvis være muligt også imod den pågældendes vilje at iværksætte en behandling, omend på et meget sent tidspunkt, med hjemmel i de herom gældende specielle lovgivelser om tvangsmæssig anbringelse, men der forekommer også andre tilfælde, hvor det ville være ønskeligt at søge gennemtvunget en behandling.

Dette er f. eks. tilfældet, når en alkoholskadede volder sin familie fortræd ved hustruplageri, ved mishandling af børnene etc. og i det hele taget udsætter andre for fare eller alvorlige ulemper. Den alkoholskadede, der optræder således, kan helt ødelægge tilværelsen for sine omgivelser ved sin optræden i hjemmet eller på offentlige steder. Der kan også være tale om personer med oprindelig gode indtjenings- og forsørgelsesevner eller i besiddelse af betydelige formueværdier, der gennem drikkeri mister muligheden for at forsørge sig selv og deres pårørende og derfor kan påføre det offentlige betydelige forsørgelsesudgifter. Ønsket om at søge gennemført en helbredelse tvangsmæssigt kan således være begrundet dels i hensynet til de nærmeste på-

rørende eller andre, dels i samfundsmæssige hensyn. Hertil kommer hensynet til patientens egen interesse i at blive helbredt. Når der må tillægges dette hensyn betydelig vægt under overvejelserne om tvangsmæssig behandling, hænger det ikke mindst sammen med, at den alkoholskadede som nævnt på grund af sin sygdom ofte selv savner erkendelse af, at en behandling er nødvendig, medens hans omgivelser, som lider under ulemperne, netop vil være opmærksom på symptomerne.

Endelig skulle man også kunne regne med, at man ved rettidigt at etablere behandling, eventuelt gennem tvang, skulle kunne undgå, at alkoholskadede glider ud i en truende kriminalitet, idet behandlingen vil kunne institueres, inden patienten er socialt deklasseret, således at hans erhvervs- og sociale tilpasning endnu kan reddes. Der vil derfor være tilfælde, der ikke falder ind under de nævnte loves område, men hvor der kan være anledning til at etablere en tvangsmæssig behandling.

I vinderudvalget er der enighed om, at tvangsmæssige foranstaltninger kun bør anvendes, når det er strengt nødvendigt, idet man ikke for stærkt bør gribe ind i den personlige frihed. Den hjemmel, som er nødvendig for at kunne anvende tvang i de relativt få tilfælde, i hvilke der er behov derfor, bør derfor søges afgrænset snævert og koncist. Den ved grundlovsændringen skabte mulighed for rekurs til domstolene af spørgsmål om administrativ frihedsberøvelse har gjort det mindre betænkeligt, end det før har været, administrativt at skride til en sådan tvangsmæssig behandling.

Den tvangsmæssige behandling, der kan tænkes iværksat på baggrund af bemærkningerne foran, eventuelt i en egnet lukket behandlingsinstitution, skulle ikke mindst tage sigte på unge og yngre alkoholskadede jfr. foran side 68.

Bestemmelserne bør tillige tage sigte på alkoholskadede, der ved drikkeriet truer deres families og specielt deres børns velfærd med den følge, at en fjernelse af børnene bliver en nærliggende mulighed.

Fra forsørgelsesvæsenets side er der gentagne gange udtalt ønske om mulighed for at kunne skride ind i disse tilfælde, hvor det også umiddelbart vil forekomme mere ra-

tionelt og hensigtsmæssigt at fjerne en drikfædig familiefader for en kortere tid fra hjemmet, for herigennem at opnå et behandlingsmæssigt resultat, end at skride til en eventuelt længere varende fjernelse af børnene fra hjemmet.

Endvidere bør bestemmelserne tage sigte på en vis type af alkoholskadede, der på en særlig grov og ondsindet måde snylter på deres omgivelser f. eks. en gammel moder, der kun har sin folkepension at leve af, ældre damer, hvis godtroenhed de udnytter, og hvis små spareskillinger de drikker op o.s.v.

Også denne type alkoholskadede er nævnt af forsørgelsesvæsenet. Umiddelbart kunne det iøvrigt i disse tilfælde ventes, at strafferetlig forfølgelse skulle være mulig, idet sådan udsugning ofte vil antage karakteren af bedrageri eller ægte-skabssvindel m. m. eller i hvert fald have en vis kriminel karakter. Der fremkommer imidlertid ikke altid politianmeldelse, og en strafferetlig forfølgelse vil ofte strande på, at de pågældende personer holder hånden over den alkoholskadede og til det sidste lader sig udnytte af ham. Selv om det kun drejer sig om relativt få personer, er typen velkendt af udvalgets læger, og det føles som en urimelighed, at man skulle være afskåret fra at skride ind for at beskytte de gamle og værgeløse imod udbytterne og derved bringe den skyldige under behandling.

Da det som nævnt er den almindelige opfattelse i underudvalget, at frivillig behandling må foretrækkes, har også de medlemmer, der ud fra foranstående betragtninger har gjort sig til talsmænd for en udvidet adgang til tvangsmæssig behandling, lagt vægt på, at tvangsmæssige forholdsregler så vidt muligt må være af en sådan art, at de ikke kaster et odioøst skær over eller på anden måde kompromitterer de frivillige behandlinger. Selv om der inden for underudvalget har været nogen tvivl om, hvorvidt dette overhovedet vil være tilfældet, har man fra alle sider været enige om at tilstræbe, at de foreslåede forholdsregler så vidt muligt ikke får en sådan virkning. De skal først og fremmest være egnede til at udvikle patientens ønske om selv at gøre en indsats.

## C. Tvangsmæssig behandling af alkoholisme i andre nordiske lande.

For underudvalget har foreligget en del oplysninger om reglerne ifølge norsk, svensk og finsk ret. Heraf omtales kun de almindelige regler om tvangsmæssig behandling af alkoholisme, og der bortses derfor fra regler i straffelovgivning og andre love om særlige forholdsregler over for de alkoholskadede, der falder inden for sådanne loves område.

Tillige må bemærkes, at en vurdering af reglerens betydning og en sammenligning med danske regler næppe alene kan ske på baggrund af reglerens formelle indhold, da der er forskel med hensyn til tradition, med hensyn til andre regler om det klientel, der kan blive tale om, og med hensyn til det administrationsapparat, der findes på alkoholistforsorgens område.

### 1. Norge.

Ifølge den norske lovgivning kan de kommunale ærduelighedsnævn bestemme, at en drikfædig forsørgers løn helt eller delvis skal hæves og forvaltes af en anden, f. eks. ægtefællen, og nævnene kan bestemme, at en drikfædig person skal anbringes på et anerkendt kursted. Endvidere hjemler en løsgængerilov fra 1906 straf og i gentagelsestilfælde eventuelt tillige anbringelse i kuranstalt, når en person hensætter sig i en åbenbart beruset tilstand, hvorunder han ses fra et almindeligt befærdet eller for almindelig færdsel bestemt sted, eller når han hensætter sig i beruset tilstand, hvorunder han forstyrrer den almindelige fred og orden eller den lovlige færdsel eller forulemper andre eller volder fare for andre. Desuden kan drikfædige umyndigerklærede tvangsanbringes på kursted.

For så vidt angår ærduelighedsnævnenes adgang til at foretage tvangsindlæggelse på kursted, kan nærmere fremhæves, at nævnene kan gribe ind efter anmodning fra pågældende selv, fra visse nærmere angivne pårørende, fra en læge (forudsat at patienten selv eller hans pårørende samtykker) eller fra forsorgsmyndigheder m. v. eller fra politiet. Nævnene kan dog også på eget initiativ optage en sag til behandling.

Nævnene kan bestemme, at en drikfæl-

dig person skal anbringes på et anerkendt kursted for et tidsrum af indtil 2 år eller på sygehus i indtil 30 dage, eventuelt forlænget med indtil 2 gange 30 dage. Anbringelse kan lindre sted, hvis pågældende på grund af alkoholnydelse enten mishandler ægtefælle eller børn, udsætter sine børn for sædeligt fordærv eller for vanrøgt, forsømmer sin forsørgerpligt eller volder fare for sig selv eller andre, gentagne gange forulemper sine omgivelser, udsætter sig selv for alvorlig legemlig eller sjælelig skade, falder fattigvæsenet eller sin familie til byrde, eller bortdødsler eller bortspiller sine ejendele, så det må befrygtes, at der kan opstå trang for ham selv eller hans familie.

Muligheden for anbringelse på sygehus er indført ved en ændringslov af 6. juli 1957. Ved samme lov tilføjedes reglen om, at anbringelse kan ske, hvis den alkoholskadede udsætter sig selv for alvorlig legemlig eller sjælelig skade. Ved denne udvidelse kom reglerne også til at omfatte en gruppe relativt velstående personer, ofte uden forsørgerbyrde, altså tilfælde hvor der er spørgsmål om at værne patienten selv. - Ændringsloven udvidede iøvrigt lovens område til også at omfatte narkomaner.

Nævnenes behandling af sager om tvangsanbringelse ledes af en dommer, der også deltager i afgørelsen. Når nævnene beslutter at behandle sagen, forkyndes det for pågældende. Nævnenes beslutninger kan indankes for højesteret.

Der er hjemmel til at udsætte indlæggelsen en tid på betingelse af afholdenhed.

Det kan iøvrigt bemærkes, at frivilligt indlagte personer kan tilbageholdes tvangsmæssigt i et tidsrum, de selv har bestemt ved indlæggelsen (dog ikke over 2 år), hvis dette er påkrævet af hensyn til helbredelsen.

For såvel frivillige som tvungne indlæggelser er hovedreglen, at den indlagte selv skal betale for ophold på kursted. Hvis opholdet er led i behandling og anbefalet af læge, betaler sygeforsikringen (trygdekassen), og i trangstilfælde betaler staten for opholdet, når opholdet er besluttet af nævnet, eller dette i al fald er enig i, at indlæggelsen er ønskelig; transbedømmelsen er lempelig for at undgå, at behandlingsresultatet skal ødelægges af økonomiske anstrengelser; og hjælpen har ikke retsvirk-

ninger. Der kan ydes nødvendig hjælp til den indlagtes familie.

I 1955 fratog nævnene i 4 tilfælde rådighed over løn og tvangsindlagde i 20 tilfælde. Tilsvarende frivillige ordninger blev truffet i henholdsvis 47 og 597 tilfælde.

## 2. Sverige.

Ved en lovændring af 1954 - der trådte i kraft 1. oktober 1955 - fik de kommunale ædruelighedsnævn og lensædruelighedsnævne mere vidtgående muligheder end før for at skride ind over for alkoholskadede. Sideløbende med denne udvidelse blev for-sorgsmulighederne udbygget mere.

Efter denne ny lovs regler skal ædruelighedsnævne skride ind, når nogen - ikke blot tilfældigt - bruger alkohol til åbenbar skade for sig selv eller andre. For at sikre, at et nævn bliver bekendt med sådanne tilfælde, skal politiet og anklagemyndigheden ufortøvet anmelde til nævnet, når man får kendskab til, at nogen har gjort sig skyldig i drukkenskab eller iøvrigt har brugt alkohol til åbenbar skade for sig selv eller andre, og nævnet skal derefter snarest foretage en undersøgelse af sagen.

Hvis det af nævnets undersøgelse fremgår, at pågældende misbruger alkohol, skal nævnet prøve at få ham til at indse den skade, misbruget forvolder, samt iværksætte egnede hjælpeforanstaltninger. Disse kan f. eks. gå ud på, at han i en vis tid, dog højst 1 år, skal holde løbende forbindelse med nævnet eller en af dette udpeget person, eller nævnet hjælper ham til passende beskæftigelse, eller får ham - for at formindske fristelsen til at drikke - til at skifte virksomhed eller opholdssted; eller man søger at hindre, at alkohol udleveres til ham, og at han besøger udsænkingssteder, eller man får ham til at indmelde sig i afholdsforening eller en anden egnet organisation, eller får ham til at søge læge og følge dennes forskrifter eller også frivilligt at søge passende for-sorg.

Efter loven kan der blive tale om tvangsmæssigt tilsyn eller tvangsindlæggelse på en anstalt for alkoholskadede. For at iværksætte dette kræves, at pågældende er forfalden til alkoholmisbrug og desuden, at

forskellige yderligere betingelser er opfyldt. De omstændigheder, som således kan begrunde tvangsforanstaltninger, er, at den alkoholskadede enten er farlig for andres personlige sikkerhed eller legemlige eller sjælelige helbred eller for sit eget liv, eller udsætter nogen, som han har skyldighed at forsørge, for nød eller åbenbar vanrøgt, eller groft tilsidesætter sine forsørgerpligter over for den eller de pågældende, eller ligger det offentlige eller sin familie eller andre til byrde, eller er ude af stand til at klare sig selv, eller fører et sådant levned, at det er til grov forstyrrelse for naboer eller andre, eller er dømt gentagne gange for overtrædelse af visse straffelovsbestemmelser, herunder »fylleri« eller forbrydelser - også trafikforseelser begået under beruselse - eller han fører et omflakkende liv uden at vise vilje til at forsørge sig selv på særlig måde.

Under udtrykket »ligger det offentlige eller sin familie eller andre til byrde« falder bl. a. alkoholskadede, der snylter på en enkelt person, f. eks. en slægtning, eventuelt ved trusler, der ikke er af en sådan art, at der foreligger en fare for disses personlige sikkerhed.

Tilsyn kan anordnes for højst 1 år, i særlige tilfælde dog 2 år. Beslutning om denne forholdsregel kan træffes af ædruelighedsnævnet. Derimod er det kun lensstyrelsen, der kan træffe beslutning om tvangsindlæggelse på anstalt for alkoholskadede. Normalt skal indstilling herom fremsættes af ædruelighedsnævnet eller (i visse tilfælde) politiet.

Der kan gives betinget udsættelse af tvangsindlæggelse, forudsat at tilsyn etableres, og der kan tillige blive spørgsmål om pålæg vedrørende beskæftigelse, opholdssted, afholdenhed, sygehusindlæggelse m. m. Efter 1 års forløb bortfalder i reglen beslutningen om sådan betinget indlæggelse.

Anbringelsestiden er i reglen højst 1 år, i gentagelsestilfælde dog 2 år; i særlige tilfælde, bl. a. når anbringelsen er begrundet med farlighed eller straffritagelse, kan anbringelsestiden forlænges med 2 år. Udskrivning før den fastsatte tid skal ske, hvor der er begrundet formodning om, at pågældende vil føre et ædrueligt levned efter udskrivningen. Ved prøvudskrivning skal om fornødent etableres tilsyn og gives pålæg.

### 3. Finland.

Ifølge lov om alkoholskadede af 1936 kan forholdsregler foreskrives over for personer, der som følge af drukkenskab er farlige for sig selv eller for andres personlige sikkerhed eller optræder på en for deres omgivelser åbenbart forstyrrende eller forargelig måde, eller som forsømmer deres forsørgerpligt eller falder nærtstående til byrde eller bliver trængende til offentlig forsorg.

Der kan efter loven blive tale om tilsyn eller kur på anstalt.

Den almindelige regel er, at der først forsøges med mindre vidtgående forholdsregler inden indlæggelse, men der kan dog over for farlige alkoholskadede anordnes indlæggelse straks, hvis dette er den eneste mulighed for at sikre forsorgen, og indlæggelse straks kan også foreskrives, hvis det er åbenbart, at anstaltsophold er den eneste mulighed for at opnå en ædruelig levevis. Tvangsindlagte alkoholskadede kan tilbageholdes i 1 år og i gentagelsestilfælde eventuelt 2 år, eller hvis de tidligere har været anbragt mindst 3 gange, endnu længere, nemlig indtil begrundet formodning foreligger for at antage, at de vil føre et ædrueligt og ordentligt liv; tilbageholdelse kan dog højst ske i 4 år.

Der kan anvendes betinget udskrivning, og der kan blive tale om tilsyn i en periode efter udskrivningen.

Hvis en person indlægges frivilligt, må han skriftligt forpligte sig til at forblive på anstalten i mindst 1 og højst 2 år. I denne periode kan han om nødvendigt holdes tilbage mod sin vilje.

Sager om alkoholskadede varetages normalt af de lokale nævn, men tvangsindlæggelse dog af landshøvdingen. Udskrivning afgøres af anstalten.

Efter en særlig lov fra 1947 er fastsat særlige regler om foranstaltninger over for unge alkoholskadede. Hovedindholdet af loven synes at være etablering af særligt tilsyn.

### D. Gældende danske regler.

Den af de andre nordiske landes regler, der falder mest i øjnene, er måske, at der kan anvendes tvang over for alkoholska-

dede, der skønnes farlige. På dette punkt er der en klar forskel fra de danske regler, idet man her i landet, for så vidt angår ulemper for andre, alene har lagt vægt på risikoen for visse forsørgelsesmæssige virkninger af alkoholisme.

Herudover kan det fremhæves, at beslutningerne om tvangsanvendelse stort set er lagt hos særlige nævn, der eventuelt også kan tage initiativet til at anvende tvang.

Endelig kan der være grund til at fremhæve, at der i den foran omtalte lovgivning findes regler om tvangsmæssig tilbageholdelse af en frivilligt indlagt i den tid, han har forpligtet sig til at forblive i institutionen, medens en overtrædelse af den forpligtelse til at forblive i afvænningshjem en vis tid, som en alkoholskadede påtager sig ved frivillig anbringelse efter den danske forsorgslov § 315, alene har betydning med hensyn til retsvirkningerne af denne hjælp.

### 1. Grønland.

I den grønlandske kriminallov findes bestemmelser, der ganske vist ikke adskiller sig særlig meget fra straffelovens § 213, men som dog med henblik på tvungen behandling af visse grupper alkoholmisbrugere er særdeles hensigtsmæssige med hensyn til de foranstaltninger, der kan iværksættes. Baggrunden for disse bestemmelser er bl. a., at der ikke findes fængler i Grønland, og at andre reaktionsformer derfor må anvendes.

Ifølge denne lov<sup>2)</sup> er det således kriminaliseret at udsætte sin familie for nød eller ved vanrøgt eller nedværdigende behandling at krænke ægtefælle eller familie, og det er kriminaliseret forsætligt eller ved grov uagtsomhed at bringe sig selv eller andre i beruset tilstand og derved udsætte andres person eller betydeligere formueværdier for fare.

Ved overtrædelse af disse bestemmelser kan idømmes »forsorg«. Denne kan omfatte en række foranstaltninger lige fra lægelig

behandling og afholdspålæg til offentlig forbud imod salg og udskænkning af spiritus til pågældende og endog anbringelse på egnet opholdssted med anvisning af arbejde der.

Disse foranstaltninger kan bringes i anvendelse enten enkeltvis eller kombineret, individualiseret efter det pågældende tilfælde, og sådan forsorg er allerede gennemført over for enkelte personer.

Anvendelsen af disse nye bestemmelser er endnu ikke fuldstændigt trængt igennem i almindelig domspraksis, men det lovmæssige grundlag er skabt og ventes at finde forøget anvendelse i fremtiden.

### 2. Det øvrige Danmark.

I nærværende betænkning kapitel 3 er nærmere omtalt forskellige danske lovregler, der hjemler tvangsmæssig behandling af alkoholskadede. Om enkeltheder i de fleste af disse regler henvises derfor til dette kapitel, men for oversigtens skyld skal dog her ganske kort opregnes de hjemler, der således findes.

Inden for *straffelovens* område er nævnt § 73 (dom til anbringelse på helbredelsesanstalt), § 62, nr. 4 (dom til indsættelse i arbejdsrum) og §§ 70 og 72 (afholdspålæg ifølge dom) samt afvænningsbehandling eller afholdspålæg, der foreskrives som vilkår i betinget dom eller tiltalefrafald eller i resolutioner om prøveløsladelse eller benådning. Desuden kan der her være grund til at nævne straffelovens § 213, hvorefter den, som ved vanrøgt eller nedværdigende behandling krænker sin ægtefælle, sit barn eller nogen hans myndighed eller forsorg undergivet person under 18 år eller en i opstigende linie beslægtet eller besvogret, eller som ved modvillig at unddrage sig en ham over for nogen af de nævnte personer påhvilende forsørgelses- eller bidragspligt, udsætter dem for nød, kan straffes. Det må

2) De pågældende bestemmelser har følgende ordlyd:

§ 24, stk. 1: For alkoholmisbrug dømmes den, som forsætlig eller ved grov uagtsomhed bringer sig selv eller andre i beruset tilstand og derved udsætter andres person eller betydeligere formueværdier for fare.

stk. 2: For overtrædelse af afholdspålæg dømmes den, som i strid med et i henhold til § 111, stk. 1, meddelt pålæg nyder eller skaffer sig spirituøse drikke.

stk. 3: For overtrædelse af udskænkingsforbud dømmes den, som i strid med et i henhold til § 111, stk. 2, meddelt pålæg skaffer nogen i medfør af § 111, stk. 1, domfældt person spirituøse drikke.

§ 50: For krænkelse af familie eller husstand dømmes den, som ved vanrøgt eller nedværdigende behandling krænker sin ægtefælle, sit barn eller nogen hans myndighed eller forsorg undergivet person eller en i opstigende linie beslægtet eller besvogret eller som ved modvillig at unddrage sig en ham over for nogen af de nævnte personer påhvilende forsørgelses- eller bidragspligt udsætter dem for nød.

dog tilføjes, at denne sidste bestemmelse i praksis kun anvendes undtagelsesvis.

Yderligere kan en tvangsmæssig behandling foretages under indlæggelse i psykiatrisk afdeling m. v., d.v.s. i tilfælde, hvor betingelserne for at anvende indlæggelsesreglerne i lov nr. 118 af 13. april 1938 om *sindssyges hospitalsoophold* er opfyldt.

De eneste regler, der direkte tager sigte på en tvangsmæssig behandling af alkoholisme, er *forsorgslovens* §§ 316-317 om indlæggelse i afvænningshjem ved det sociale udvalgs foranstaltning.

Derudover kan fra forsorgslovens område nævnes den mulighed, at pågældende som følge af sin alkoholisme falder ind under lovens § 321 (indsættelse i arbejdsanstalt af erhvervs- og subsistensløse) eller beslægtede bestemmelser.

Af disse bestemmelser skal forsorgslovens §§ 316-17 omtales nærmere i det følgende.

Ifølge § 316 skal det sociale udvalg, hvis en person er forfalden til drik, og der fra hans familie eller andre pårørendes side eller fra politi eller anden offentlig myndighed sker henvendelse til udvalget om at undergive ham en kur for alkoholisme, undersøge sagen, og hvis det ved denne undersøgelse viser sig, at pågældende ligger familie eller pårørende til byrde og iøvrigt ikke vil kunne klare sig uden hjælp, samt hvis det efter indhentet lægeskøn anbefales at forsøge en afvænningskur, kan det sociale udvalg, eventuelt efter en tvangsindlæggelse til observation, forlange, at pågældende skal underkastes kur på et afvænningshjem for alkoholskadede, dog ikke udover 1½ år. - Til bestemmelsen er tillige knyttet regler om eventuel midlertidig anbringelse på arbejdsanstalt (navnlig under pladmangel på afvænningshjem) og om, at der i gentagelsestilfælde eller ved bortgang i utide kan forestages anbringelse i tvangsarbejdsanstalt.

Efter tilsvarende regler som i § 316, forholdes der ifølge § 317, hvis der må ydes en enlig person eller en familie offentlig hjælp, og trangen viser sig i det væsentlige at være begrundet i pågældende trængendes eller dennes forsørgers drikfærdighed, forudsat at patienten ikke straks erkender dette og erklærer sig villig til at lade sig undergive kur efter § 315 (jfr. om denne bestemmelse foran side 11 og 63).

## E. Kritik af *forsorgslovens* nugældende bestemmelser.

Forsorgslovens §§ 316-317 anvendes kun i få tilfælde, og det er fra flere sider kritiseret, at reglerne har for begrænset rækkevidde i forhold til behovet for at anvende tvang, dels fordi reglerne er begrænset til forsorgstilfælde, dels fordi reglerne selv inden for dette område ikke er tilstrækkeligt effektive.

Først skal man erindre om, at § 316 forudsætter *en henvendelse* til det sociale udvalg fra en af de i paragraffen nævnte - »familie eller andre pårørende«, »politi eller anden offentlig myndighed« (f. eks. fængselsvæsen eller børneværn) - og at det sociale udvalg altså kun, hvis en sådan henvendelse fremkommer, kan undersøge sagen og eventuelt forfølge den videre. — Denne betingelse er begrundet med, at der må tages hensyn til den ro, der må være om familieforhold.

§ 317 forudsætter ikke henvendelse fra andre, da der her er tale om personer, hvis drikfærdighed allerede har foranlediget en forsørgselsessag, men for disse tilfælde blev der i motiverne til forsorgsloven lagt vægt på, at man ikke kan afvise den mulighed at bruge § 315; det må jo erindres, at § 317 ikke - som § 316 - forudsætter, at pågældende er en plage for sine omgivelser, og frivillighed er derfor ikke på forhånd udelukket i disse tilfælde således som i § 316-situationen. Da tvang ikke bør anvendes, hvor det ikke er påkrævet, indsattes derfor i § 317 den betingelse, at patienten ikke straks erkender, at trangen skyldes drikfærdighed og selv erklærer sig villig til at lade sig underkaste kur efter § 315. De sociale udvalg må med andre ord have opmærksomheden henledt på muligheden for at bruge sidstnævnte bestemmelse fremfor en tvangsindlæggelse efter § 317.

Bestemmelsernes placering i forsorgsloven må i sig selv tages som et udtryk for, at man kun har ment at burde gribe ind i tilfælde, hvor alkoholismen ville give til resultat, at pågældende selv eller personer, han skulle forsørge, vil falde det offentlige til byrde. Selv om der således bag forsorgslovens regler først og fremmest ligger den tanke, at det offentlige skal kunne skride ind, når et alkoholmisbrug fører til, at på-



gældende selv eller de personer, over for hvem han har forsørgerpligt, på grund af misbruget må forsørges af det offentlige, viser lovens forarbejder dog, at det var hensigten, at § 316 også skulle omfatte tilfælde, der i realiteten hører til i samme gruppe, nemlig »tilfælde, hvor pågældende vel ikke selv søger offentlig hjælp, men hvor han enten intet bestiller eller ligger familie, pårørende eller offentlige myndigheder til byrde, og grunden hertil er hans drikfældighed«. (Steincke i »Fremtidens Forsørgelsesvæsen«, 2. del, side 192). I praksis har man imidlertid været yderst tilbageholdende med at anvende paragraffen i sådanne tilfælde.

Det er påfaldende, at forsorgslovens § 316 ikke giver de besluttende myndigheder - de sociale udvalg - nogen ret til selv at tage *initiativet* til at anvende bestemmelsen. Hertil kommer, at den kreds, hvorfra en henvendelse efter paragraffen kan fremkomme, er så begrænset, at den ikke omfatter alle de personer og institutioner, der ved deres kontakt med en alkoholskadet kan få naturlig mulighed for at rejse en sag. Det er navnlig ikke tilstrækkeligt, at der fremsættes anmodning om tvangsindlæggelse fra et hospital eller fra en læge, da ingen af disse er en offentlig myndighed, og dog får netop disse jo ofte forbindelse med alkoholskadede, der bør behandles. For udvalget er således omtalt flere tilfælde, hvor en alkoholskadet patient gentagne gange er indlagt i psykiatrisk afdeling og hver gang i løbet af få dage begærer sig udskrevet, uden at hospitalet (eller lægen) har kunnet foranledige den nødvendige behandling af patientens alkoholisme gennemført på anden måde.

Kravet om, at der skal foreligge en henvendelse udefra, gør det meget vanskeligt at bruge bestemmelsen i tilfælde, hvor sagen rejses af familie eller pårørende, fordi disse ofte tilbagekalder deres anmodning, når det går op for dem, at der bliver tale om tvangsmæssige forholdsregler, eller når disse har virket en kort tid.

Endelig kan det nævnes, at § 316's forudsætning om, at den pågældende ligger familie eller pårørende til byrde og iøvrigt ikke vil kunne klare sig uden hjælp, ofte slet ikke kan opfyldes, f. eks. når der er tale om *enlige uden pårørende*. Til denne grup-

pe hører dels enlige personer, som endnu er i stand til at bevare deres tilknytning til arbejdsmarkedet, dels et ringe antal »spritere«, som i realiteten er erhvervs- og subsistensløse, men som stadig formår at klare sig igennem uden at komme i forbindelse med politi eller forsørgelsesvæsen og altså heller ikke omfattes af § 317.

Betingelsen i forsorgslovens § 317 om, at den kun kan bringes i anvendelse, når *frivillig* kur efter § 315 ikke er mulig, hævdes i praksis at medføre en væsentlig større begrænsning i muligheden for at bruge denne paragraf end tilsigtet af Steincke, idet en tvangsindlæggelse efter § 317 er udelukket, så snart patienten afgiver erklæring om at ville lade sig frivilligt behandle. Dette har så meget større betydning, som de sociale udvalg — af forståelige grunde - i deres administration anser sig for forpligtede af det nævnte forbehold i loven til altid først at forsøge, om patienten vil indgå på en frivillig behandling, og det er klart, at en erklæring herom meget let fremkaldes, når valget står mellem dette og en tvangsindlæggelse. Går patienten ind på en frivillig behandling, har man imidlertid, som tidligere nævnt, ikke - som f. eks. efter andre nordiske landes lovregler - midler til at gennemtvinge, at denne behandling gennemføres fuldt ud. En anden begrænsning i anvendeligheden af de gældende regler ligger i, at det også er udelukket at anvende forsorgslovens bestemmelser over for *personer, der er så velstillede*, at der ikke foreligger nogen forsørgelsestrang, selv om det er en person, der er til plage for sin ægtefælle, eller er farlig for sig selv eller andre på grund af drikfældighed.

For så vidt angår *politiets beføjelse* til at rejse sag efter § 316 kan nævnes, at Københavns Politi i en af underudvalget indhentede udtalelse har oplyst, at politiet ikke anvender bestemmelsen (eller § 317), dels fordi man ikke mener, at en kur kan udføres undtagen under frivillighed, dels fordi det klientel, der af politiet afgives til foranstaltning for forsorgskontoret, selv om kriteriet i § 316 er opfyldt, ifølge dets natur fortrinsvis må rubriceres under forsorgslovens § 321 om erhvervs- og subsistensløse personer, hvorfor aflevering altid har fundet sted vinder henvisning til denne paragraf (d. v. s. til arbejdsanstalt). I denne

anledning har Københavns Politi samtidig til spørgsmålet om, hvorvidt der menes at være grund til at ændre § 316 (og § 317), udtalt, at det mener, at behovet for en institution til dækning af disse paragraffer vil være fyldes tøj ort, hvis de alkoholderoute-rede personer kan indlægges på en lukket afdeling, i. eks. Sundholm, indtil de frivilligt begynder en afvænningskur i en egnet institution.

På forespørgsel fra udvalget om, hvorvidt *Københavns magistrat* ville anse det for ønskeligt, eventuelt tilstrækkeligt, at der foretages en sådan ændring af reglerne, at de sociale udvalg selv kan tage initiativet til iværksættelse af den fornødne anbringelse, har magistraten bl. a. udtalt, at der i Københavns kommune kun i yderst ringe udstrækning er gjort brug af forsorslovens bestemmelser om tvangsmæssig anbringelse til afvænnings, og at man har indtryk af, at de resultater, der hidtil er nået ad frivillighedens vej, er meget beskedne, og i så høj grad at det må forekomme ønskeligt i videre udstrækning end hidtil at søge større effektivitet opnået ved tvangsmæssige foranstaltninger; magistraten anser det i den forbindelse for ønskeligt, at de nuværende bestemmelser ændres således, at de sociale udvalg får beføjelse til selv at kunne tage initiativet til iværksættelse af den fornødne anbringelse under alle omstændigheder. Det er yderligere udtalt, at man som følge af hele udviklingen på dette område, hvor så mange kræfter arbejder på at hidføre bedre tilstande, også må forsøge, om en hyppigere anbringelse til tvangsmæssig afvænnings måske kunne bevirke, at der kan opnås bedre resultater end hidtil.

Justitsministeriet har efter brevveksling med rigsadvokaten og med Foreningen af politimestre i Danmark udtalt, at det intet har at indvende mod, at §§ 316 og 317 ophæves.

Ikke alene begrænsningerne i lovenes regler, men også de *praktiske muligheder* for tvangsanbringelse stiller sig hindrende i vejen, idet de af private foreninger drevne og efter forsorsloven godkendte afvænningshjem ikke gerne modtager tvangsindlagte patienter, jfr. herom nærmere foran, side 14, og disse hjem iøvrigt ikke har nogen faktisk mulighed for at sikre sig patienternes forbliven på stedet. Tilbage står

kun anbringelse på arbejdsanstalt, men dette forudsætter ifølge forsorsloven, at anbringelsen her er midlertidig, og at den skyldes pladsmangel på afvænningshjemmene, eller at anbringelsen dér af andre grunde trækker ud, og hertil kommer, at disse anstalter ikke er indrettet med henblik på en egentlig behandling af alkoholisme.

Også Københavns magistrat har i den ovenfor nævnte udtalelse peget på, at der ikke i øjeblikket rådes over afvænningshjem, hvor tvangsmæssige forholdsregler kan gennemføres, og magistraten har, for så vidt angår de foran nævnte ønskelige ændringer, udtalt, at det forudsættes, at sådanne hjem tilvejebringes, således at man derigennem kan indhøste erfaringer til bedømmelse af, hvorvidt tvangsmæssige foranstaltninger er i stand til at hidføre bedre resultater end de hidtil opnåede.

I underudvalget er endvidere påpeget, at der såvel i lægepraksis som fra sagførerpraksis og i og for sig også fra forsørgelsesvæsenet kendes en række tilfælde, hvor velstående personer eller personer med en i sig selv betydelig indtjeningssevne i løbet af relativt kort tid kan ruinere sig selv ved et uhæmmet alkoholmisbrug, uden at man har større muligheder for at skride ind. Ganske vist kan øvrigheden (Københavns magistrats 1. afdeling eller politiet, i det øvrige land politimesteren) gøre skridt til en umyndiggørelse, såfremt den pågældende truer med enten selv eller muligt også med familien at falde det offentlige til byrde, men den praktiske rækkevidde heraf er ifølge sagens natur begrænset, jfr. nærmere nedenfor, side 77.

Sammenfattende kan man med andre ord fastslå, at forsorslovens bestemmelser ikke giver mulighed for at iværksætte tvangsmæssig behandling i et omfang, der dækker det behov, der af flere medlemmer af underudvalget hævdes at foreligge, jfr. foran side 67-68.

## F. Forslag vedrørende adgang til tvangsmæssig behandling.

De medlemmer af underudvalget, der går ind for en udvidet adgang til tvangsmæssig behandling, har fremhævet, at bestem-

melser herom i første linie skal tilsigte at gennemføre en ambulansbehandling, og kun hvor denne ikke efterfølges, må der være mulighed for en tvangsanbringelse.

Ved udformningen af forslag til bestemmelser om tvangsmæssig behandling har man overvejet, om det måtte være muligt at bygge på eksisterende lovregler på forsorgslovgivningens eller andre områder.

(a) Underudvalget har herved drøftet, om de i *straffelovgivningen* indeholdte regler kunne give mulighed for etablering af en tvangsmæssig behandling af alkoholisme, og om disse regler muligt ville kunne udstrækkes til at finde anvendelse i flere tilfælde end hidtil.

Under forhandlingerne herom er fremført, at der fra anklagemyndighedens og domstolens side gør sig en vis tilbageholdenhed gældende med at instituere tvangsbehandling navnlig i form af tvangsmæssig anbringelse i mindre graverende sager. Det vil derfor næppe kunne påregnes, at man gennem straffelovgivningen vil kunne opnå tvangsmæssig behandling ved overtrædelse af politivedtægten i form af husspektakler, forstyrrelse af den offentlige ro og orden, simple og ikke udpræget alvorlige tilfælde af hustrumishandling etc. Set fra et socialt synspunkt vil det imidlertid netop i disse tilfælde ofte være ønskeligt at kunne gennemføre tvangsmæssig behandling af hensyn til at sikre sømmelige forhold i hjemmet, sikre dette imod forarmelse, og hustruen og eventuelle børn imod at lide overlast m. m.

Det er desuden anført, at man bl. a. af resocialiseringshensyn snarere burde undgå at kriminalisere sådanne forhold end at udvide anvendelsen af straffelovgivningen.

(b) Endvidere er det diskuteret, om det måtte være muligt ud fra en analogi fra andre lægelige behandlingsmåder at indarbejde lovregler for tvangsmæssig behandling af alkoholskadede i den almindelige *sindssygelovgivning*.

Man har imidlertid - i overensstemmelse med synspunkterne i en teknisk rapport nr. 98 fra W.H.O.'s »Expert Committee on Mental Health« - ment, at heller ikke denne vej er farbar, men at den tværtimod ville være uheldig og derfor bør undgås.

(c) Det er yderligere diskuteret, om man kunne gå den vej at foretage en *umyndig-*

*gørelse* og derigennem muliggøre en tvangsmæssig behandling af alkoholskadede.

Erfaringerne har imidlertid vist, at en umyndiggørelse i praksis ofte støder på store vanskeligheder og i heldigste tilfælde er en besværlig, tungtarbejdende og langsommelig fremgangsmåde, idet den sjældent vil kunne tilvejebringes frivilligt og derfor som oftest må søges gennemført ved dom. Ved denne kan iøvrigt kun opnås en almindelig begrænsning af patientens økonomiske dispositionsret, ofte på bekostning af de senere erhvervsmuligheder. En umyndiggørelse ved dom kan desuden ikke undgå at blive almindelig bekendt, og også en ophævelse af umyndiggørelsen er ikke sjældent ret omstændelig og bekostelig. Endelig rummer selv en personlig umyndiggørelse i henhold til myndighedslovens § 46 i sig selv ingen mulighed for at etablere tvangsmæssig behandling eller tvangslæggelse på et hospital til behandling.

(d) Da det således ikke anses for muligt at løse spørgsmålet om hjemmel til tvangsmæssig behandling ved hjælp af andre eksisterende lovregler, har drøftelserne i underudvalget navnlig drejet sig om, hvordan man burde affatte *en speciel bestemmelse* om tvangsmæssig behandling af alkoholskadede.

Der har her foreligget følgende muligheder:

- 1) En bestemmelse, der dækker et område, som er videre end forsorgslovens.
- 2) En vis skærpelse af forsorgslovens regler.
- 3) Ophævelse eller lempelse af de gældende regler i forsorgsloven.

#### **1. Forslag til en bestemmelse, der dækker et videre område end forsorgsloven.**

Nogle af underudvalgets medlemmer, Børge E. Andersen, Carl Clemmesen, Adolph Hansen, Alois Hansen, Knud Kirchheiner, Chr. Ludvigsen, Aksel Olsen, Sven Røggind, Max Schmidt og G. K. Stürup, mener, at tvangsmæssige helbredelsesforanstaltninger må tage et videre sigte end forsorgsloven, da alkoholismens betydning strækker sig langt uden for denne lovs rammer.

Disse medlemmer lægger dels vægt på den store betydning af en tidlig afvænnings-

behandling, hvorfor man ikke kan afvente et tidspunkt, hvor pågældende er trængende i forsorgslovens forstand til at iværksætte behandlingen, dels vægt på, at der forekommer tilfælde, hvor alkoholskadede, der slet ikke vil falde ind under forsørgelsesvæsenets område, udsætter andre eller sig selv for overlast, ulemper m. v.

Disse medlemmer henviser også til Steinckes udtalelser i »Fremtidens Forsørgelsesvæsen«<sup>5)</sup>, efter hvilke udtalelser man bør opfatte forsorgslovens regler som det minimum, denne lov må indeholde, når en almindelig lovbestemmelse savnes, men ikke opfatte den som udtryk for, at der ikke har været ønske om mere eller behov for mere.

Endvidere henvises til erfaringerne fra udlandet, navnlig til erfaringerne fra de nordiske lande, og der er i denne forbindelse fremhævet det relativt store antal frivillige ordninger, som f. eks. tvangsbestemmelserne i Norge har medført, idet de norske nævn i 1955 kun i 4 tilfælde fratog patienten rådighed over lønnen, medens en frivillig ordning blev opnået i 47 tilfælde; tvangsindlæggelse fandt kun sted i 20 tilfælde, medens frivillig indlæggelse i kraft af lovbestemmelserne forekom i 597 tilfælde. Endvidere er det påpeget, at tendensen rundt omkring i andre lande i stigende grad går i retning af at sikre gennemførelsen af en behandling.

Selv om de pågældende medlemmer anser lovregler udover forsorgslovens rammer for nødvendige, er det dog ikke disse medlemmers mening at stille forslag i overensstemmelse med lovgivningen i de øvrige nordiske lande eller af samme omfattende karakter. Som ærduelighedsforholdene i det hele har stillet sig i Danmark, siden spiritusbeskatningens forhøjelse i 1917, skulle det heller ikke være nødvendigt her at henlægge spørgsmål vedrørende behandlingen af alkoholskadede og herunder tvangsanbringelse af sådanne til særlige nævn eller andre kontrolorganer med tilhørende overinstanser, og man har derfor ment at kunne

overdrage det til eksisterende kommunale organer at løse de herhenhørende opgaver. Forslaget går herefter ud på en lovgivning, der giver de *socialle udvalg* beføjelse til at kræve tvangsmæssig behandling, resp. indlæggelse i visse tilfælde.

En sådan placering af disse funktioner hos et i forvejen eksisterende kommunalt organ skønnes at være tilstrækkelig, da hensigten alene er at skabe mulighed for at instituere og fortsætte den fornødne afvænningsbehandling, hvor dette måtte anses for ønskeligt og liggende inden for rammerne af de opstillede regler, men ikke at etablere særlige ærduelighedsforanstaltninger iøvrigt for befolkningen. Med hensyn til nogle medlemmers betænkeligheder ved at henlægge opgaverne til de sociale udvalg henvises til det følgende.

For så vidt det vil være nødvendigt for at kunne gennemføre tvangsmæssige anbringelser af alkoholskadede, at der oprettes særlige institutioner, må det anses for naturligt, at staten stiller behandlingsinstitutioner til rådighed for tvangsanbringelse.

Som det centrale i et lovforslag efter disse retningslinier er foreslået *følgende formulering*, der til en vis grad må opfattes som skitse-mæssig:

»Hvis en person er forfalden til alkohol, og der fra hans families eller andre pårørendes side eller fra politi, anden offentlig myndighed eller en læge sker henvendelse til det sociale udvalg om at undergive ham en kur for alkoholisme, kan udvalget efter at have undersøgt forholdene forlange, at den pågældende skal underkaste sig en sådan kur, for så vidt det ved undersøgelsen godtgøres, at *han ligger familie eller pårørende til byrde, og det må antages, at han ikke ville kunne klare sig selv uden hjælp, såfremt den hidtil fra privat side ydede støtte bortfalder, eller han ved groft at tilside-sætte sine forsørgerpligter udsætter sin familie eller andre, der er økonomisk afhængige af ham, for vanrøgt, savn eller*

3) Jfr. »Fremtidens Forsørgelsesvæsen«, 1. del, side 399-400, hvori det udtales, at hele alkoholspørgsmålet »jo rækker langt ud over forsørgelsesvæsenets rammer eller opgaver« og endvidere: »Men vi vil dog alligevel, idet vi altså indskrænker os til, hvad *forsørgelsesvæsenet* i øjeblikket nødvendigvis synes at måtte kræve, anse det for rimeligt at stille enkelte positive forslag, iøvrigt i det håb, at ærduelighedskommissionen og rigsdagens store flertal snarest vil tage hele spørgsmålet op på en bredere basis og til en gennemgribende ordning, en omhyggelig organiseret kamp mod alkoholismen konsekvent og **ubøjelig**, men på samme tid i **former**, der er så humane og frisindede som muligt over for den enkelte, hvor dennes frihed står over for samfundsinteresse.«

*nød, eller at han som følge af sin drikfældighed frembyder fare for sig selv eller for andres personlige sikkerhed eller legemlige eller sjælelige velfærd.*

Som et led i undersøgelsen indhenter udvalget lægeskøn over, hvorvidt det kan anses for tilrådeligt at forsøge gennem en afvænningskur at hidføre en forbedring. Afviser pågældende dette, eller overholder han ikke de af vedkommende ambulatorium, behandlingshjem eller læge-givne kurmæssige forskrifter, kan det sociale udvalg lade ham indlægge i en for sådan behandling i henhold til forsorsloven godkendt institution eller institutionsafdeling eller eventuelt på sygehus, herunder også psykiatrisk afdeling eller sindssygehospital, hvor han kan tilbageholdes i indtil  $\frac{1}{2}$  år. Såfremt han derefter ikke overholder en i fortsættelse af indlæggelsen etableret ambulante behandling, kan fornyet tilbageholdelse dog finde sted i indtil 1 år.

Efter tilsvarende regler forholdes der, hvis der må ydes en person eller hans familie hjælp, og trangen viser sig i det væsentlige at være begrundet i drikfældighed, eller såfremt der fra børneværnets side rettes henvendelse til det sociale udvalg om at foranledige pågældende underkastet kur for alkoholisme for derved at undgå fjernelse i henhold til forsorslovens § 130, stk. 1.«

Dette forslag adskiller sig fra forslaget i det følgende afsnit 2 navnlig derved, at man her også har medtaget som grundlag for tvangsbehandling, at patienten som følge af sin drikfældighed frembyder fare for sig selv eller for andres personlige sikkerhed eller legemlige eller sjælelige velfærd. Forslagene omfatter derfor bl. a. også den tidligere omtalte gruppe af hustrumishandlere, voldsmænd og urostiftere.

Herudover medfører forslaget i forhold til den nugældende regel i forsorslovens § 316 de samme udvidelser som nævnt i det følgende afsnit.

## **2. Forslag om en vis skærpelse i forsorslovens regler.**

Andre af underudvalgets medlemmer Rud. Conrad og Wedell-Wedellsborg, anser vel en skærpelse af de nugældende regler nødvendig, men nærer betænkelighed ved

så vidtgående lovregler, som foran omtalt og mener, at man fortsat bør begrænse tvangsbestemmelserne således, at de kan finde nogenlunde naturlig plads inden for forsorsloven.

Samtidig har de - i overensstemmelse med alle underudvalgets medlemmer — påpeget, at forsorslovens regler under alle omstændigheder må ændres radikalt, idet man så stærkt som muligt må lægge behandlingsmæssige synspunkter til grund. *Retsvirkninger* knyttet til hjælpen er derfor ikke alene irrationelle, men kan direkte virke mod behandlingens hensigt. I konsekvens heraf og af, at det andetsteds i betænkningen foreslås at henlægge behandlingsorganisationerne under det almindelige sundhedsvæsen og at flytte reglen om hjælp under frivillig afvænningsbehandling fra forsorslovens fattighjælpsafsnit til afsnittet om særhjælp, har de foreslået, at man anbringer tvangsbestemmelserne i forsorslovens afsnit om forsørgelsesmåden. Forslaget går derfor ud på at give en *regel i forsorsloven som ny § 30, stk. 5*, af følgende indhold:

»Hvis en person er forfalden til alkohol, og der fra hans families eller andre pårørendes side eller fra politi, anden offentlig myndighed eller en læge sker henvendelse til det sociale udvalg om at undergive ham en kur for alkoholisme, undersøger udvalget sagen. Viser det sig, at pågældende *ligger familie eller pårørende til byrde, og det må antages, at han ikke vil kunne klare sig selv uden hjælp, såfremt den hidtil fra privat side ydede støtte bortfalder*, samt hvis det efter indhentet lægeskøn anbefales at forsøge en afvænningskur, kan det sociale udvalg forlange, at pågældende skal underkaste sig en sådan. Afviser pågældende dette, eller overholder han ikke de af vedkommende ambulatorium, behandlingshjem eller læge-givne kurmæssige forskrifter, kan det sociale udvalg lade ham indlægge i en for sådan behandling i henhold til forsorsloven godkendt institution eller institutionsafdeling eller eventuelt på sygehus, herunder også psykiatrisk afdeling, hvor han kan tilbageholdes i indtil  $\frac{1}{2}$  år. Såfremt han derefter ikke overholder en i fortsættelse af indlæggelsen etableret ambulante behandling,

kan fornyet tilbageholdelse dog finde sted i indtil 1 år.

Efter tilsvarende regler forholdes der, hvis der må ydes en person eller hans familie hjælp, og trangen viser sig i det væsentlige at være begrundet i drikfældighed, eller såfremt der fra børneværnets side rettes henvendelse til det sociale udvalg om at foranledige pågældende underkastet kur for alkoholisme for derved at undgå fjernelse i henhold til § 130, stk. 1.«

I forhold til den nugældende § 316 indeholder dette forslag den ændring, at en sag også skal kunne rejses af en læge, d. v. s. altså også foranlediget af et hospitalsophold. Man vil med andre ord opnå, at initiativet til tvangens anvendelse kan flyttes fra personer: familie m. v., der vel direkte rammes af alkoholismens følger, men som på flere måder vil være mindre indstillet på at søge fastholdt et behandlingskrav, til en sagkyndig, der under en allerede begyndt behandling har fået forudsætninger for at afgøre, om denne behandling tvangsmæssigt bør fortsættes.

Endvidere er betingelsen om, at pågældende ikke vil kunne klare sig uden hjælp, ændret til, at »det må antages, at han ikke ville kunne klare sig selv uden hjælp, såfremt den hidtil fra privat side ydede støtte bortfaldt«, en ændring der formodes at ville medføre, at de hidtil foreliggende vanskeligheder ved at anvende forsorgslovens § 316 under hensyn til de økonomiske krav i denne bestemmelse må forsvinde.

#### ad. 1-2. Kommentarer til forslagene under 1 og 2.

Begge de foreslåede bestemmelser forudsætter, at der i *forsorgsloven* gives regler om *godkendelse af institutioner* til tvangsmæssige anbringelser. Denne godkendelse måtte altså gives af socialministeriet (efter forhandling med indenrigsministeret). Der henvises iøvrigt i denne forbindelse til det følgende afsnit G.

Der skulle endvidere gives hjemmel for om fornødent at kræve politiets bistand til anbringelse; for det under 2 omtalte forslag kan regler herom indføres i forsorgslovens § 45, stk. 3.

I forslagene er den *anbringelsestid*, der nu gælder ifølge forsorgslovens §§ 316-317 (højst IV $\frac{1}{2}$  år) foreslået nedsat til højst  $\frac{1}{2}$  år, i gentagelsestilfælde 1 år. Man kunne spørge, om det ville være forsvarligt og af hensyn til visse tilfælde måske endda ønskeligt at ophæve begrænsningen i anbringelsestidens varighed. I underudvalget er der imidlertid lagt vægt på, at man i så fald, i. eks. ligesom i loven om sindsyges hospitalsophold, måtte fastlægge bestemte kriterier for, hvornår udskrivning skal finde sted, og hertil kommer, at man har anset det for naturligt at bevare og endog at nedsætte maksimumsvarigheden, når man foreslår bestemmelserne om iværksættelse af tvangsmæssig behandling skærpet.

Det er i underudvalget foreslået, at der burde være hjemmel til en *prøveudskrivning* i lighed med, hvad tilfældet er i andre nordiske lande, men der har været enighed om, at dette ikke er nødvendigt, forudsat at bestemmelsen kan bruges *gentagne gange*.

De foreslåede bestemmelser forudsætter den fremgangsmåde, at det sociale udvalg først fremsætter et forlangende om afvænningskur over for pågældende selv, således at han i formen kan imødekomme dette krav ved en *frivillig kur*. Hvis patienten afviser at gå ind på dette, eller hvis han ikke overholder de kurmæssige forskrifter, vil der herudover være hjemmel til at gennemtvinge kuren. I forslagene er derfor bevaret princippet i § 317 om, at frivillighed går forud for tvang, men man har tilstræbt at finde en formulering, hvorefter man undgår den magtesløshed for de sociale udvalg, der følger af den nugældende lovs formulering af § 317 og praktiseringen af denne paragraf.

Direktør Rud. Conrad, der har tilsluttet sig forslaget foran under 2, ville i og for sig principielt foretrække forslaget foran under 1, for så vidt som han er af den opfattelse, at der bør være adgang til at iværksætte tvungen behandling under de der nævnte betingelser, men har desuagtet tilsluttet sig forslaget under 2, fordi han ikke finder det rigtigt at pålægge de sociale udvalg at træffe beslutning om tvungen behandling af alkoholskadede patienter, som falder uden for den kreds af personer,

med hvem udvalgene igennem deres almindelige arbejde har normal forbindelse. Betænelighederne herom er principielt endnu større i de kommuner, der har en magistratsordning, fordi afgørelser om denne administrative frihedsberøvelse i sådanne kommuner ville blive truffet af en enkelt person.

Man har derfor i udvalget diskuteret forskellige andre muligheder for, hvem der eventuelt kunne træffe afgørelser om tvangsanbringelse, f. eks. en læge, politiet, domstolene eller amtmanden. Der er imidlertid vanskeligheder forbundet med at henlægge afgørelserne om tvangsanbringelse til hver af disse myndigheder, og udvalget har derfor også været inde på den tanke, at der kunne oprettes et eller flere sagkyndige nævn, som dækkede hele landet eller en landsdel. Underudvalget har imidlertid ment, at man burde henskyde spørgsmålet om, hvem der skal have ansvaret for tvangsanbringelser til hovedudvalgets afgørelse i forbindelse med dette udvalgs stillingtagen til spørgsmålet om anvendelse af tvangsforholdsregler over for anstalt-klientellet.

For så vidt angår forslaget foran vinder 2, mener underudvalget dog, at det vil være naturligt for det sociale udvalg at træffe sådanne afgørelser, da de allerede gældende regler administreres af de sociale udvalg, og der i dette forslag alene er spørgsmål om en vis effektivisering af de gældende regler.

### **3. Indvendinger mod udvidet adgang til tvangsmæssig behandling.**

Imod en udvidelse af tvangsbestemmelserne har andre af underudvalgets medlemmer, Kaj Aistrup, Erik Jacobsen, Fl. Martensen-Larsen, J. A. V. Nørvig og Alf Yde, fremsat en række indvendinger.

Disse medlemmer lægger navnlig vægt på, at det afgørende i øjeblikket må være at skabe tillid hos patienterne og at få disse og deres pårørende til at forstå nødvendigheden af en behandling, idet patientens og hans families egen forståelse heraf ligesom patientens egen fri vilje til at søge behandling er af den største betydning for behandlingen.

Fra denne side i underudvalget fremhæves det, at regler om tvangsindlæggelse -

eventuelt ifølge initiativ fra den institution, der forestår frivillige behandlinger - vil skabe en ængstelse hos de alkoholskadede for, at en påbegyndt frivillig behandling kan føre til tvangsindlæggelse. Selv om ængstelsen i det overvældende antal tilfælde vil være ganske uberettiget, kunne den holde mange af dem, der ellers frivilligt ville søge behandling, borte så længe, at helbredelsesmulighederne alvorligt forringes.

Denne betænelighed har så meget større vægt, som en tvangsforanstaltning kvm kan begrundes af hensyn til et ringe antal alkoholskadede, et klientel, der endog næppe først og fremmest giver problemer, fordi de er alkoholskadede.

Af hensyn til faren for, at en tvangsregel skal give bagslag, bør man derfor anskue problemet om dette klientel ud fra andre hensyn end alene behandlingen al deres alkoholisme, d. v. s., at man bør lade eventuelle tvangsregler om behandling af alkoholskadede udarbejde som led i de øvrige regler om anbringelse af asociale m. fl.

Over for gode erfaringer med hensyn til tvangsmæssig behandling af straffede er det fremhævet, at situationen i disse tilfælde er speciel, idet tvangen da bl. a. har sin grundelse i den straffbare handling og ikke i alkoholisme, hvorfor tvangen ikke på samme måde blokerer vidsigterne til et gunstigt resultat af behandlingen.

Hertil kan føjes, at erfaringerne fra behandling af patienter på et sindssygehospital har vist, at det ofte har været vanskeligt at få personlig kontakt med disse patienter, der mere eller mindre tvungent befandt sig på hospitalet, og at behandlingerne på hospitalet vinder den tvungne form iøvrigt i almindelighed var forgæves, skønt den som oftest varede 1 års tid. Selv på baggrund af de moderne behandlingsmuligheder, og selv om man nu søger at give patienterne terrainfrihed efter få dages forløb, eksisterer dette problem stadig, da mange af patienterne ikke tror på, at friheden er virkelig. Der er derfor peget på, at det er afgørende for behandlingsresultaterne, at patienterne er klar over, at de kan blive udskrevet, hvis de selv ønsker det.

Endvidere er det fremført, at da det klientel, der vil komme på tale ved en

tvangsmæssig behandling, navnlig inden for forsorgslovens rammer, ikke først og fremmest giver problemer, fordi de er alkoholskadede, men i hvert fald en del af dem er alkoholskadede på grund af de andre forhold, som medfører problemer for dem, bør der ikke opbygges specielle regler, der tager sigte på alkoholskadede som sådan. Ikke mindst kunne videregående adgang til tvangsanbringelse frygtes at ville give bagslag med henblik på visse unge alkoholmisbrugere. Der er herved peget på, at mange mennesker i de helt unge år kan være alkoholmisbrugere, eventuelt endog i høj grad, uden dog at være alkoholskadede, idet de i de allerfleste tilfælde forandrer livsvaner, når de kommer til en moden alder, hvor de har afsluttet uddannelse eller læretid og har stiftet familie. Der er gjort opmærksom på, at det, medens misbruget varer, næppe er muligt at skelne sådanne unge fra dem, der senere rent faktisk vil komme til at høre til det klientel, over for hvilket en tvangsmæssig behandling ville være den eneste chance, og der er gjort opmærksom på, at indgreb fra en eller anden myndigheds side over for unge alkoholmisbrugere rent faktisk i de hyppigste tilfælde vil være upåkrævet, medens det omvendt kan virke som en voldsom forstyrrelse i de pågældendes hele øvrige livsforhold, eventuelt endda volde uforholdsmæssig skade. Denne ængstelse gælder ikke mindst det videregående forslag, der er omtalt under afsnit 1, side 77-79.

Der er ikke af disse medlemmer af udvalget stillet noget forslag om ændringer i de gældende regler i forsorgslovens §§ 316-17.

Et medlem af udvalget, Kaj Aistrup, har i tilslutning til ovenstående ønsket at udtale følgende:

»Idet jeg udtaler, at jeg anser patienternes angst for, at en frivillig indlæggelse kan føre til en tvangsindlæggelse for berettiget og ikke for »aldeles uberettiget« skal jeg bemærke, at jeg kan tiltræde udtalelsen under 3, men at jeg må præcisere, at jeg som erfaring fra mit arbejde med ca. 4.500 alkoholikere i »Ring i Ring« ambulatorierne i København og Gentofte - Glad-saxe, Lyngby-Taarbæk og Søllerød (i 1957 ialt 1010 nye tilfælde) har konstateret, at enhver benyttelse af tvangsparagrafferne

har forvoldt trods og autoritetsafsky-reaktion hos de pågældende og usikkerhed hos de øvrige alkoholikere i ønsket om frivilligt at lade sig behandle.

Ønsket om tvang er en falliterklæring over for bestræbelserne for at *behandle* alkoholismens sjælelige årsager og for at optage arbejdet på afhjælpningen af de sociale årsager til alkoholismen, f. eks. bolig-nød, overbefolkning, forhold vedrørende børneforsorg, forsømmelse af de 14-21 åriges fritidsbeskæftigelse i by og på land, utilstrækkelig efterforsorg, manglende støtte til fraseparerede, særlig mænd o. s. v. - Tillige den utilfredsstillende herbergsordning, specielt manglen på daglokaler, bibeholdelsen af beværetninger af Nyhavns-typen, i kældere og rene huler, f. eks. på Vesterbro, Nørrebro, Christianshavn og andre steder i og uden for København, uden at der er taget skridt til at afløse dem med et passende antal lyse, moderne restaura-tioner *med* spiritusbevilling o. s. v.

Selv om tvangsforanstaltningerne ikke direkte strider imod den af Danmark til-trådte udvidelse af »Erklæringen om men-neskerettighederne«, strider en udvidelse af disse foranstaltninger imod ånden i denne erklæring og imod den trang til frihed, som altid har kendetegnet den danske nation.

Henvisningen til tvangsforanstaltningerne i Norge og Sverige med de dertil hørende nævn og posekikkeri bør virke afskrækkende; enhver kyndig ved, at disse vore broderlande lider under langt højere grader af drikkeri og alkoholisme end vi - efter min erfaring netop bl. a. grundet på disse to forholdsregler.

Efter således at have gjort rede for min opfattelse skal jeg henstille, at man op-hæver al forskelsbehandling af alkoholi-kere, undlader at udvide tvangsforanstaltningerne i lovgivningen og ophæver forsorgslovens §§ 315, 316 og 317.

Hvis indførelse af nævn alligevel ved-tages, resp. hvis socialudvalgene gives be-føjelse som sådanne, foreslår jeg, at disse, hvor sagerne drejer sig om administrativ frihedsberøvelse eller tvangstilbageholdelse af frivilligt inddragede eller indlagte, skal supplere sig med en til beklædelse af dom-mersæde berettiget formand i lighed med forholdet, når børneværnene beslutter fjernelse af børn.



Hvis §§ 315, 316 og 317 opretholdes, bør de udvides analogt.«

Det tilføjes, at et medlem af underudvalget O. Martensen-Larsen ikke har kunnet tiltræde noget af de under 1-3 anførte forslag; men ikke har ønsket selv at fremsætte noget forslag.

### **G. Særlige lukkede behandlingsafdelinger.**

Anvendelsen af tvangsbestemmelser kan kun gennemføres, såfremt der er mulighed for at tvangsanbringe de pågældende patienter på særlige lukkede behandlingsafdelinger. For nogle patienter uden for forsorgslovens rammer vil en anbringelse formentlig som hidtil kunne ske på sindssygehospitalerne, idet det formentlig kun vil dreje sig om et fåtal af patienter, og det forhold, at der åbnes mulighed for på et tidligt tidspunkt at etablere behandling for patienterne, kan næppe antages at medføre, at der i det lange løb vil finde en væsentlig stigning i indlæggelserne sted. For patienter inden for forsorgslovens rammer, ganske særlig den udpræget asociale del heraf, må der formentlig tilvejebringes særlige lukkede behandlingsafdelinger. Der er i underudvalget enighed om, at det ville være ønskeligt, om sådanne afdelinger kunne indrettes i tilknytning til de bestående arbejdsanstalter, blandt andet under hensyn til, at en del af klientellet på disse lukkede behandlingsafdelinger vil være det samme som det, der anbringes i arbejdsanstalter.

Det må dog være en forudsætning for en sådan placering af afdelingerne, at der bliver tale om en lægelig ledelse af dem. Endvidere må det være en afgørende forudsætning, at behandlingsafdelingen holdes klart adskilt fra arbejdsanstalten, en adskillelse,

der må finde sted såvel bygnings- som behandlingsmæssigt. Det må tillige være en forudsætning for at instituere en tvangsmæssig behandling, at der indrettes sådanne moderne og egnede behandlingsinstitutioner for frivillig behandling, som foreslået i kapitel 6, således at der er mulighed for at efterfølge behandlingen i den lukkede institution med en effektiv behandling på frivilligt grundlag.

Underudvalget mener ikke, at det bør fremsætte forslag om den lukkede institutions karakter eller dennes indpasning i hele anstaltssystemet m. v., idet dette spørgsmål formentlig bør behandles i hovedudvalget.

### **H. Foreløbig konklusion.**

Som det fremgår af foranstående, har man ikke i underudvalget kunnet opnå enighed om, hvorvidt tiden er inde til at indføre strammere regler om tvangsmæssig behandling af alkoholisme, eller om, hvilken form en sådan stramning af reglerne burde have.

Man finder det derfor rettest at henskyde dette spørgsmål til afgørelse i hovedudvalget i forbindelse med de drøftelser, der i dette udvalg skal finde sted om forsorgslovens regler om tvangsmæssige foranstaltninger over for asociale.

Selv om der som nævnt foran side 64 er enighed i underudvalget om, at retsvirkninger også af tvungen hjælp er irrationelle og i strid med nutidens syn på alkoholisme som en sygdom, har man dog, såfremt reglerne indhold ikke ændres, ikke ment det absolut påkrævet at stille forslag om ændringer med hensyn til retsvirkningerne, idet de nugældende regler i praksis hovedsagelig anvendes over for asociale personer, der i forvejen naturligt falder ind under fattighjælpsbestemmelserne.

## Lovforslag.

### A.

#### Forslag til lov om statstilskud til behandling af alkoholskadede.

##### §3

Stk. 1. Til kommuner, der opretter ambulatorier til vederlagsfri behandling af alkoholskadede, ydes der efter nærmere af indenrigsministeren fastsatte regler statstilskud til driften med halvdelen af de godkendte udgifter.

Stk. 2. For at opnå statstilskud skal ambulatoriet være godkendt af indenrigsministeren efter forudgående forhandling med folketingets finansudvalg. Det er en forudsætning for sådan godkendelse, at ambulatoriets drift tilrettelægges efter lægeligt svarlige retningslinier.

Stk. 3. Tilsvarende regler gælder for behandlingsinstitutioner, der til indlæggelse af alkoholskadede oprettes i tilknytning til ambulatorier.

Stk. 4. Der kan ved overenskomst mellem interesserede kommuner (herunder amtskommuner) træffes aftale om fællesdrift af de i det foregående nævnte institutioner eller om andre kommuners adgang til benyttelse af dem.

Stk. 5. Såfremt et ambulatorium eller behandlingshjem drives som en del af et sygehus, kan indenrigsministeren godkende, at udgifterne ved driften i stedet refunderes i henhold til de til enhver tid gældende regler om tilskud til driften af sygehuse.

##### § 2

På ambulatoriets budget kan der med indenrigsministerens godkendelse optages tilskud til private foreninger o. l., der samarbejder med ambulatoriet efter retningslinier godkendt af dette.

Stk. 1. For behandlingshjem, der drives af private foreninger og institutioner uden direkte tilknytning til et på offentligt initiativ oprettet ambulatorium, kan der, når der skønnes at være brug for et sådant arbejde, og dette må antages at ville blive udført på forsvarlig måde, efter forud af indenrigsministeren med tilslutning af folketingets finansudvalg meddelt godkendelse fastsættes betalingstakster, af hvilke staten refunderer indtil halvdelen.

Stk. 2. Til private ambulatorier og lignende virksomheder kan der i tilsvarende tilfælde ydes statstilskud ved bevilling på finansloven, dog ikke udover et beløb svarende til halvdelen af de med virksomheden forbundne driftsudgifter.

Stk. 3. Det kan som betingelse for godkendelse fordres, at der træffes aftale med tilsvarende eksisterende offentlige eller private virksomheder inden for samme område om opgavernes fordeling.

##### § 4

Stk. 1. En af indenrigsministeren i medfør af denne lov meddelt godkendelse kan tilbagekaldes, når forudsætningerne for dens meddelelse ikke længere skønnes at være til stede.

Stk. 2. De hidtil af socialministeren i medfør af forsorgslovens § 42 meddelte godkendelser betragtes som fortsat gældende, indtil godkendelse gives efter nærværende lov, og tilskud ydes indtil da efter de hidtil gældende regler. Såfremt ansøgning om godkendelse efter nærværende lov ikke er

indgivet til indenrigsministeriet inden 1 år fra lovens ikrafttræden, betragtes den i henhold til lov om offentlig forsorg meddelte godkendelse som bortfaldet.

§ 5  
Denne lov træder i kraft . . . . . således, at statstilskuddet kan ydes til institutionernes drift fra denne dato.

## B.

### Forslag til lov om ændringer i lov om offentlig forsorg<sup>1)</sup>, lov om folkeforsikring og lov om arbejdsanvisning og arbejdsløshedsforsikring m. v.

I lov om offentlig forsorg, jfr. bekendtgørelse nr. 321 af 19. december 1957, foretages følgende ændringer og tilføjelser:

Til § 42.

Paragraffen udgår.

Til § 43.

I stk. 2 ændres »42« til »41«.

Til § 47.

I stk. 1 ændres »42« til »41«.

Som ny § 265 A indsættes:

*Stk. 1.* »Det sociale udvalg drager i trangstilfælde, når det modtager henvendelse om at tage sig af en alkoholskaded person, eller når udvalget selv skønner, at der dertil er anledning, snarest muligt omsorg for, at det ved lægeundersøgelse afgøres, om patienten bør underkastes kur. I bekræftende fald afholder udvalget i trangstilfælde de med kuren eventuelt forbundne udgifter«.

*Stk. 2.* »Såfremt indlæggelse skønnes fornøden, kan der af udvalget ydes den fornødne hjælp til familiens underhold, så længe indlæggelsen varer og i indtil 3 måneder efter udskrivningen, forudsat at patienten nøje overholder de ham af lægen ved behandlingsinstitutionen givne forskrifter og er under fortsat kontrol efter udskrivningen. Denne hjælp kan dog ikke overstige, hvad der kunne være ydet forsøgeren som invalidepension eller som

folkepension, jfr. folkeforsikringslovens § 39, stk. 1«.

Til § 315.

Paragraffen udgår.

Til § 317.

»Kur efter § 315« ændres til »frivillig kur«.

I lov om folkeforsikring, jfr. bekendtgørelse nr. 228 af 12. september 1957, foretages følgende ændringer og tilføjelser:

Til § 18.

I stk. 1, nr. 2, 1. punktum tilføjes efter ordet »tuberkuløse«: »eller alkoholskadede«.

Til § 22.

I stk. 1, nr. 7 udgår ordene »for drankersygdomme eller«.

Til § 38.

I stk. 2, nr. 3, udgår ordene »bevislig drikfældighed« og i nr. 5 udgår ordene »af alkohol eller«.

## 5.

I lov om arbejdsanvisning og arbejdsløshedsforsikring m. v., jfr. bekendtgørelse nr. 43 af 18. februar 1952, foretages følgende ændringer og tilføjelser:

Til § 17.

I stk. 1, nr. 3, udgår ordene: »overdreven nydelse af berusende drikke«.

1) Ved udarbejdelsen af nærværende forslag er der ikke taget stilling til ændringer, som ville blive en følge af de i kapitel 8 afsnit F, 1-2 stillede forslag om udvidet adgang til tvangsanbringelse.

## Mindretalsforslag om en lov om behandling af alkoholskadede.

Nogle af underudvalgets medlemmer (pastor Børge E. Andersen og overlæge Aksel Olsen) foreslår, at der søges gennemført en lov, der pålægger *staten* en forpligtelse til at oprette og drive de behandlingsinstitutioner, hvorpå indlæggelse af alkoholskadede finder sted. Udgifterne ved sådan indlæggelse foreslås derfor afholdt af statskassen, og det foreslås, at det bliver *staten*, der skal tage initiativ til fornøden udbygning af denne del af for sorgen for alkoholskadede.

Mindretallet har herefter udarbejdet følgende lovforslag, hvori tillige er indarbejdet de regler om bl. a. ambulatorierne, der findes i lovforslaget i forrige kapitel. De afsnit, der indeholder samme regler, som dem, der er indeholdt i dette forslag, er for overskuelighedens skyld trykt med kursiv.

Staten drager omsorg for, at der oprettes og drives det nødvendige antal institutioner med pladser for alkoholskadede, der trænger til indlæggelse til behandling.

I forbindelse med de i stk. 1 nævnte institutioner kan oprettes og drives ambulatorier til behandling af alkoholskadede. Driften af sådanne ambulatorier kan gøres afhængig af et kommunalt tilskud efter nærmere af indenrigsministeren fastsatte regler.

### § 2

Indenrigsministeren bestemmer, i hvilket omfang og på hvilke nærmere betingelser der skal meddeles statsanerkendelse til institutioner, som drives af kommuner eller private foreninger m. v., således at de sidestilles med eller erstatter statsanstalter med hensyn til den i § 1, stk. 1, omhandlede for sorg.

### § 3

*Til kommuner, der opretter ambulatorier*

*til behandling af alkoholskadede, ydes der efter nærmere af indenrigsministeren fastsatte regler statstilskud til driften med halvdelen af de godkendte udgifter.*

*For at opnå statstilskud skal ambulatoriet være anerkendt af indenrigsministeren efter forudgående forhandling med folketingets finansudvalg. Det er en forudsætning for sådan godkendelse, at ambulatoriets drift tilrettelægges efter lægeligt forsvarlige retningslinier.*

*Der kan ved overenskomst mellem interesserede kommuner træffes aftale om fællesdrift af de i det foregående nævnte ambulatorier eller om andre kommuners adgang til at benytte dem.*

*Såfremt et ambulatorium drives som en del af et sygehus, kan indenrigsministeren godkende, at udgifterne ved driften i stedet refunderes i henhold til de til enhver tid gældende regler om tilskud til driften af sygehusene.*

*På ambulatoriets budget kan der med indenrigsministerens godkendelse optages tilskud til private foreninger o. lign., der samarbejder med ambulatorier efter retningslinier godkendt af dette.*

*Til private ambulatorier og lignende virksomheder kan der i tilsvarende tilfælde ydes statstilskud ved bevilling på finansloven, dog ikke udover et beløb svarende til halvdelen af de med virksomheden forbundne driftsudgifter.*

*Det kan som betingelse for anerkendelse fordres, at der træffes aftale med tilsvarende eksisterende offentlige eller private virksomheder inden for samme område om opgavernes fordeling.*

### § 4

*Der af kræves ingen betaling af patienterne for behandling på de i henhold til nærværende lov oprettede ambulatorier.*

Indenrigsministeren bemyndiges til at

fastsætte betalingen for personer, der indlægges på en af de i §§ 1 og 2 omhandlede statsanstalter eller statsanerkendte anstalter efter tilsvarende regler som i lov nr. 77 af 14. marts 1934 om fastsættelse af betalingen for anbringelse af personer, der undergives særforborg i henhold til lov om offentlig forborg § 66, jfr. §§ 69 og 70.

For trængende personer, der indlægges til behandling på en af de i §§ 1 og 2 omhandlede institutioner, finder bestemmelserne i forsorgslovens §§ 69 og 70 tilsvarende anvendelse.

Anmodning om indlæggelse på en af de i §§ 1 og 2 omhandlede behandlingsinstitutioner for alkoholskadede kan fremsættes af patienten selv eller andre, såfremt patienten er indforstået med at blive indlagt.

Den ledende læge ved den institution, hvorpå indlæggelse er begæret, træffer afgørelse om, hvorvidt det kan anses for tilrådeligt at forsøge gennem en afvænningskur at hidføre en bedring af patientens tilstand.

Indlæggelse efter de i nærværende lov indeholdte regler kan foruden i en i henhold til § 1 eller § 2 anerkendt institution også finde sted på sygehus, herunder psykiatrisk afdeling eller sindssygehospital, hvis afdelingens overlæge finder patienten egnet til behandling dér. Indenrigsministeren fastsætter nærmere bestemmelser om statskassens refusion i sådanne tilfælde i overensstemmelse med de regler, der gælder for de i henhold til § 2 anerkendte institutioner.

Såfremt indlæggelse skønnes fornøden, påhviler det i trangstilfælde det sociale udvalg i fornødent omfang at drage omsorg for patientens forsvarlige forborg, indtil indlæggelsen måtte finde sted.

*I trangstilfælde kan der af det sociale udvalg ydes den fornødne hjælp til familiens underhold, så længe indlæggelsen varer og indtil 3 måneder efter udskrivningen, forudsat at patienten nøje overholder de ham af lægen ved behandlingsinstitutionen givne forskrifter og er under fortsat*

*kontrol efter udskrivningen. Denne hjælp kan dog ikke overskride, hvad der kunne være ydet forsørgeren som invalidepension eller folkepension, jfr. folkefor sikr ingslovens § 39, stk. 1.*

§§ 8 og 9

*(Affattes ligesom §§ 4—5 i lovforslaget foran i kapitel 8, afsnit A).*

Mindretallet bemærker, at det foran fremstillede forslag indeholder alle de regler om den ambulante behandling, der findes i det i kapitel 8 stillede lovforslag om statstilskud til behandling af alkoholskadede, og at det derfor er muligt, såfremt det skønnes ønskeligt, at fremme lovforslaget i kapitel 8 forlods, selv om der endnu ikke er taget endelig stilling til spørgsmålet om statsforborg i indlæggelsestilfælde efter mindretallets forslag.

Forslaget indeholder kun regler om frivillig indlæggelse, da mindretallet ikke har ønsket at komplicere sit forslag om statsforborg med regler om tvungen behandling. Eventuelle regler om tvungen behandling kan imidlertid uden vanskelighed indarbejdes i forslaget, og mindretallet fremhæver, at sådanne regler netop naturligt vil forudsætte, at man fastslår statens ansvar for, at de nødvendige institutioner findes, jfr. herved også bemærkningen foran side 78, ad forslag 1 i kapitel 7.

Til lovforslagets §§ 2 og 3 bemærkes særligt, at der i lovforslaget alene er omtalt udtrykkelig hjemmel til statstilskud til kommunale og private *ambulatorier*, da udgifterne til de i henhold til § 2 anerkendte *institutioner til indlæggelse* dækkes af statskassen som følge af den staten i henhold til § 1, stk. 1, påhvilende forpligtelse til at sørge for, at det nødvendige antal institutioner oprettes og drives.

Mindretallet fremhæver, at dets forslag om, at staten bør afholde udgifterne ved behandling under indlæggelse forekommer at være et naturligt sidestykke til de regler, der gælder for særforborg for sindssyge, åndssvage, epileptikere m. fl. i henhold til forsorgsloven. Mindretallet peger på, at det vil være rimeligt, at staten overtager udgifterne ved behandling af disse særligt vanskelige tilfælde, også når man henser til de store beløb, der indgår i statskassen fra spiritusbeskatningen.

## Bilag

### I. Oversættelse af rapport vedrørende første møde i underkomitéen for alkoholisme under WHO, verdenssundhedsorganisationens ekspertkomité vedrørende mentalhygiejne, d. 11.-16. december 1950.

Verdenssundhedsorganisations ekspertkomité vedrørende mentalhygiejne, underkomitéen for alkoholisme, afholdt sit første møde i Geneve 11.-16. december 1950. Mødet blev åbnet af vicegeneraldirektør for WHO, dr. Martha Eliot.

#### 1. Almindelige betragtninger.

Det første punkt, som komitéen i sin rapport ønsker at understrege, er alkoholismens betydning som et lægeligt og socialt problem. Det forekommer komitéen, at det er et problem, til hvis forebyggelse og behandling det offentlige sundhedsvæsen (the public health services) kan yde betydelige bidrag. Komitéen har imidlertid indtrykket af, at sundhedsmyndighederne i mange lande har været længe om at erkende problemets udstrækning og alvor, samt i hvilken udstrækning sundhedsarbejderne (health workers) kunne bidrage til dets forebyggelse og behandling.

Dette er dog ikke overraskende; det er først i de senere år, at man har opnået et lægeligt og videnskabeligt overblik over problemet, som har gjort det muligt for sundhedsmyndighederne at gøre en indsats. Det var således f. eks. interessant for komitéen at bemærke den øjensynlige mangel på denne lægelige og videnskabelige viden, som hindrede Folkeforbundets sundhedskomité i at fremlægge et aktivt program på dette område, da det behandlede sagen på sit 13. møde i 1928. Der var på dette tidspunkt ikke nogen adskillelse mellem det lægelige og videnskabelige syn på sagen og visse lægmandsgruppers synspunkter. Bekæmpelse af *alkoholisme* blev forvekslet med politisk og social bekæmpelse af *alkohol*. Det er sandsynligt, at på dette stadium måtte ethvert forsøg fra lægernes og sundhedsautoriteternes side på at fore-

bygge og behandle alkoholismen i det store og hele mislykkes, fordi offentligheden ikke kunne holde de to betragtningmåder ude fra hinanden.

Komitéen erkender værdien af retslige eller sociale forholdsregler i forbindelse med fordelingen og brugen af alkohol. Selv om udarbejdelsen af sådan lovgivning måske ikke henhører under sundhedsautoriteterne, har disse en pligt til at vejlede de myndigheder, under hvem sådan lovgivning vedrørende den sundhedsmæssige side af problemet henhører; men endnu vigtigere er dog sundhedsautoriteternes erkendelse af, at man nu har et videnskabeligt kendskab til alkoholismen, som muliggør et alvorligt forsøg på den medicinske forebyggelse af alkoholisme og den så resultatrige tidlige behandling af personer med denne lidelse.

Komitéens første henstilling går ud på, at Verdenssundhedsorganisationen bør foretage alle skridt inden for dens virkeområde for at anspore sundhedsautoriteterne til at optage et arbejde inden for dette område og være forberedt på at yde rådgivende, opdragende og anden hjælp vedrørende dette emne til de nationale sundhedsmyndigheder, som måtte fremsætte anmodning derom.

#### 2. Definition af problemet.

Det fremgår klart af komitéens egne diskussioner, at en alvorlig hindring for internationalt arbejde inden for dette område er manglen på en almindelig anerkendt terminologi. Udtrykket »kronisk alkoholisme« bruges f. eks. i forskellig betydning i næsten alle de lande, fra hvilke komitéens medlemmer er udpeget. I sin snævraste betydning betyder det en tilstand, i hvilken en person som følger af længere tids vedhol-

deride drikkeri har pådraget sig blivende organisk læsion eller en alvorlig psykisk reduktion, der formentlig skyldes sådanne organiske forandringer.

Modsat benyttes det i nogle lande i en meget bredere betydning for at betegne langvarigt excessivt drikkeri uden hensyn til blivende fysisk eller psykisk beskadigelse. Det forekommer derfor komitéen, at udtrykket »kronisk alkoholisme« i international sprogbrug let vil kunne fremkalde forvirring, idet komitéen, selv om der blandt dens medlemmer er stor enighed om de pågældende kliniske fænomener og de stadier, ad hvilke de udvikler sig, ligesåvel er klar over de misforståelser, som kan opstå på grund af, at man i international sprogbrug benytter udtryk, som har en forskellig betydning i de forskellige lande.

Udtrykket » *alkoholisme*« synes på den anden side at have en langt mere ensartet betydning i de lande, hvor dette problem spiller en rolle. I nærværende rapport benytter komitéen dette udtryk til at betegne enhver form for drikkeri, som i udstrækning går ud over, hvad der er skik og brug i det daglige liv eller almindelig efterlevelse af hele det pågældende samfunds sociale drikkeskikke, uden hensyn til de ætiologiske faktorer, som måtte have ført dertil, og ligeledes uden hensyn til, i hvilken udstrækning, sådanne ætiologiske faktorer er betinget af arv, konstitution eller fysiopatologisk indflydelse og påvirkning af stofskiftet.

Fra et klinisk synspunkt er komitéen enig om, at alkoholisme (brugt i den ovenfor definerede betydning) kan udvikle sig gennem en række erkendelige stadier, som alle har en forskellig betydning både for prognose og behandling.

I det første af disse, som træffende er kaldt »symptomatisk drikkeri« indtages alkohol på grund af et aktuelt problem. Problemet kan være, at pågældende er udsat for et pres, enten som følge af fysiske eller sjælelige faktorer eller på grund af hans sociale forhold. Det excessive drikkeri benyttes som et smertestillende middel, der sætter vedkommende i stand til at se det

pågældende problem i øjnene. Det er vigtigt at gøre sig klart, at dette kan ske ikke blot for personer, som ikke tidligere har været vant til alkoholiske drikke, men også for personer, som i mange år har indtaget alkoholiske drikke med måde uden at afvige fra vedtagne drikkevaner i det samfund, hvori de lever. Men brugen af alkohol, som et middel til at klare en øjeblikkelig belastning, som vi ovenfor har kaldt »symptomatisk drikkeri« kan godt give anledning til yderligere vanskeligheder for patienten. Disse vanskeligheder kan endvidere opstå som følge af fysiske symptomer, psykologiske faktorer eller sociale problemer. Som eksempel kan anføres appetitløshed som følge af mavekatarrh (gastritis), følelse af mindreværd som følge af den måde, pågældende har opført sig på, medens han var beruset, forstyrrelse i personlige forhold eller nedsat erhvervmæssig duelighed (occupational ineffectiveness). Det er på dette stadium, at patienten, som oprindeligt brugte alkohol til overmål for at lette den øjeblikkelige belastning, nu finder det nødvendigt også at bruge det for at lindre de symptomer, som den tidligere excessive brug af alkohol selv har fremkaldt. Den alkoholiske mavekatarrhs (gastritis) appetitløshed kan f. eks. afhjælpes ved den stimulerende brug af »aperitifs«. Alkohol kan benyttes til at undertrykke pågældendes følelse af social mindreværd, eller i tilfælde af problemer i forholdet til omgivelserne eller nedsat erhvervmæssig duelighed til at døve de yderligere vanskeligheder, som disse resultater af den tidligere spiritusnydelse har skabt for patienten.

På dette stadium er det klart, at der er opstået en situation, der er langt alvorligere end det »symptomatiske drikkeri«. Patienten er indfanget i en ond cirkel, hvorved hans overdrevne drikkeri skaber nye problemer for ham, som han kun kan klare ved hjælp af yderligere drikkeri. Betingelserne for alkoholisme i den snævre betydning af ordene (true alcoholism) er nu til stede. I dette andet stadium omtales problemet i nogle lande som addiktivt drikkeri (addictive drinking)<sup>1</sup>). Under behand-

1) Afledet af ordet »addiction«, der i angelsaksisk sprogbrug benyttes som betegnelse for den rent fysiske (narcotiske) afhængighed af et narcotisk stof (drug). I dansk sprogbrug findes intet helt dækkende udtryk herfor, idet ordet tilvænning har en noget afvigende betydning og ikke kan bruges adjektivisk. Da det ikke har været muligt at finde nogen dansk betegnelse for ordet »addictive«, og betegnelsen efterhånden er almindelig anvendt i faglitteraturen, er denne betegnelse bibeholdt i det følgende.

lingen af spørgsmålet om benyttelsen af dette udtryk har komitéen med interesse bemærket sig den definition af »drug addiction«, som »the Expert Committee on Drugs Liable to Produce Addiction« har opstillet i rapporten vedrørende sit andet møde.<sup>2)</sup>

På dette stadium mener komitéen efter den anførte definition, at en tilstand af »tilvænning« (addiction) må siges at bestå, dog med det forbehold, at punkt 2 (en tilbøjelighed til at forhøje dosis) ikke nødvendigvis behøver at være til stede. Det er usikkert, hvorvidt de farmakologiske følger af tilvænningen (drug addiction) foreligger i betydningen af en dybtgående ændring af stofskiftet, som skaber en fysisk afhængighed af stoffet. Dette er en sag, som tvingende nødvendigt kræver videnskabelig undersøgelse, og komitéen indstiller, at det overvejes at nedsætte en »underkomité for alkohol« under The Expert Committee on Drugs Liable to Produce Addiction til at behandle dette og andre forhold vedrørende *alkohol* (i modsætning til *alkoholisme*), som vil blive omtalt senere i nærværende rapport.

Det tredje stadium i udviklingen af alkoholisme er, at en organisk sygdom eller psykisk reduktion viser sig, f. eks. Korsakoffs psykose. I visse typer af organiske beskadigelser vil fremkomsten eller den manglende fremkomst i betydelig udstrækning være betinget af andre faktorer end den overdrevne alkoholnydelses omfang og varighed, som det f. eks. er tilfældet med delirium tremens. Udviklingen af en polyneuropati kan f. eks. fuldstændig hindres ved indtagelsen af en passende mængde vitamin B-complex uafhængig af alkoholismens omfang. Lignende ydre faktorer påvirker fremkomsten af levercirrhose. Visse komplikationer vil derfor være meget mere tilbøjelige til at optræde i lande, hvor mangler ved ernæringen er almindelige, og hvor lægelig behandling af akut forgiftning er utilstrækkelig, end i andre lande.

Disse tre stadier i udviklingen af det enkelte tilfælde af lidelsen alkoholisme har

betydelig klinisk betydning. Den moderne psykiatriske praksis synes at vise, at det i det første stadium af symptomatisk drikkeri i mange tilfælde er muligt at tage sig af den tilgrundliggende årsag, som har fremkaldt symptomet. Hvis dette sker med godt resultat, kan patienten genoptage mådeholden »kontrolleret« alkoholnydelse, således som det måske har været hans sædvane, før han begyndte på sin drikkeperiode. Men i det andet stadium, som her er blevet omtalt som addiktivt drikkeri, er ikke alene prognosen langt alvorligere og behandlingen vanskeligere, men selve behandlingens formål må ændres. Det må erkendes, at en sådan person ikke kan vente igen at blive i stand til at drikke alkohol i moderat omfang; det må derfor være formålet med behandlingen at nå til fuldstændig afholdenhed. Det er klart, at der hos en sådan person er sket en blivende forandring, og yderligere videnskabelig forskning må påvise, i hvilken udstrækning denne blivende forandring er betinget af psykologiske og fysiopatologiske faktorer.

Erfaringerne i den senere tids forskning går ud på, at alkoholismens såkaldte »addiktive fase« kan have et fysisk grundlag, som kan være af kontinuerlig karakter. Da imidlertid det excessive »symptomatiske« drikkeri, som er en forudsætning for den »addiktive fase«, er psykogen eller sociogen eller begge dele, er psykoterapi uundværlig. Medens der er gjort store fremskridt i forskningen vedrørende det fysiske grundlag for det »ukontrollerede« drikkeri (den addiktive fase), er teorierne stadig for lidet udviklede til at berettigg sådanne udtalelser som, at »problemet vedrørende behandlingen af alkoholisme er rent lægeligt«. Sådanne udtalelser kan kun føre til, at anstrengelserne for at bringe alkoholskadede på ret køl kommer i miskredit, således at deres pårørende lader sig afskrække fra at benytte sig af de muligheder, der for øjeblikket står til deres rådighed, og mange forhåbninger tilintetgøres. Men skønt det ikke udelukkende er et lægeligt problem, må hovedansvaret for initiativet til en tidlig

2) Drug addiction er en for individet og samfundet skadelig tilstand af periodisk eller kronisk forgiftning, frembragt ved gentagen indtagelse af et medikament (naturligt eller syntetisk). Dets karakteristika omfatter:

- a) overvældende begær eller trang (tvang (compulsion)) til at vedblive med at tage stoffet og at skaffe sig det ved ethvert middel;
- b) en tilbøjelighed til at forhøje dosis;
- c) en psykisk (psykologisk) og undertiden en fysisk afhængighed af stoffets virkninger.



behandling af alkoholisme påhvile sundheds- og hospitalsvæsenets personale (health workers).

Bortset fra definitionen af de kliniske stadier i alkoholismen, opstår der mange andre problemer vedrørende definitioner indenfor dette område. F. eks. benyttes udtrykket »tolerans« i den videnskabelige litteratur vedrørende alkoholisme i mange forskellige betydninger. Ud fra et klinisk synspunkt finder komitéen det ønskeligt, at brugen af dette udtryk begrænses til at betegne det indbyrdes forhold mellem den indtagne mængde alkohol og virkningerne heraf på den pågældende person. Tolerans betegner med andre ord *tærskelværdien* af alkoholdosis for en given person, ved hvis overskridelse der indtræder en nedsættelse af den funktionelle ydeevne. I denne betydning falder begrebet tolerans derfor ind under farmakologiens område. Dersom komitéens henstilling om nedsættelse af en underkomité for alkohol under The Expert Committee on Drugs Liable to Produce Addiction måtte blive taget til følge, henstilles det, at problemet om tolerans overfor alkohol i den betydning, hvori udtrykket er defineret ovenfor, henvises til nærmere undersøgelse af denne underkomité.

Et andet udtryk, som hyppigt benyttes i litteraturen om alkoholisme, kræver en nærmere omtale, nemlig udtrykket »helbredt«. Såsnart en person, der har denne lidelse, har passeret det første stadium, »symptomatisk drikkeri«, og er kommet ind i stadiet for addiktivt drikkeri, kan han, således som komitéen har anført ovenfor, ikke forvente påny at blive i stand til at indtage alkohol i moderate kvanta. Når en alkoholskadedt først har nået dette stadium, er »helbredelse« i ordets snævre betydning følgelig umulig. Behandlingens formål er på dette stadium at standse lidelsen ved at muliggøre det for personen at forblive varigt afholdende.

Ved bedømmelsen af de forskellige behandlingsformers effektivitet kan derfor som et mål for det heldige udfald af en behandling, der går ud på at standse lidelsen, benyttes det forholdsmæssige antal af patienter, som er i stand til at forblive afholdende i et forud fastsat tidsrum, men et sådant heldigt resultat bør efter komitéens opfattelse omtales som en procentdel af

»heldigt standsede« tilfælde fremfor »helbredte«. Endvidere finder komitéen, at kriteriet for »heldigt standsede« i megen litteratur om dette emne, er altfor løst. Dette udtryk bør kun benyttes for de patienter, som har været i stand til at holde sig fuldstændig afholdende i adskillige år. Et videnskabeligt arbejde, der som »standsede« anfører tilfælde, der angives fortsat at være afholdende efter så korte tidsrum som tre eller seks måneder, kan ikke tages som et alvorligt bidrag til litteraturen. På den anden side har de mest ansvarsbevidste forskere været tilbøjelige til at benytte meget strenge kriterier og ikke henregnet tilfælde som heldigt standsede, førend afholdenheden har vedvaret i det mindste i 2 eller flere år.

### 3. Problemets omfang og art.

Diskussionen vedrørende den erfaring, som de forskellige komitémedlemmer har gjort i deres respektive lande, gør det øjensynligt, at en international betragtning af alkoholismen vil bringe sider af problemet for dagens lys, som den nationale observatør ikke ville få øje på i sit eget land. Et af disse er den uhyre forskel, der findes i drikkevanerne i forskellige lande, i arten af de drikke, der indtages, og gennemsnittet af de indtagne kvanta i de forskellige befolkninger.

Hvad der gennemsnitlig drikkes af landbefolkningen i Frankrigs vinproducerende distrikter er ganske forskelligt fra, hvad der drikkes af landbefolkningen i Bosnien, hvor den eneste alkoholholdige drik er spiritus, der laves af blommer.

Der er også betydelige forskelle fra det ene land til det andet i det sociale milieus indflydelse på drikkevaner. I nogle lande er bylivet forbundet med et højere forbrug; i andre findes det højeste forbrug på landet. I nogle lande findes et højere alkoholforbrug hovedsageligt i de socialt og økonomisk højerestående klasser, medens forbruget i andre er højest i den laveste ende af den sociale og økonomiske skala. Det er derfor klart, at det ikke er let at udtale noget generelt om alkoholvaner og alkoholforbrug.

Man må være lige så forsigtig med at udtale noget generelt om lidelsen alkoholisme. Det kan f. eks ikke formodes, at sam-

lund med et højere alkoholforbrug pro persona end andre, nødvendigvis som helhed har en større forekomst af personer lidende af alkoholisme. På lignende måde ledsages en ændring i størrelsen af forbruget indenfor en befolkningsgruppe over en vis tidsperiode ikke nødvendigvis af en ændring i tilsvarende retning af hyppigheden af alkoholisme i den pågældende befolkningsgruppe. Som et eksempel herpå kan man nævne, at medens den nedsatte produktion og forbruget af alkoholholdige drikke i Frankrig mellem 1940 og 1945 uden tvivl var ledsaget af en nedgang i hyppigheden af kronisk alkoholisme med organiske komplikationer, er det aldeles ikke sikkert, at nedgangen af det samlede alkoholforbrug i Danmark i samme tidsrum var ledsaget af en nedgang i tilfældene af alkoholisme.

Betragtninger af denne art får komitéen til at lægge stærk vægt på nødvendigheden af, at der i alle lande indføres en landsomfattende statistik over hyppigheden af alkoholisme.

Tidligere i rapporten har komitéen omtalt de tre kliniske stadier i denne lidelses udvikling. Det er klart, at det er langt lettere at få nøjagtige tal over hyppigheden af slutfasen i det tredje stadium, d.v.s. død som følge af kronisk alkoholisme, end det er at få nøjagtige tal over hyppigheden af de tidligere stadier i denne lidelse. Det første skridt til at udarbejde nationale statistikker er derfor en nøjagtig bedømmelse af dødeligheden som følge af levercirrhose og af akut eller kronisk alkoholisme med komplikationer.

Men skønt sådanne tal kunne skaffes med rimelig nøjagtighed i mange lande, er dette ikke tilstrækkeligt til at angive problemets omfang. Det næste skridt må være at udfinde måder til at fastslå omfanget af sygdom forårsaget af alkoholisme med psykoser, neurologiske lidelser o.s.v. Der vil være en betydelig forskel fra land til land i den udstrækning, hvori sådan statistik kan laves. Det vil f. eks. afhænge af, i hvilken udstrækning der er adgang til behandling af sådanne lidelser, af muligheden for at indhente statistiske oplysninger gennem nationale sygeforsikringer, samt af en række forskellige andre faktorer.

Det tredje skridt i tilvejebringelsen af

et statistisk materiale er at få fastslået antallet af addictive drankere, der endnu ikke udviser tegn på blivende organisk skade. Dette er langt vanskeligere at opnå. I betydeligt omfang vil dette være afhængigt af tilvejebringelsen af behandlingsmuligheder for alkoholskadede i sygdommens tidligere stadium, og, hvis der skal opnås nøjagtige oplysninger, kan det endog medføre særligt forskningsarbejde og statistiske undersøgelser af repræsentative grupper (sampling studies). Det er klart, at der i lande, hvor der findes en udstrakt social organisation til resocialisering (rehabilitation) af alkoholskadede, således som det er tilfældet i Sverige, er langt bedre mulighed til at fremskaffe tilstrækkeligt nøjagtige oplysninger om hyppigheden af de tidligere stadier af alkoholismen, end man muligt vil kunne opnå i et land, hvor der kun findes behandlingsmuligheder for personer i lidelsens fremskredne stadier.

Statistiske oplysninger af denne art er af en sådan betydning for udviklingen af nationale, offentlige sundhedsprogrammer til forebyggelse og behandling af alkoholisme, at komitéen kraftigt anbefaler, at WHO arrangerer et møde mellem de meget få eksperter, som har undersøgt alkoholismens statistiske problemer, for at nærværende under-komité på sit næste møde kan få forelagt resultaterne af en sådan arbejdsgruppes diskussion af dette problem.

For øjeblikket må vi se den kendsgerning i øjnene, at kun meget få lande kender selve omfanget af det problem, som denne lidelse i sin groveste form stiller dem overfor. Indtil andre lande kan sammenligne statistiske oplysninger vedrørende dette problem, der er lige så udførlige som de oplysninger, der er tilgængelige i disse få lande, vil de være betydeligt handicappede i deres greb på dette offentlige sundhedsproblem.

Komitéen har med interesse studeret den formel, som dr. Jellinek fra Yale Universitetet har udarbejdet, og som ud fra befolknings- og dødelighedsstatistikker og andre oplysninger, muliggør en temmelig nøjagtig forudsigelse af det antal kroniske alkoholskadede med komplikationer, der sandsynligvis vil forekomme i de forskellige stater i U.S.A.. Denne formel er imidlertid blevet udarbejdet ud fra den statistiske undersøgelse af problemet blot i en begrænset

verden og kan derfor kun forventes at være gyldig inden for dette område<sup>3</sup>).

#### 4. Behandlingsmuligheder for alkoholskadede.

I veludviklede lande er der i vekslende grad tilvejebragt behandlingsmuligheder for fremskredne tilfælde af alkoholisme og navnlig for de tilfælde, som frembyder komplikationer i form af varig organisk eller psykologisk skade. I visse lande er der ad lovgivningens vej tilvejebragt midler, hvorved alkoholskadede i et fremskredent stadium kan tvinges til at underkaste sig behandling; i nogle lande kan sådan tvang kun bringes til anvendelse, dersom den alkoholskadedes adfærd har medført overtrædelse af straffeloven, og i andre lande er der ingen mulighed for at tvinge en alkoholskadede til at underkaste sig behandling, medmindre hans mentale tilstand er således, at han falder ind under lovgivningen om tvangsindlæggelse af sindssyge personer.

Det er imidlertid klart, at samfundet sædvanligvis ikke vil være indstillet på at tvinge en person til at underkaste sig behandling, før hans lidelse er blevet let erkendelig og - følgelig - vidt fremskreden. Det kan derfor i almindelighed siges, at hvor ønskeligt det end måtte være at beskytte samfundet mod den alkoholskadede, kan der ved lovmæssige foranstaltninger alene kun gøres meget lidt for at bringe lette tilfælde af alkoholisme i deres tidlige og derfor fra et behandlingsmæssigt standpunkt mere gunstige stadier frem for dagens lys.

Det er komitéens overbevisning, at poliklinikker er nødvendige for at behandle tilfælde af alkoholisme i de tidligste stadier, og at sådanne klinikker i disse tidligere stadier kan give tilfredsstillende resultat i et stort antal tilfælde. En sådan poliklinik anbringes formentlig bedst i et veludstyret centralhospital (general hospital), eller også kan den forefindes som selvstændig institution. Det er imidlertid meget tvivlsomt, om det nogensinde er ønskeligt at forbinde en poliklinik for alkohollidelser i deres tidlige stadium med et sindssygehospital, der

hovedsageligt beskæftiger sig med behandlingen af psykoserne, selv om det er klart, at der vil være mindre modvilje mod at knytte den til en psykiatrisk afdeling på et centralhospital, dersom denne afdeling hovedsagelig behandler akutte og helbredelige psykiske lidelser. Men uanset hvor en sådan klinik anbringes, er det nødvendigt for dens succes, at den anlægges som en medicinsk institution med alt, hvad dette medfører i retning af direkte kontakt mellem læge og patient. Inden for denne ramme og ved sådanne tidlige tilfælde er ambulante behandling med godt resultat mulig for en meget høj procentdel af tilfældene, og spørgsmålet om hospitalsindlæggelse behøver sjældent at tages under overvejelse.

Det er ikke gået ind i den almindelige bevidsthed, at en poliklinik for alkoholskadede kan indrettes på et centralhospital for en meget lille udgift med udnyttelse af det eksisterende apparat. Klinikken (alcoholic dispensary) er det centrum, hvor både diagnosen stilles og behandlingen foretages, men mange af de hjælpemidler, som er nødvendige, er allerede til stede på centralhospitalet. En yderligere fordel ved at knytte klinikken til et centralhospital ligger i den udstrækning, i hvilken den er en opdragende faktor, der udøver indflydelse på selve hospitalspersonalet og den enkelte læges indstilling overfor den alkoholskadede, samt de muligheder, der tilvejebringes både for forskning og undervisning. Af disse grunde indebærer klinikken ved det almindelige sygehus betydelige fordele. En sådan klinik bør fortrinsvis ledes af en psykiater, der er særlig interesseret i behandlingen af alkoholisme i dens tidlige stadier, men hvis en sådan person ikke forefindes, er det klart, at en interesseret almindelig læge er mere effektiv end en psykiater, som ikke er specielt interesseret i problemet.

En sådan polikliniks arbejde vil imidlertid ikke blive vellykket, medmindre personalet er i stand til i deres arbejde at etablere samarbejde med og støtte fra alle led i samfundet. Erfaringen har vist, at kun et mindretal af tilfældene bliver henvist til

Beregninger af tallet for alkoholskadede og redegørelse for de i Jellineks formel benyttede principper er af komitéen trykt som bilag A og B til dennes rapport. Udvalget har imidlertid så væsentlige indvendinger mod værdien af disse beregninger, specielt for danske forhold, at man ikke har ment det af betydning at oversætte dem til dansk. Interesserede kan henvise til den engelske rapport.

sådanne poliklinikker af læger, men der er mange andre forskellige henvisningsled inden for samfundet, som må gøres interesserede i og blive belært om den betydning, som klinikken kan få. Disse led kan omfatte de retshåndhævende myndigheder, sociale institutioner, det offentlige sundhedsvæsens personale, som f. eks. hjemmesygeplejersker, fagforeningsfunktionærer og præster.

På nærværende tidspunkt har mange lande anset det for nødvendigt at indrette anstalter til behandling af alkoholskadede. Komitéen mener, at hvis der i tilstrækkelig udstrækning oprettes polikliniske afdelinger ved centralhospitaller til ambulantly behandling af alkoholisme i dens tidligste stadier, vil trangen til særlige anstalter for alkoholskadede efterhånden formindskes, idet man kan forvente tilfredsstillende terapeutiske resultater ved poliklinisk behandling af tilfælde i et tidligt stadium, og mange af de tilfælde, der viser sig utilgængelige for behandling på dette tidlige stadium, vil vise sig at være de tilfælde, som enten psykiatriske afdelinger eller straffeanstalter på et senere tidspunkt vil komme til at beskæftige sig med.

Jævnside med oprettelsen af disse afdelinger for behandling af alkoholisme på et tidligt stadium, kan det offentlige sundhedsvæsen også hjælpe til at forbedre den lægelige og videnskabelige standard af det arbejde, der vidføres i særlige anstalter for mere fremskredne tilfælde, som ikke-lægelige frivillige organisationer tidligere i mange lande har tilvejebragt ved prisværdig foretagsomhed og på et tidspunkt, da den offentlige sundhedstjeneste ikke foretog sig noget for at søge at løse dette spørgsmål. Selv om det er klart, at mange af disse anstalter for kroniske patienter på udmærket måde kan ledes af ikke-lægeligt uddannede personer, mener komitéen, at disse ikke-lægeligt uddannede personer for at forstå alkoholismens problemer bør uddannes særligt, og at deres arbejde bør udføres under lægeligt tilsyn.

##### 5. Behandlingsmåder.

Hovedvægten ved arbejdet i poliklinikken for alkoholskadede må lægges i det rent

lægelige synspunkt, navnlig ved at komme den pågældende persons problemer i møde ved konsultation hos en læge, som tilbyder sin hjælp uden nogensomhelst indblanding af moralsk bedømmelse.

Det bærende i klinikkens principper må være diagnosen af de indre og ydre faktorer, som synes at have fremkaldt konflikten, og den måde, hvorpå man forsøger at løse dem både ved psykoterapi og de forskellige former for socialt hjælpearbejde. Imidlertid er der i de senere år sket betydelige fremskridt af farmakologisk art, som komitéen mener at burde omtale nærmere. Det, som har vakt størst interesse, er tetraethylthiuramdisulfid<sup>4</sup>). Det sælges under forskellige indregistrerede betegnelser i de forskellige lande. En person, som får en vedligeholdelsesdosis af dette præparat, er ude af stand til at indtage alkoholholdige drikke, uden at der indtræder svære somatiske reaktioner. Selv om dets anvendelse i nogen grad er på det forsøgsmæssige stadium, er det ved at være klart, at brugen af dette medikament er en værdifuld hjælp i behandlingen af alkoholisme anvendt af behørigt kvalificerede læger over for veludvalgte tilfælde, d.v.s. tilfælde uden påviselige abnormiteter eller beskadigelser af lever eller hjerte, samt hvor der er et ægte og adækvat motiveret ønske om helbredelse. Det må imidlertid erindres, at det drejer sig om et stærkt og farligt medikament. Det bør ikke bruges af lægfolk. Det bør kun være tilgængeligt for læger; og bør fortrinsvis være forbeholdt tilfælde, hvor det er muligt at etablere et stadigt tilsyn af læger, som har speciel erfaring i behandlingen af alkoholismens problemer, og selv med disse forsigtighedsregler må man huske på, at der fra tid til anden vil forekomme tilfælde, hvor en patient kan blive udsat for en alvorlig chocktilstand, fordi han har indtaget alkohol, medens han var under påvirkning af medikamentet.

Komitéen er også enig om, at denne medikamentelle hjælp i behandlingen af alkoholisme overfor mere fremskredne tilfælde af addiktivt drikkeri er mindre resultatrig, omend stadig af værdi. Hvor den svigter, kan andre metoder, som f. eks. de forskellige former for aversionsbehandling (base-

4) Underkomitéen anbefaler, at WHO tager et initiativ til at opnå en overenskomst om et fælles navn på dette medikament

ret på brugen af apomorfine eller amfetamin) være af betydelig værdi. Det er imidlertid vigtigt påny at understrege, at ingen af disse farmaceutiske præparater er »kure« for alkoholisme. Grundlaget for behandlingen af sygdommen må først og fremmest være en almindelig behandlingsplan, omfattende psykoterapi, sagkyndigt socialt arbejde og alle lægevidenskabens almindelige hjælpemidler.

Det er sandsynligt, at de nylig gjorte fremskridt inden for endocrinologien vil kunne yde en yderligere hjælp i behandlingen af nogle af alkoholismens akutte kliniske problemer. ACTH og Cortisone skal efter meddelelser i litteraturen være af betydelig værdi overfor tilfælde af delirium tremens, akut rus, ja selv Korsakoffs psykose. Hvis disse resultater bekræftes af andre forskere, vil det tydeligt være en stor hjælp for behandlingen af alkoholiske komplikationer af denne art.

## 6. Undervisning og uddannelse.

Læger, sygeplejersker og hospitalssocialrådgivere (medical social workers) får kun i få lande under deres elementære uddannelse en passende undervisning i emnet alkoholisme. Selv om dette forsøges, er uddannelsen sædvanligt af didaktisk art, i form af forelæsninger. Det er derfor ikke overraskende, at flertallet af læger og sygeplejersker i de fleste lande er dårligt udrustede til at rådgive i kliniske spørgsmål inden for dette område. Det er vigtigt at få dette fag indført som et obligatorisk fag i lægers, sygeplejerskers og hospitalssocialrådgiveres uddannelse og oprettelsen af klinikker for alkoholskadede ved centralhospitaler (og særligt ved undervisningshospitaler) skaffer ikke alene disse patienter behandling, men muliggør den eneste form for undervisning som kan give hospitalsmedarbejderne en virkelig forståelse af spørgsmålet, nemlig klinisk undervisning. Sådanne klinikker kan også spille en vigtig opdragende rolle i hele det samfund, som de tjener, og de bør påtage sig en uddannelsesmæssig forpligtelse både overfor professionelle grupper uden for den egentlige medicin og over for lægemandsorganisationer.

## 7. Videnskabelig oplysning.

Forskningen og behandlingen inden for

alkoholismens område er i øjeblikket stærkt handicappet af de forholdsvis isolerede forhold, hvorunder de fleste specialister inden for dette område arbejder. WHO kan yde et vigtigt bidrag ved at udarbejde og offentliggøre systematisk ordnede bibliografier over litteraturen. En anden ting, som de personer, der arbejder på dette område, mangler, er en omfattende og vel katalogiseret resumésamling. Selv om der i U.S.A. findes en sådan samling, er der ikke nogen omfattende samling i noget andet land i verden. For en forholdsvis ringe udgift ville det være muligt for organisationen at modtage og til vigtige centre at udsende genpartier af den samling, som Quarterly Journal of Studies of Alcoholism opretholder. Komiteen anbefaler stærkt, at dette gøres.

Yderligere er der brug for en international organisation til at samle alle personer beskæftiget med videnskabelig forskning og behandling inden for dette område. For øjeblikket findes der ikke nogen sådan organisation. Komiteen opfordrer indtrængende WHO til at gøre alt, hvad der står i dens magt for at bidrage til oprettelsen af en *teknisk*, ikke-officiel (non-governmental) organisation, som kunne samle i internationalt plan alle i dette spørgsmål interesserede *jaglige* og *videnskabelige* foreninger og alle personer, der arbejder som eksperter inden for dette område.

Organisationen kunne også på forskellig måde hjælpe til ved udbredelsen af videnskabelige oplysninger. Flere lande er således i øjeblikket i gang med at udarbejde planer til en landsomfattende forebyggelse og behandling af alkoholismen, og ser gerne, at eksperter omhyggeligt redegjorde for de betydeligste fremskridt i andre lande. Underkomiteén anbefaler derfor, at organisationen støtter dannelsen af en rejsende studiegruppe bestående af eksperter, der i deres faglige egenskab er beskæftiget med de forskellige sider i behandlingen af alkoholproblemet, og som skulle studere de sidste fremskridt i den tidlige behandling og den sociale kontrol, og til offentliggørelse gennem organisationen udarbejde en udførlig oversigt over disse fremskridt. Et sådant dokument ville være uvurderligt for sundhedsmyndighederne i mange af organisationens medlemsstater. Endvidere anbefaler underkomiteén, at organisationen deltager

i afholdelsen af korte kurser af nogle ugers varighed for personer, der i deres faglige egenskab er beskæftiget med alkoholismens problemer. Dette er et arbejde, som udmærket kunne udføres i samarbejde med F.N. og andre specielle organisationer.

#### 8. Frivillige organisationer.

Skønt lægmandsorganisationer, som arbejder for afholdenhed, har virket i mange år, har oprettelsen af »Alcoholics Anonymous« i U.S.A. skabt forbilledet for en organisation, som afviger betydeligt fra de forud bestående afholdsforeninger. Medlemskabet af Alcoholics Anonymous er begrænset til alkoholskadede, som har været i stand til at blive eller forsøger at blive afholdende. Denne forening er af den anskuelse, at en afholdende alkoholskadede sandsynligvis er den person, som bedst er i stand til at hjælpe en anden alkoholskadede til at blive afholdende, og den alkoholskadedes bedste håb om fortsat at kunne være afholdende ligger i at hjælpe andre til at nå dertil.

Skønt denne bevægelses erfaring er begrænset til forholdsvis få lande udenfor U.S.A., anses den af mange læger, som beskæftiger sig med behandlingen af alkoholismen, og som har haft erfaring fra bevægelsens arbejde, for at være det mest lovende fremskridt i måden at behandle denne lidelse på. På den anden side er det blevet betvivlet, hvorvidt en sådan organisation uden ændringer kan overføres til samfund, hvis kulturtraditioner er meget afvigende fra det samfund, hvor den er opstået. Spørgsmålet kan kun blive besvaret gennem fornuftige forsøg. Hvad der derimod ganske klart kan overføres til andre omgivelser, er forsøget på hos den alkoholskadede, som er blevet afholdende, at søge at vække interessen for opgaven at hjælpe sådanne personer, som ikke er nået så langt.

#### 9. Afsluttende bemærkninger.

Underkomitéen beklager, at den ikke var i stand til at beskæftige sig med adskillige punkter på dagsordenen for dens første møde. Det forekom imidlertid ved begyndelsen af WHO's arbejde inden for dette område vigtigt at samle sig om en udtømmende diskussion af de almindelige principper, som bør ligge til grund for et sådant pro-

gram. Der er dog endnu mange forhold, som kræver indgående diskussion, hvis man skal kunne udforme en velbegrunnet vejledning som grundlag for WHO's fremtidige arbejde. Komitéen anbefaler derfor indtrængende, at der gives den mulighed herfor snarest muligt ved indkaldelse til et andet møde.

Endelig ønsker medlemmerne af underkomitéen at udtrykke deres påskønnelse af det store arbejde, Dr. E. M. Jellinek, WHO's rådgiver i alkoholsager, har nedlagt i forberedelsen af deres møde, samt deres dybe beklagelse af, at hans sygdom i sidste øjeblik har berøvet dem fordelene af hans deltagelse i diskussionen.

#### 10. Resumé af henstillingerne.

- Afsnit 1. a. at WHO skal opmuntre sundhedsmyndighederne til at påtage sig den lægelige forebyggelse og tidlige behandling af alkoholismen.
- b. at WHO på dette område bør sørge for hjælp af rådgivningsmæssig, undervisningsmæssig eller anden art.
- Afsnit 2. a. at der under the Expert Committee on Drugs Liable to Produce Addiction nedsættes en underkomité for alkohol (til forskel fra alkoholisme).
- b. at denne underkomité studerer ændringer i stofskiftet ved alkoholisme.
- c. at den tillige studerer de fysiologiske spørgsmål vedrørende alkoholtoleransen.
- d. at udtrykket »heldigt standset« benyttes fremfor »helbredelse« i tilfælde af addiktivt drikkeri, som er blevet behandlet med godt resultat, og at kriteriet for et sådant resultat baseres på flere års vedvarende afholdenhed.
- Afsnit 3. a. at alle lande udarbejder en landsomfattende statistik over alkoholisme.
- b. at en lille arbejdsgruppe af eksperter med særlig erfaring i dette emne diskuterer dette

spørgsmål, før underkomitéen for alkoholisme afholder sit næste møde.

Afsnit 4. a. at der ved centralhospitalerne oprettes poliklinikker for alkoholisme.

b. at ikke-lægeligt uddannede personer, der leder anstalter for gennem lang tid bestående tilfælde af alkoholisme, bør have særlig uddannelse og arbejde under lægeligt tilsyn.

Afsnit 5. a. at WHO bør tage initiativet til at opnå international godkendelse af et fælles navn for tetraethylthiuramdisulfid.

b. at dette medikament ikke bør benyttes af lægfolk; at det kun bør være tilgængeligt for læger og kun benyttes i tilfælde, hvor stadigt tilsyn af læger med erfaring i spørgsmål vedrørende alkoholisme er muligt.

c. at der foretages yderligere forskningsarbejde vedrørende den behandlingsmæssige værdi af ACTH og Cortisone med hensyn til nogle af alkoholismens kliniske problemer.

Afsnit 6. a. at undervisning i faget alkoholisme indbefattes i uddannelsen af alle læger, sygeplejersker og hospitalsrådgivere.

b. at alkoholpoliklinikkerne ved centralhospitalerne benyttes til den kliniske undervisning i dette fag.

Afsnit 7. a. at WHO udgiver en systematisk bibliografi om alkoholisme.

b. at WHO stiller sæt af den samling af resuméer vedrørende alkoholisme, som findes på Yale Universitetet til rådighed for vigtige centre i forskellige egne af verden.

c. at WHO søger oprettet en international organisation, som skulle forene de faglige og videnskabelige sammenslutninger og individuelle eksperter, som beskæftiger sig med alkoholisme.

d. at WHO foranlediger oprettelsen af en rejsende studiegruppe for alkoholisme, der skal gennemgå og afgive rapport om nyere fremskridt inden for forebyggelsen og behandlingen af dette problem.

e. at WHO medvirker til at holde korte kurser for personer, som fagligt er beskæftiget med spørgsmålet alkoholisme.

Afsnit 9. a. at underkomitéen for alkoholisme i en nær fremtid indkaldes til et andet møde.

## II. Oversættelse af rapport vedrørende andet møde i underkomitéen for alkoholisme under WHO's ekspertkomité vedrørende mentalhygiejne d. 15.—20. oktober 1951.

Ved komiteens 2. møde deltog foruden medlemmerne fra det første møde professor Ignacio Matte, professor i psykiatri, Chiles universitet, Santiago, Chile.

### 1. Indledning.

Dr. G. R. Hargreaves, chef for afdelingen for mentalhygiejne i WHO, overbragte en hilsen fra WHO's generaldirektør.

Komitéen valgte enstemmigt dr. Max Schmidt til formand, dr. Robert Fleming til næstformand og professor Ignacio Matte til rapportør for komitéen.

I modsætning til de mere almindelige og teoretiske drøftelser på første møde havde man i dagsordenen for andet møde lagt mere vægt på praktiske og specielle sider af problemet om alkoholskader. Komitéen anser det for en af sine vigtigste opgaver at fremkomme med forslag om tilvejebringelse af muligheder for at bringe alkoholskadede på ret køl. Uden at undervurdere den forebyggende side af spørgsmålet er komitéen af den opfattelse, at fremskridt i de forskellige faser af dette problem kun er mulig, når det store antal af alkoholskadede over hele verden er blevet betydeligt formindsket ved et omfattende revalideringsarbejde.

Komitéen ønsker ligeledes at fremhæve, at behandlingen af alkoholisme omfatter et forebyggende element, i særdeleshed gennem en velvillig omtale i presse, radio m. v., som sådanne bestræbelser uundgåeligt fører med sig. Når offentligheden bliver klar over, at alkoholisme er en sygdom, kan man forvente en mere omfattende akceptering af forebyggende foranstaltninger.

### 2. Behandlingsmuligheder.

Komitéens overvejelser konkluderer i, at den offentlige forsyng for alkoholskadede må ske i fire tempi. Disse behandlingsstadier bestemmes af den fase, den alkoholiske

proces er nået, og omfanget af de sjælelige forstyrrelser.

Man kan i store træk skelne mellem følgende stadier:

- a) Tidligt stadium af alkoholisme, der ikke er af udpræget neurotisk oprindelse.
- b) Alkoholisme i mellemstadierne og alkoholisme med udpræget neurotiske kendetegn.
- c) Alkoholisme i det kroniske stadium og alkoholisme i forbindelse med en psykose.
- d) Tilsyneladende uhelbredelig alkoholisme.

#### a. Poliklinikker.

Det første stadium, nemlig behandlingen af begyndende alkoholisme og af alkoholisme uden alvorlige sjælelige forstyrrelser, kræver snarere en poliklinik i forbindelse med et centralhospital end et sindssygehospital. Alkoholskadede i de tidlige stadier af sygdommen samt alkoholskadede med alvorlige neurotiske forstyrrelser vil nødtigt gå til ambulant behandling på sindssygehospitaller i lande, hvor dette medfører, at de i folks bevidsthed vil blive anset for sindssyge.

Som følge af manglen på sådanne poliklinikker har mange psykiatere, der behandler alkoholskadede, ingen erfaring i behandlingen af dem, der befinder sig i begyndelsesstadiet, eller hvis sygdom er ukompliceret, og mange tidligere forestillinger om behandling af alkoholisme beror udelukkende på erfaringer med hensyn til alkoholisme på et sent stadium med komplikationer.

Omfanget og arten af den nødvendige psykoterapi beror både på det stadium i den alkoholiske proces, patienten har nået, og på omfanget af neurotiske eller psykiske forstyrrelser.

Da den til centralhospitalet knyttede poliklinik kun skal behandle de tidlige og ukomplicerede tilfælde, der udgør største-



delen af samtlige tilfælde, vil de psykoterapeutiske behov i en sådan klinik være meget små. I det store og hele vil der faktisk kun være brug for såkaldt »støttende« psykoterapi, tilstrækkelig til at fremkalde og styrke den alkoholskadedes ønske om at holde op med at drikke. Denne består i genoprettelse af selvrespekten og selvtilliden, en svækkelse af den skyldfølelse, der opstår af drikkeriet, og vejledning for den alkoholskadede med hensyn til den levevis, der vil gøre det muligt for ham at klare sig uden alkohol. Den kræver ligeledes en fuld forståelse fra patientens side af, at han ikke kan tillade sig nogen form for drikkeri uden at falde tilbage til svær alkoholisme.

Denne art støttende psykoterapi kræver ikke nogen specialist i psykiatri, omend personalet helst skulle ledes af en psykiater.

Såfremt der ikke kan fremskaffes en psykiater, kan en sådan poliklinik ledes af en læge, der er stærkt interesseret i alkoholskadede, og som er nogenlunde fortrolig med psykiatriske principper. Som medhjælp bør denne læge som minimum have en heltidsbeskæftiget socialrådgiver og en sekretær; desuden skulle der helst være en uddannet sygeplejerske. Såfremt økonomien tillader det, vil det være ønskeligt at have endnu en socialrådgiver, i særdeleshed med henblik på fortsat kontrol med udskrevne patienter. Såfremt poliklinikken samtidig skal fungere som diagnosestation, må det anses for absolut påkrævet at have en psykiater blandt personalet.

I hvert tilfælde skal der drages omsorg for, at den legemlige undersøgelse finder sted på den medicinske poliklinik, og der bør gives patienten anvisning på den kur, der herefter må anses for hensigtsmæssig. For så vidt angår de mere alvorlige sygdomstilfælde, som er ret sjældne på dette stadium, er henvisning til hospitalsbehandling naturligvis nødvendig.

Spørgsmålet om, hvorvidt lægens tilstedeværelse er påkrævet 2 halve dage eller 4-5 halve dage om ugen, vil afhænge af, hvilke andre behandlingsmuligheder der findes på stedet. Såfremt der findes en »Alcoholics Anonymous group« i den pågældende by eller i nærheden, vil henvisning til denne gruppe kunne finde sted efter 4-5 konsultationer, og i så fald vil det være tilstrækkeligt, at lægen er til stede 2 halve dage om

ugen. Hvis der derimod, således som det er tilfældet i de fleste lande, ikke findes »Alcoholics Anonymous groups«, vil det gennemsnitlige antal konsultationer pr. patient andrage ca. 12 samtaler, som vil kræve lægens tilstedeværelse 5 halve dage om ugen. En poliklinik af denne art kan behandle ca. 100 nye alkoholpatienter om året og kan til stadighed behandle ca. 150 patienter.

I betragtning af det stort antal alkoholskadede, der kan behandles på denne måde, ser det ud til, at nødvendigheden af hospitalsenge og særlige hospitalsafdelinger til behandling af kronisk alkoholisme er blevet meget overvurderet. Ganske vist er øjeblikkelig hospitalsindlæggelse absolut påkrævet, når det drejer sig om akut alkoholisme eller en alkoholpsykose, men sådanne tilfælde er snarere undtagelsen end reglen. Det er uklogt (og desuden unødvendigt) at tilvejebringe behandlingsmuligheder for et stort antal alkoholskadede på et *hospital*, omend det er ønskeligt at have sådanne behandlingsmuligheder for de enkelte tilfælde, hvor hospitalsbehandling er påkrævet. Den til et centralhospital knyttede poliklinik er ideel til behandling af de fleste ukomplicerede alkoholismetilfælde. Fra patientens synspunkt er de lægelige sider af problemet de vigtigste, og det er ganske i sin orden. Fra lægens synspunkt er det nærliggende over for den ambulante patient at gøre brug af alle de mange hjælpemidler med hensyn til diagnose og særlig behandling, som et moderne hospital råder over. Disse hjælpemidler omfatter laboratorieteknik, røntgenstråler, særlige klinikker, f. eks. for gynækologiske, allergiske, dermatologiske og endocrinologiske sygdomme, et journalsystem og konsultationsværelser. Alle de sindrige apparater, der findes til behandling af syge mennesker, er allerede installeret og fungerer, så en klinik for alkoholskadede kan indrettes med ubetydelige eller ingen ændringer af det bestående apparat. Inden for sådanne rammer er det muligt let og effektivt at behandle de fleste af de problemer, der opstår ved behandlingen af de enkelte alkoholskadede.

Af uddannelsesmæssige grunde vil det være ønskeligt for hospitalets medicinske personale, især for turnuskandidaterne og de medicinske studenter, at have en velor-

ga nisei et forbindelse med det kliniske materiale. Patienter med alkoholskader frembyder mange interessante og ægte problemer for lægelige undersøgelser og forskningsarbejde. En af opgaverne for en klinik for alkoholskadede på et centralhospital er at tilvejebringe mulighederne for let og rutinemæssigt at stille patienterne til rådighed for forsknings- og undervisningsformål.

Ved bedømmelsen af den tid, det arbejde og de udgifter, der er forbundet med behandling af alkoholskadede bør man benytte det tidlige og ukomplicerede stadium af alkoholismen som grundlag, da sådanne **patienter** udgør størstedelen af samtlige alkoholskadede.

#### *b. Behandlingsmuligheder på det andet stadium af sygdommen.*

Det forudsættes overalt i det følgende, at man tager sig af patientens fysiske tilstand, og at der efter indikation anvendes medicinske hjælpemidler (ydelse af hormonpræparater, vitaminer, disulfiram, betinget refluksbehandling o.s.v.).

På det andet stadium af den offentlige behandling er en intensiv psykoterapi påkrævet. Såfremt man med held skal hjælpe den alkoholskadede, hvis drikkeri skyldes en svær neurose, til at leve uden alkohol, vil det være nødvendigt at få ham til at forstå de konflikter, som han prøver at løse ved hjælp af alkohol, og at gennemføre en følelsesmæssig tilpasning, som kan overflødiggøre brugen af kunstige midler.

En indgående undersøgelse af patientens reaktioner er også indiceret, selv om der ikke foreligger nogen svær neurose, men hvor patienten er nået til et punkt, hvor hans drikkeri har ødelagt hans forhold til andre mennesker. På dette punkt fører enerverende oplevelser i omgangen med andre mennesker og en styrkelse af skyldfølelsen patienten til en fuldkommen egocentriske udlæggelse af hans forhold til omgivelserne. Man kan sige, at der udvikler sig et ekstra eller sekundært neurotisk reaktionsmønster, der kræver helbredelse ved psykiatriske midler.

På dette stadium er behandlingen af alkoholskadede mulig i ethvert samfund, der råder over en psykiatrisk eller psykoanalytisk poliklinik eller en klinik for mentalhy-

giejne. I virkeligheden har alkoholskadede dog sjældent adgang til disse klinikker på grund af modstand fra personalets side mod at modtage disse patienter. Modtagelse af alkoholskadede betragtes som et indgreb i disse klinikkers hovedopgave. Som regel ønsker personalet ikke at give adgang for alkoholskadede, fordi de frygter en stor tilgang af patienter.

Som følge af denne indstilling vil det være ønskeligt at udvide personalet med en psykiater og en socialrådgiver, som er særlig interesseret i alkoholisme, hvis sådanne bestående psykiatriske eller mentalhygiejniske klinikker pludselig skulle blive åbnet for alkoholskadede.

I almindelighed kan det være ønskeligt at samle behandlingen af alkoholskadede på de to første stadier i en klinik fremfor at prøve på at overtale psykiatriske og mentalhygiejniske klinikker til at udstrække deres arbejde til at omfatte alkoholskadede.

Såfremt en sådan samling gennemføres, må poliklinikkens personale omfatte 1 halvdagsbeskæftiget psykiater, 1 heltidsbeskæftiget psykiatrisk assistent, 1 halvdagsbeskæftiget turnuskandidat, 2 heldagsbeskæftigede socialrådgivere og 1 heltidsbeskæftiget sekretær. Det bør om muligt overvejes at ansætte en klinisk psykolog til foretagelse og bedømmelse af prøver. En klinik af denne art vil kunne behandle 350-400 alkoholskadede pr. år.

#### *c. Behandling på tredje og fjerde stadium.*

På tredje og fjerde stadium er hospitalsbehandling på offentlige sindssygehospitaller nødvendig. I mange lande modtager sindssygehospitallerne kun alkoholskadede, når tilstedeværelsen af en psykose er konstateret. Det anbefales at foretage en ændring af de herhenhørende lovbestemmelser, således at disse hospitaler kan modtage alkoholskadede uden psykose, der falder inden for de på tredje og fjerde stadium beskrevne kategorier.

På fjerde stadium synes den eneste udvej at være forvaringsforsorg; dog kan det undertiden ske, at patientens tilstand bliver forkert bedømt, og der må derfor træffes foranstaltninger til at sikre en periodisk revision af diagnosen. Patienter, der er anbragt i forvaring, kan eventuelt henvises til aktiv terapi.

Det er ønskeligt, at der opretholdes kontakt og samarbejde mellem klinikker og hospitaler på de forskellige behandlingsstadier, og der bør være mulighed for henvisninger fra een institution til en anden.

#### *cl. Andre revalideringsforanstaltninger.*

De klinikker, der tager sig af revalidering af alkoholskadede, bør søge gensidigt samarbejde med sociale styrelser og selskaber, erhvervsvejlednings- og arbejdsanvisningskontorer, særlige klinikker, domstolene, politiet og fængselmyndighederne.

Såfremt det ikke er muligt at oprette »Alcoholics Anonymous groups«, bør der tilvejebringes en eller anden art af gruppevirksomhed for alkoholskadede og deres slægtninge. Det bør erkendes, at de alkoholskadedes familier har behov for rådgivning og hjælp og undertiden for revalidering.

Komiteén henstiller, at lægerne medvirker til at oprette grupper af »Alcoholics Anonymous« inden for deres område. Dette kan kun opnås ved at tilskynde patienter til at organisere sådanne grupper og tilsige grupperne deres medvirken. Lægen må imidlertid være klar over, at »Alcoholics Anonymous groups« kun bør og kan drives af helbredte alkoholskadede, og han bør derfor ikke forsøge på at give anvisninger med hensyn til gruppens arbejde. Når først gruppen er oprettet, kan lægerne holde den beskæftiget ved at henvise flere og flere alkoholskadede til den.

#### *e. Udvalgelse og uddannelse af klinikpersonale.*

Komiteén har overvejet, hvilke egenskaber og betingelser der bør kræves ved udvælgelse af klinikpersonale, der arbejder med alkoholskadede.

Nogle myndigheder har erklæret, at den terapeut, der behandler alkoholskadede, bør være afholdsmand. Dette synspunkt synes at være antaget i et eller to lande. Komiteén mener, at det er uden betydning, om terapeuten er totalt afholdende eller ej, sålænge han eller hun ikke har ord for enten overdreven nydelse af alkoholiske drikke eller for en kritisk indstilling over for enhver form for alkohol. Man mener, at en sådan kritisk indstilling udelukker en

forstående holdning over for den alkoholskadede.

De personer, der er beskæftiget på klinikker for alkoholskadede, bør have en god forståelse af forholdet til offentligheden, da offentlighedens velvillige indstilling er af væsentlig betydning for fortsættelsen af disse institutioner, som i hvert fald i begyndelsen kan blive mødt med mistillid.

#### *f. Problemets rækkevidde.*

Komiteén har lagt vægt på en ambulant behandling af alkoholskadede på de to første stadier, d.v.s. for størstedelen af de alkoholskadede. Inden for visse lægekredse mener man, at en langt mere indgående behandling er påkrævet, og at alle alkoholskadede bør afsondres i adskillige uger. Komiteén er af den opfattelse, at en sådan indstilling er urealistisk, da antallet af alkoholskadede er meget stort; det er kun en brøkdel af en procent, der kan betale udgifterne ved en indgående behandling, og man må endvidere tage i betragtning, at de fleste alkoholskadede på første og andet stadium, stik imod den almindelige antagelse, stadig passer deres arbejde, og, omend deres indtjeningssevne er nedsat, bidrager de dog til familiens underhold. En afsondring af alle disse mennesker i adskillige uger vil skabe et nyt problem, et problem af økonomisk art, nemlig spørgsmålet om underhold af den hospitalsindlagte alkoholskadedes familie. Den erfaring, man har indvundet på poliklinikkerne, og i særdeleshed »Alcoholics Anonymous groups« erfaringer, er et tilstrækkeligt vidnesbyrd om, at hospitalsindlæggelse, der udelukkende har afsondring til formål, i de fleste tilfælde er unødvendig.

Det bør ligeledes erindres, at alkoholismens omfang konsekvent bliver undervurderet af sundhedsmyndighederne i de fleste lande. I mange lande er antallet af voksne mænd, der har behov for behandling for alkoholisme, flere hundrede procent større end antallet af dem, der trænger til behandling for tuberkulose. Alkoholismen koster mange lande et enormt beløb. En revalidering af disse alkoholskadede koster derfor samfundet langt mindre end at lade dem gå uden behandling eller at behandle dem gennem straffeforanstaltninger.

### 3. Disulfiram.

Lægemidlet disulfiram er blot et af de mange hjælpemidler i behandlingen af alkoholskadede. Det er ikke nogen helbredende foranstaltning i sig selv, og det er heller ikke egnet til brug i alle tilfælde. I omhyggeligt udvalgte tilfælde er dets værdi dog så stor, at komitéen har anset det for umagen værd i enkeltheder at drøfte dets anvendelse. I de tilfælde, hvor det ikke har virket, har grunden været den, at man har tvunget patienter, for hvem dette lægemiddel ikke var egnet, til at tage det. Den vigtigste forudsætning for udvælgelse af patienter til behandling med dette middel er tierfor i almindelighed, skønt der er visse undtagelser, at de nærer et oprigtigt ønske om at blive hjulpet, og at de erkender deres manglende evne til at vise mådehold i deres drikkeri. Skønt de bedste resultater opnås med patienter, som af sig selv har søgt hjælp, uden at de af andre er blevet tilskyndet til at søge helbredelse, vil ikke alle sådanne patienter blive fundet egnede. Fra et psykiatrisk synspunkt er visse typer, hvis personlighed afviger fra det normale (især hysteriske typer eller individer, der føler, at de ikke slår til) samt åndssvage, ikke i almindelighed modtagelige for disulfiram. Selv her er der dog undtagelser.

Også patientens fysiske tilstand kan tale mod dets anvendelse. Det bør klart erkendes, at midlet aldrig bør anvendes over for patienter, der lider af leversygdomme eller forstyrrelser i blodomløbet. Det antydes ligeledes i litteratur herom, at midlet heller ikke bør anvendes over for patienter, der lider af sukkersyge eller nyresygdomme. Komitéen føler sig ikke overbevist om, at en sådan modindikation er tilstrækkelig godtgjort. Der er f. eks. grund til at tro, at disulfiram kan anvendes i tilfælde af sukkersyge, og komitéen henstiller derfor, at der foretages yderligere undersøgelser med hensyn til dets anvendelse over for patienter, der lider af sukkersyge eller nyresygdomme.

De fleste af de patienter, der frivilligt kommer til behandling og hverken er psykoperter eller åndssvage, kan få behandling med disulfiram som ambulante patienter. I andre tilfælde er det ønskeligt, at behandlingen påbegyndes, medens patienten er under hospitalsbehandling. Dette gælder

især for alkoholskadede, der drikker uophørligt, f. eks. daglig og uden at være i stand til at holde op, og også for de svære tilfælde af psykoperter og åndssvage hos personer, som ikke tilstrækkelig alvorligt er sig deres tilstand bevidst. Det bedste sted til foretagelse af ambulante behandling, hvor det drejer sig om revalideringsarbejde i større stil for alkoholskadede, er dog som regel en poliklinik af den ovenfor omhandlede type beliggende i et veludstyret centralhospital, eller som drives som en selvstændig institution.

Før man påbegynder behandlingen med disulfiram, er det nødvendigt at foretage en gennemgribende fysisk undersøgelse og en rutinemæssig undersøgelse af urinen for at konstatere, om den indeholder proteinstoffer, sukker eller urobilin. Der bør altid tages et elektrokardiogram, og leveren bør undersøges. Det er ligeledes ønskeligt at konstatere blodsænkingsprocenten. Disse laboratorieundersøgelser er minimumskravene, men de vil som regel vise sig at være tiltrækkelige. Såfremt patientens almindelige tilstand er dårlig, eller han er alvorligt beruset, bør han først indlægges på hospital. Sædvanligvis vil hans almindelige tilstand i løbet af en uges tid forbedres så meget, at man kan begynde at give ham disulfiram.

Hvad enten behandlingen sker under hospitalsindlæggelse eller ambulante, bør der gives 2 tabletter (hver på 0.5 gram) den første dags aften og 1 tablet daglig hver af de følgende 5-6 dage. Efter en uges behandling bør man undersøge patientens tilstand, og hvis alt synes at gå tilfredsstillende, bør han have en dosis på 1/2 tablet (0.25 gram) hver dag.

På dette tidspunkt foretages sædvanligvis en alkoholprøve, dels for at se, om den ordinerede dosis disulfiram er tilstrækkelig (og om nødvendigt ændre den) og i særdeleshed for at vise patienten følgerne af at drikke, samtidig med at han tager medicinen. Skønt en sådan prøve i almindelighed er ønskelig, har nogle læger været af den opfattelse, at prøven kan undværes, når det drejer sig om patienter, der frivilligt søger behandling med gode udsigter for helbredelse, forudsat at det nøje forklares den pågældende patient, hvilke følger indtagelse af alkohol vil have under behand-

lingen med disulfiram. De læger, der indtager dette standpunkt, begrundet det med, at det måske er klogere at undlade prøven for at undgå en fornyet stimulering af trangen ved indtagelse af alkohol. Det bør på den anden side fremhæves, at i de tilfælde, hvor alkoholprøven ikke foretages, kan patientens egen nysgerrighed få ham til at prøve effektiviteten af disulfiram ved at drikke, og en sådan fremgangsmåde kan være farlig for ham.

Komitéen henstiller derfor, at der i alle tilfælde skal foretages en prøve, medmindre lægen er tilstrækkelig sikker på, at patienten er fuldt indstillet på samarbejde, og at det derfor er meget usandsynligt, at han vil prøve virkningen af at drikke, eller mener, at indtagningen af alkohol som en prøve i det pågældende tilfælde indebærer en fare for at vække trangen påny. Såfremt prøven ikke foretages, er det absolut nødvendigt at advare patienten om den alvorlige risiko, han løber ved at indtage alkoholiske drikke.

Når prøven foretages, bør det erindres, at den frembyder en gunstig lejlighed for kraftig suggestion. Den bør derfor udføres på en sådan måde, at den suggestive virkning forøges. Dette betyder ikke nødvendigvis, at der skal fremkaldes en voldsom reaktion gennem en stor dosis alkohol. Det gør ofte meget større indtryk på en alkoholskadede at se, at et så ringe kvantum som 3 teskefulde whisky eller en trediedel af en flaske øl kan frembringe en tydelig og stærk virkning. Prøven skal naturligvis foretages med den drik, den alkoholskadede sædvanligvis hengiver sig til.

Alkoholprøven bør ikke anvendes flere gange over for den samme patient, idet der er grund til at tro, at en fortsat gentagelse af virkningen kan virke skadeligt på hjertet. Af denne og andre grunde bør alkoholprøven ikke gentages flere gange, end det er klinisk nødvendigt, og disulfiram bør ikke anvendes som aversionsterapi, hvortil emetin og apomorfin er langt bedre egnet.

Det virker ofte beroligende på hustruen, når prøven foretages i hendes nærværelse, idet hun derved bliver klar over, hvilken stærkt afskrækkende virkning det har at indtage alkohol under behandlingen med disulfiram.

Patienten bør holdes under observation ikke blot under foretagelsen af prøven, men i 2-3 timer efter, da der kan indtræde reaktioner på et senere tidspunkt. Når prøven foretages, bør det tilkendegives patienten, at den virkning, han lige har erfaret, uundgåeligt vil indtræde ved indtagelsen af alkohol. Det bør også tilkendegives ham, at visse andre stoffer, f. eks. paraldehyd, kan fremkalde denne virkning, og at indåndingen af alkoholiske dampe (f. eks. fra maling) kan fremkalde samme virkning.

Såfremt patientens arbejde er af en sådan art, at han kommer i berøring med de i industrien anvendte opløsningsmidler, kan behandlingen med disulfiram ikke påbegyndes, før han har skiftet arbejde for at undgå berøringen med sådanne kemikalier.

I de første 3-4 uger af behandlingen med disulfiram bør patienten underkastes psykoterapi i forbindelse med, hvad man kunne kalde »social terapi«, nemlig sagkyndig bistand af en uddannet socialrådgiver til løsning af de sociale og erhvervsmæssige problemer, som er opstået ved hans drikkeri. Arten af den psykoterapi, der vil være nødvendig, vil afhænge af resultaterne af de psykiatriske og psykologiske undersøgelser. Det er klart, at behandlingen må være mere intensiv i de tilfælde, hvor der er konstateret neurose, eller et neurotisk handlemønster ligger til grund for alkoholismens opståen, end i de tidligt konstaterede tilfælde, hvor der ikke er konstateret udpræget sjælelige vanskeligheder forud for alkoholismens opståen. I sidstnævnte tilfælde kan formen for den psykoterapi, der skal gives, ofte være forholdsvis simpel og bestå i samtaler mellem lægen og patienten om hans drikkevaner. I hvert enkelt tilfælde er det nødvendigt at analysere de eventuelt forskellige årsager til vanedrikkeriet og at diskutere disse årsager med patienten. Det næste skridt i psykoterapien er at styrke patientens ønske om fortsat afholdenhed ved at give ham indsigt i de videre fysiske, sjælelige og sociale følger af fortsat drikkeri. Her kan suggestionsbehandlingen også være til hjælp.

Hvor det drejer sig om tilfælde, der kræver en mere intensiv psykoterapi, bør man overveje muligheden for gruppeterapi på psykoanalytisk grundlag. En forsøgsvis an-

vendelse af denne art gruppeterapi for alkoholskadede har vist sig lovende, og hvis løfterne skulle blive indfriet, vil den givet være af stor betydning i overvindelsen af vanskelighederne ved at tilvejebringe en intensiv, individuel psykoterapi i det omfang, det er nødvendigt for at gennemføre et omfattende program for tidlig behandling af alkoholisme. Uanset hvilken psykoterapi, der gives gennem hele dette stadium, er det vigtigt, at lægen har et nøje samarbejde med en person i patientens umiddelbare omgivelser – hans kone, en god ven, undertiden hans arbejdsgiver eller arbejdskammerat. Problemet bør drøftes med denne fortrolige sammen med patienten, og lægen bør forklare, at de tre skal arbejde som et »team«. Den fortrolige må underrettes om virkningerne af disulfiram og om nødvendigheden af nøje at følge anvisningerne. I visse tilfælde er det dog ikke muligt at bringe en tredje person ind i drøftelserne, og i sådanne tilfælde forbliver behandlingen en hemmelighed mellem lægen og hans patient.

Således som det antydes ved henvisningen til »social terapi« ovenfor, spiller den uddannede socialrådgiver en vigtig rolle under hele behandlingsperioden med disulfiram, idet pågældende kan hjælpe patienterne med deres personlige og sociale vanskeligheder og i stort omfang kan fungere som leder efter lægens instruktioner.

Nogle patienter, i særdeleshed de, der ikke har nogen fortrolig, der samarbejder med dem og lægen i behandlingen, bør tale med lægen eller socialrådgiveren regelmæssigt hver uge i de første 6 uger af disulfiram-behandlingen. Senere kan de nøjes med at komme h veranden uge og efter 3 måneders forløb een gang om måneden, **indtil** der er forløbet 6 måneder. En sådan tilsynsperiode bør om muligt være et minimum.

#### 4. Andre nye lægemidler.

##### a. *Hormonbehandling.*

Man får stadig større erfaringer i brugen af ACTH ved behandlingen af visse sider af alkoholismen. Dets værdi for afvænningen er klar, idet det på forbavsende måde kan lindre mange af de nerve- og tarm-symptomer, som ellers følger med en pludselig afvænnning. Det er desuden blevet an-

vendt over en længere periode for at hjælpe patienten til at være afholdende under behandlingen for alkoholisme. Der kræves imidlertid yderligere undersøgelser, før dets værdi i denne forbindelse kan anses for godtgjort. Med undtagelse af forhøjet blodtryk synes der ikke at være nogen indikation mod dets anvendelse. ACTH er blevet anvendt i behandlingen af delirium tremens med udmærkede resultater. Disse lovende resultater tilskynder til en mere intensiv forskning med hensyn til forandringer i de lukkede kirtler.

##### b. *Myane sin.*

Dette præparat er fundet værdifuldt til at nedsætte spændingen og uroen under afvænningen og til at svække behovet for beroligende midler i denne periode. Det siges ligeledes at være af stor værdi i behandlingen af delirium **tremens**.

#### 5. Undersøgelser og statistik vedrørende alkoholisme.

WHO's bestyrelse tiltrådte på sit 8. møde det af nærværende komité i dets rapport vedrørende første møde fremsatte forslag om, at der skulle sammenkaldes en mindre gruppe eksperter, der var fortrolige med de med alkoholisme forbundne statistiske problemer, og at denne gruppe skulle aflægge beretning til nærværende komité.

Denne gruppe blev sammenkaldt af generaldirektøren, og dens beretning er optaget in extenso i underbilag A.

Med forbehold af de nedenfor anførte kommentarer, kan komitéen i det store og hele tiltræde de synspunkter, der kommer til udtryk i rapporten, som den anser for nyttig for alle nationale sundhedsmyndigheder, der er interesseret i at undersøge omfanget og arten af det alkoholproblem, de står overfor. Komitéen ønsker i særdeleshed at pege på den nuværende mangelfulde statistik på dette område og at understrege arbejdsgruppens udtalelse om, at de eneste brugbare oplysninger for en given befolkning i den nuværende internationale lægestatistik er dem, der fremgår af statistikken over dødsårsager, idet der ikke eksisterer nogen almindelig international sygdomsstatistik.

Den internationale klassifikation af dødsårsager og sygelighed indeholder kun to

grupper, hvor en alkoholisk ætiologi er fremherskende: »Akut og kronisk alkoholisme« og »levercirrhose«.

Når landene har foretaget de ønskelige ændringer i deres erklæringer om dødsårsager, vil »alkoholisme« statistisk figurere som medvirkende årsag. Men under de nuværende forhold må angivelsen af dødelighed, der skyldes »akut og kronisk alkoholisme« og »levercirrhose« anses for de eneste brugbare statistiske oplysninger. Disse tal udgør kun en meget lille brøkdel af alkoholismen i almindelighed (dødelighed og sygelighed). De »rå« tal kan ikke alene anvendes som et grundelement i angivelsen af det samlede antal alkoholskadede i et givet land på et givet tidspunkt.

Udviklingen i dødeligheden af alkoholsygdomme afspejler alkoholismens udvikling i dens mest alvorlige form ud fra et befolkningssynspunkt, idet ændringerne i denne udvikling er funktioner af forskellige elementer i den sociale struktur eller i terapien. I det omfang, hvori disse funktioner forstås, kan dødelighedskurverne ikke blot sammenlignes inden for samme land, men også mellem forskellige lande.

Jellinek's sandsynlighedsformel, der blev optaget som bilag A og B<sup>1)</sup> til rapporten vedrørende komitéens første møde, er det eneste forsøg (såvidt komitéen bekendt), der er blevet gjort for at udfinde et middel til at arbejde efter dødelighedsstatistik (i dette tilfælde dødeligheden for levercirrhose), samtidig med at man tager hensyn til de i foregående stykke omtalte indflydelser på en sådan måde, at der kan foretages en sandsynlighedsberegning af alkohollidelser. Uanset hvilke tekniske indsigelser der kan rejses mod denne formel i dens nuværende form, er den et lovende, nyt forsøg til bestemmelse af alkohollidelser og fortjener at blive gjort til genstand for yderligere undersøgelser af de nationale sundhedsmyndigheder.

Endelig ønsker komitéen særligt at henvende opmærksomheden på arbejdsgruppens forslag om, at der foretages en undersøgelse af alkoholismen i et af de foreslåede demonstrationsområder og *henstiller*, at WHO foretager en sådan undersøgelse i samarbejde med den pågældende regering.

## 6. Klassificering.

Siden komitéens første møde er der sket en udvikling, som gør det ønskeligt i nogen grad at uddybe spørgsmålet om klassificering af alkoholskadede og andre excessive drankere.

Der har været et stigende behov for sådanne definitioner, og en voksende tendens til at undersøge alkoholismens forekomst i forskellige lande kræver ligeledes i hvert fald en elementær klassificering.

Der er naturligvis ingen mangel på bestående klassifikationer. Netop i den omstændighed, at der findes så mange forskellige klassifikationer, er en af grundene til, at komitéen foreslår en klassificering af tilfælde efter brede grupper, hvori det ikke vil være vanskeligt at indpasse de mange undergrupper i andre bestående klassifikationer. Det er ikke lykkedes at tilvejebringe almindelig enighed om ret mange af de bestående klassifikationer, enten fordi de er udelukkende beskrivende eller på den anden side forudsætter synspunkter med hensyn til forskellige typers ætiologi, som kun deles af et mindretal af de personer, der studerer alkoholisme.

Den af komitéen foreslåede klassifikation forsøger derfor på den ene side at undgå at anse ætiologiske spørgsmål for givne og på den anden side at undgå at komme ind på detaljerede inddelinger på et symptomatisk grundlag. Dette betyder ikke, at man vil benægte betydningen af de mange adfærdstyper, som er blevet beskrevet af forskellige forfattere, og som givet kan være af prognostisk værdi.

Desuden hviler mange af grupperne i de bestående klassifikationer på en undersøgelse af patienten på et bestemt stadium i udviklingen af hans sygdom. En sådan klassificering betyder uundgåeligt, at den samme patient udmærket godt kan anbringes under forskellige grupper i klassifikationen på forskellige stadier af hans sygdom.

I sin sidste rapport foreslog komitéen følgende foreløbige definition af alkoholisme: »Enhver form for drikkeri, som i udstrækning går ud over, hvad der er skik og brug i det daglige liv eller almindelig efterlevelse af hele det pågældende samfunds sociale drikkeskikke, uden hensyn

1) Ikke oversat, jfr. bilag I, note 8, side 93.

til de ætiologiske faktorer, som måtte have iørt dertil, og ligeledes uden hensyn til, i hvilken udstrækning sådanne ætiologiske faktorer er betinget af arv, konstitution eller fysiopatologisk indflydelse og påvirkning af stofskiftet«.

Komiteen vil nu anse det for bedre at bruge den foregående definition til at definere udtrykket »excessivt drikkeri« og vil dertil føje følgende definition af alkoholisme:

»Alkoholskadede er sådanne umådeholdne personer, hvis afhængighed af alkohol har nået en sådan grad, at der foreligger en erkendelig sjælelig forstyrrelse eller den griber ind i deres fysiske eller sjælelige sundhed, deres forhold til andre mennesker og deres normale sociale og økonomiske tilpasning, eller viser begyndende tegn på en sådan udvikling«.

Man begynder nu at forstå alkoholismens udviklingsproces i enkeltheder. Udviklingsprocessen begynder med et stadium, der kan betegnes som »symptomatisk drikkeri«. Denne form for drikkeri kan være et symptom på en sjælelig eller fysisk patologi eller på sociale forhold. Da alle former for drikkeri, selv de mest moderate, kan defineres som symptomatiske, i hvert fald for samfundsform og samfundskonvention, tænker komitéen i dette specielle tilfælde på excessivt, symptomatisk drikkeri. Alle former for excessivt drikkeri begynder med et symptomatisk stadium. Under visse omstændig-

heder kan dette stadium være uhyre langvarigt og ikke udvikle sig yderligere.

Såfremt der i tidens løb på grund af individuelle og miljømæssige faktorer udvikler sig en afhængighed af alkohol af det i komitéens definition af en alkoholskadede beskrevne omfang, kan man enten tale om symptomatiske vanedrankere eller om symptomatiske »addiktive« drankere efter de kriterier, der er fastlagt i tabellen. »Faser af drikkædighed hos mænd« underbilag B til komitéens 1. rapport<sup>2)</sup>.

En enkel, bred definition, hvori måske alle de af forskellige forfattere foreslåede drankertyper let kan indpasses, er anført nedenfor:

- I. Ikke-vanemæssige, excessive symptomatiske drankere.
  - II. Vanemæssige excessive symptomatiske drankere
  - III. »Addiktive« drankere
- } Alkohol-skadede

De to sidstnævnte grupper omfatter således de egentligt alkoholskadede.

Komplikationer af fysisk art kan indtræffe i alle 3 grupper, medens sjælelige komplikationer (akute, kroniske, milde eller svære) kun kan indtræde i grupperne II og III.

De forskellige typer af periodiske drankere og periodiske alkoholskadede kan ligeledes indpasses i hver af de 3 kategorier.

Alle de i tidligere klassifikationer nævnte typer kan som sagt let indpasses under de brede kategorier.

#### Underbilag A.

### Arbejdsgruppens rapport om statistik og undersøgelser vedrørende alkoholisme og alkoholforbrug.

På sit første møde henstillede underkomitéen for alkoholisme under ekspertkomitéen for mentalhygiejne, at der blev sammenkaldt en lille arbejdsgruppe bestående af eksperter til undersøgelse af statistik vedrørende alkoholisme.

Med bestyrelsens godkendelse sammenkaldte WHO's generaldirektør et sådant møde i Geneve den 5. og 6. oktober 1951 med følgende deltagere:

Professor E. M. Jellinek, Konsulent ved

WHO i alkoholisme, Dekan ved instituttet for undersøgelser vedrørende alkoholisme, Texas kristelige universitet, USA.

Dr. M. Pizzi, Chef for afdelingen for sygelighedsstatistik, WHO.

Dr. Nathan Sinai, Professor i sundhedsvæsen, Chef for kontoret for sundhedsøkonomi, Michigan universitet.

Dr. St. Zurukzoglu, Statistisk Departement, Bern.

2) Ikke oversat.



Dr. G. R. Hargreavers, Chef for afdelingen for mentalhygiejne, WHO.

Arbejdsgruppens rapport er sålydende:

*a. Statistisk alkoholforbrug.*

Hovedpunktet i drøftelser af dette punkt var, at sammenligninger af selv de mest gennemarbejdede tal pro persona kun tillader ret begrænsede konklusioner. En rigtig bedømmelse af forskellighederne kræver et indgående kendskab til de drikkevaner, der fører til forbruget.

De samme kvanta alkohol kan have forskellige virkninger på sundhedstilstanden og på de sociale og økonomiske forhold, alt eftersom forbruget er jævnt fordelt over alle befolkningsgrupper, eller størstedelen stort set konsumeres af en eller to grupper. Endvidere kan der forventes udprægede forskelle i virkningerne, når forbruget af et givet gennemsnitskvantum er jævnt fordelt over et lille, dagligt forbrug - f. eks. til måltiderne - eller når drikkevanerne er af en sådan art, at forbruget væsentligst finder sted ved umådeholdne drikkegilder i weekenden. Dette er blot nogle få eksempler på drikkevanerne, som bør kendes. Arbejdsgruppens henstillinger med hensyn til undersøgelsen af drikkevaner vil blive omtalt senere.

*b. Tallene pro persona.*

Da man i øjeblikket ikke har noget større kendskab til disse vaner, og da sådanne undersøgelser ikke kan forventes at foregå hurtigt, må man i et vist omfang anvende det nuværende eventuelle forbrug pro persona.

Arbejdsgruppen henstiller, at man skelner mellem følgende 3 tal pro persona:

- 1) bruttotallet pro persona.
- 2) tallet korrigeret for alder.
- 3) det effektive tal pro persona.

1) Bruttotallet pro persona udgør det samlede antal enheder af en alkoholisk drik divideret med antallet af *samtlig*e indbyggere inden for et givet geografisk område på et givet tidspunkt. Dette tal omfatter et stort antal personer, der som følge af deres alder enten ikke indtager alkoholiske drikke eller gør det i så ringe omfang, at det er uden statistisk betydning. Al »officiel«  
statistik angives i bruttotal. Af grunde, der omtales under næste punkt, er disse bruttotal af ringest værdi som sammenlig-

ningsgrundlag, men bør alligevel være med i en fuldstændig forbrugsanalyse.

2) I det tal pro persona, der er korrigeret for alder, er nævneren »befolkningsgruppen i drikkealderen«, d.v.s. det antal indbyggere, der befinder sig i den aldersgruppe, hvor de må anses for mulige forbrugere af tilstrækkelige mængder alkohol til at påvirke forbrugsstatistikken. (Dette er første skridt til en korrektion for alder).

Arbejdsgruppen henstiller, at befolkningsgruppen på 18 år og derover skal anses for at repræsentere befolkningsgruppen i drikkealderen.

Den procentdel af befolkningen, der er 18 år og derover, varierer fra land til land og ændrer sig i årenes løb inden for det enkelte land.

For at give nogle få eksempler kan det anføres, at i Italien udgjorde befolkningen på 20 år og derover (tallene for 18 år og derover foreligger ikke) i 1949 66,02 % og i Sverige 71,93 %. I Spanien (hvor der kun foreligger statistik for året 1940) var procenten 61,8. En tidsmæssig sammenligning i De forenede Stater viser følgende bemærkelsesværdige tal: i året 1850 udgjorde procenten på 20 år og derover 47,6, medens den i 1940 var 65,6.

Det er klart, at udviklingen i forbruget kun kan konstateres ved anvendelse af det alders-korrigerede tal pro persona, og at det ubearbejdede tal pro persona kan føre til fuldkommen vildledende resultater.

Naturligvis er det ikke enhver person på 18 år og derover, der nyder alkoholiske drikke. Vi kan kun betragte denne aldersgruppe som mulige forbrugere. Inden for den omhandlede aldersgruppe kan antallet af faktiske forbrugere variere betydeligt fra land til land og inden for givne tidsintervaller. Der kan i særdeleshed være en tydelig forskel mellem den relative fordeling af mandlige og kvindelige forbrugere i denne aldersgruppe. Det alders-korrigerede tal pro persona er således ikke nogen helt sikker vej til at konstatere procenten. I de fleste lande findes der imidlertid i øjeblikket ikke noget bedre tal at gå ud fra.

3) I det »effektive«  
tal pro persona er nævneren det anslåede antal af faktiske forbrugere, som man er nået til gennem undersøgelse af repræsentative grupper. En sådan beregning har i De forenede Stater

foreligget i en 7-8 år. I en af undersøgelserne var antallet af forbrugere bestemt efter køn, efter forskellige slags drikke og efter hyppigheden af nydelser af dem.

Arbejdsgruppen henstiller, at der i alle lande, hvor alkoholproblemet forekommer af betydning, foretages periodiske undersøgelser af det faktiske antal forbrugere. Den måde, hvorpå sådanne undersøgelser bør gennemføres, er foreslået under punktet almindelige undersøgelser.

Tallene pro persona bør beregnes ikke blot for hver drik for sig, men den samlede absolutte alkoholprocent bør anføres i forbindelse med hver art, eftersom alkoholprocenten i vin, øl og spiritus varierer fra land til land og endda kan variere inden for det enkelte land over større tidsintervaller. Man kan beregne det samlede, absolutte alkoholforbrug for samtlige drikke, men tallet bør aldrig anvendes uden en analyse af de forskellige drikke. Forbruget af hver af disse typer (øl, vin og spiritus) har sine særlige betydninger.

#### *c. De resultater, der kan udledes af tallene pro persona.*

Selv de mest omhyggeligt udregnede tal for forbruget pro persona bør aldrig tages som udtryk for en høj eller lav alkoholisme-procent eller for ændringer i alkoholismens fordeling. Sådanne slutninger ville forudsætte tal af ekstraordinær stor rækkevidde, faktisk af en rækkevidde, som det aldrig har været muligt at opnå. Forandringer i tallene pro persona fortolkes ofte i sådanne vendinger som »folk har drukket mere (eller mindre) i år end forrige år« o. s. v. Det er fuldkommen uforsvarligt at drage sådanne slutninger, idet et højere forbrug pro persona kan skyldes, at antallet af forbrugere i drikkealderen er forøget relativt eller et forøget forbrug fra den enkeltes side eller begge dele.

Ikke desto mindre er bemærkelsesværdige forandringer i størrelsen af procenten pro persona altid udtryk for ønskeligheden af at foretage en undersøgelse af forandringens årsag. En forhøjelse af det relative antal af forbrugere inden for en befolkning er utvivlsomt et varsel om, at der inden for et tidsrum af 10-15 år kan forventes en hurtigere stigning i alkoholmisbruget, da en vis procentdel af forbrugerne har tilbøjelighed til alkoholmisbrug.

#### *d. Forbrugsstatistikens pålidelighed.*

I det foregående er det antaget, at statistikken over forbruget af alkoholiske drikke er ret pålidelig. En sådan antagelse er på ingen måde altid forsvarlig. Arbejdsgruppen understreger, at den metode, der anvendes til at finde frem til forbruget af alkoholiske drikke, varierer fra land til land. I nogle lande sætter man produktion lig med forbrug. I andre lande, i særdeleshed sådanne, hvor der er statsmonopol, hviler forbrugsstatistikken på det faktiske salg, medens beregningsgrundlaget i andre lande kan være det afgiftsberigtigede kvantum. Der er mange andre faktorer, der spiller ind ved beregningssystemet og kan vanskeliggøre en sammeligning af statistikken over alkoholforbruget.

Arbejdsgruppen henstiller, at der foretages en undersøgelse af de forskellige beregningsgrundlag i forskellige lande for at forøge muligheden for at drage sammenligninger. En sådan undersøgelse kunne foretages enten af en særlig, dertil oprettet komité eller måske af et af de bestående kontorer under De forenede Nationer.

Muligheden for ulovlig produktion og salg (»bootlegging«) af alkoholiske drikke fremkalder altid mistanke om rigtigheden af forbrugsstatistikken. I nogle lande, i særdeleshed sådanne, hvor der er spiritusforbud eller delvis forbud, kan spritsmugleri være en vigtig faktor. Arbejdsgruppen ønsker at give udtryk for den opfattelse, at spritsmugleriets indflydelse på den almindelige forbrugsstatistik i reglen bliver stærkt overdrevet i lande, som ikke har forbud, såvel af dem, der drikker, som af dem, der ikke drikker - men naturligvis af vidt forskellige grunde.

Uanset hvor stort spritsmugleriet er, bør al forbrugsstatistik vedrørende alkoholiske drikke betegnes som »øjensynligt« forbrug for at undgå at blive beskyldt for at fremsætte tvivlsomme påstande.

#### *e. Undersøgelse af drikkevaner.*

Kendskabet til drikkevaner i de forskellige lande er af betydning for at kunne anvende sociologi og opdragelse i deres relation til forebyggelse af alkoholisme. Desuden kan, som ovenfor nævnt, sammenligningen af forbrugets størrelse i forskellige lande og til forskellige tidspunkter kun have nogen

værdi på baggrund af kendskabet til disse drikkevaner.

Det er ikke arbejdsgruppens hensigt at give udkast til en sådan undersøgelse, men den vil gerne nævne nogle enkelte punkter, som det vil være ønskeligt at medtage i undersøgelsen, samt fremkomme med nogle få forslag vedrørende den måde, hvorpå undersøgelsen bør udføres.

Af grunde, som det næppe vil være nødvendigt at anføre, bør enhver undersøgelse af alkoholisme udgøre et led i en større undersøgelse. Efter de erfaringer, der er indvundet af ernæringsinstituttet i Rom, kan oplysninger om drikkeri fås inden for rammerne af en ernæringsundersøgelse uden at vække modstand. Undersøgelser af afslapningsvaner, af levevis m. m. kan foretages, således at de giver de ønskede oplysninger om drikkevaner. Princippet er at undgå at udskille drikkeriet som et særligt undersøgelsesobjekt.

Sådanne undersøgelser kan foretages med størst udbytte i et *nyt demonstrationsområde for sundhedsmæssige foranstaltninger* som dem, der støttes af WHO i henhold til programmet for teknisk bistand, i særdeleshed i et land, hvor alkoholismeproblemet er af betydelig interesse, og hvor der findes i hvert fald nogle få eksperter i undersøgelser af alkoholskadede.

Undersøgelsen bør foregå efter moderne statistiske metoder og må tilvejebringe så store repræsentative undergrupper, at det bliver muligt at skelne mellem kulturelle undergrupper (erhvervsmæssige, etnologiske, sociale undergrupper m. m.) i den undersøgte hovedgruppe.

Nedenfor er angivet nogle få punkter, der bør indbefattes i undersøgelsen.

Hyppigheden af forbruget af øl, æblecider, vin og spiritus efter køn og brede aldersgrupper.

Hvornår drikkes der? (til måltider, ved fester, højtidelige lejligheder m. m.).

Hvor foregår drikkeriet?

Drikker de 2 køn sammen eller hver for sig?

Kønnes indstilling over for drikkeri fra det andet køns side.

Tolerance over for beruset opførsel.

Negative sanktioner over for utilladelig beruset opførsel.

Hvem foretager sanktionerne?

Udtryk vedrørende beruselse og betydning af disse udtryk.

Hvorfor drikker man?

Drikkeriets »anseelse«.

Nej til en drink (f. eks. hvor let eller hvor vanskeligt det er at sige nej i det pågældende milieu).

Forestillinger om alkohol som føde, medicin o. s. v.

Man bør ligeledes undersøge motiveringen for total afholdenhed.

Man bør om muligt undersøge, hvilken rolle alkoholiske drikke spiller i familiens budget.

»Ubehageligheder« forårsaget af excessivt drikkeri:

- a) Spild af arbejdstid.
- b) Mistet arbejde.
- c) Vanskeligheder med familien.
- d) Anholdelse for beruselse.
- e) Vanrøgt af børn.
- f) Hospitalsindlæggelse på grund af drikkeri.
- g) Forekomst af »blackouts«.
- h) Hyppig beruselse o. s. v.

Disse spørgsmål kan også føre til en ganske god bedømmelse af fordelingen af alkoholisme i det undersøgte område.

#### *1. Metoder til måling af alkoholismens omfang.*

I nogle tilfælde er et fald i kurven over »dødsfald på grund af akut og kronisk alkoholisme« snarere udtryk for en forbedring i behandlingen af disse tilstande end en nedgang i procenten af alkoholskadede og er således ikke egnet som internationalt sammenligningsgrundlag.

Der findes enkelte byer eller stedlige områder, hvor statistikken over delirium tremens, førstegangsinlæggelse på sindsyge- eller centralhospital som følge af alkoholisme samt anholdelse for alkoholisme er pålidelige tegn på forandringer i alkoholismens udbredelse, men sådanne eksempler er snarere undtagelsen end reglen.

Den forannævnte statistik er ikke egnet til at sammenligne forskellige områder og som regel heller ikke til at sammenligne forskellige tidspunkter inden for et givet område.

Omend den forannævnte statistik på alle punkter lider af alvorlige mangler, må der dog tillægges den nogen vægt, såfremt den

på alle punkter peger i samme retning, og såfremt man kan udelukke, at der består en gensidig forbindelse mellem fejlene.

Dødsfald af levercirrhose forekommer i knap 10% af alle tilfælde af alkoholisme med komplikationer og er ikke et direkte resultat af excessivt drikkeri, men forbindelsen mellem alkoholisme og levercirrhose er så klar, at forandringer i dødelighedsprocenten af denne årsag faktisk er et udtryk for forandringer i omfanget af alkoholisme. Arbejdsgruppen kom til denne overbevisning efter en nøje undersøgelse af de eventuelle diagnostiske mangler i denne dødsårsag. Man må dog undersøge de diagnostiske faktorer for med nogenlunde trykthed at kunne bruge denne statistik til internationale sammenligninger.

Spørgsmålet om særlig høj dødelighed for mænd i visse aldersklasser som udtryk for alkoholisme blev berørt, og der synes at være grund til at lade en international studiegruppe foretage en undersøgelse af dette ret indviklede spørgsmål.

I forbindelse hermed vil arbejdsgruppen gerne henstille at der foretages en undersøgelse af dødeligheden blandt alkoholskadede af andre årsager end alkoholisme alene.

Uanset hvilken metode man anvender, anbefales det at udvise en vis forsigtighed med hensyn til at drage slutninger af forandringer. Da alkoholisme er et resultat af flere års stærkt drikkeri, kan en stigning i hyppigheden af alkoholiske komplikationer i et givet år ikke tages som udtryk for et forøget excessivt drikkeri i det pågældende år.

#### *g. Beregningen af antallet af alkoholskadede.*

I nogle områder er myndighederne bekendt med praktisk taget samtlige alkoholskadede, og det kan her være muligt at finde frem til procenten for hele landet, men sådanne forhold består kun i et eller to lande.

Arbejdsgruppen drøftede spørgsmålet om en beregning efter Jellinek's formel. Denne beregningsmetode går ud fra visse forud-

sætninger. For at prøve gyldigheden af disse forudsætninger er det nødvendigt at foretage en periodisk kontrol af »konstanterne«.

Den vigtigste underforståede forudsætning er, at den andel, som excessivt alkoholforbrug har i dødsfald af levercirrhose, er konstant fra år til år (men det er ikke forudsat, at den er konstant mellem de enkelte lande). Et mindretal af arbejdsgruppen mener, at denne omstændighed vil føre til en undervurdering af antallet af alkoholskadede. Flertallet er imidlertid af den opfattelse, at den også ville kunne føre til en overvurdering.

Arbejdsgruppen henstiller, at alle interesserede lande hvert 5. år foretager en undersøgelse af de tidsmæssige bevægelser for at konstatere, om det er nødvendigt at ændre konstanterne. Der bør ligeledes for hvert enkelt land foretages en undersøgelse for at konstatere, om formlens konstanter er de samme for alle lande eller skal modificeres efter de stedlige forhold.

Det henstilles indtrængende at foretage disse undersøgelser, da den pågældende formel i øjeblikket synes at være det eneste middel til en sammenlignende beregning af alkoholismen, og endvidere i betragtning af at der, hver gang det har været muligt at kontrollere beregningen ved hjælp af andre beregningsmetoder, har vist sig en ganske bemærkelsesværdig overensstemmelse.

#### *h. Prøveoptælling af alkoholskadede.*

Arbejdsgruppen er af den formening, at prøveoptællinger af alkoholskadede vil medføre arbejde og udgifter, der ikke står i forhold til nytten af de oplysninger, man kan forvente. Man kunne måske foretage en eller to prøveoptællinger for at bekræfte rigtigheden af de ovenfor omtalte beregninger, men arbejdsgruppen ønsker ikke at gøre dette til genstand for en henstilling.

De i sidste stykke af afsnittet »Undersøgelse af drikkevaner« skitserede metoder må anses for tilstrækkelige til en bekræftelse af beregningernes rigtighed.

### III. Oversættelse i uddrag af rapport fra et møde i Geneve d. 27. september - 2. oktober 1954 af en ekspertkomité vedrørende alkohol og alkoholisme.

*W.H.O. Technical Report Series Mo. 94, Geneva, June 1955.*

#### 1. Indledning.

Mens de fysiske og mentale lidelser, som følger af alkoholisme altid har været anerkendt som sygdomsproblemer, har der uden for specialisternes kreds været meget mindre tilbøjelighed til at betragte selve den adfærd, som resulterer i disse komplikationer som et lægeligt spørgsmål.

Hvis man fra sundhedsvæsenets side ser på alkoholproblemerne udelukkende som økonomiske og sociale problemer, vil der ikke findes nogen grund til at behandle bekæmpelse af alkoholisme som et sundhedsspørgsmål. Kan det på den anden side påvises, at *alkoholisme som adfærdsform i sig selv* er et sygdomsproblem, mens social-økonomiske faktorer er medvirkende årsager til dens opståen, kan sundhedsvæsenet ikke afvise bekæmpelsen af den, da sociale og økonomiske elementer iøvrigt optræder i næsten alle sundhedsproblemer, som det har med at gøre.

Fremstillingen af alkoholisme og andre alkoholproblemer som lægelige problemer kræver imidlertid klaring af visse synspunkter vedrørende alkoholismen og nogle af virkningerne af alkoholmisbrug, som man ofte er gået forbi i tavshed, eller som - hyppigere - er blevet uklart fremstillet på grund af en inkonsekvent og inadækvat terminologi.

Der er enighed om, at ordet »alkoholisme« ikke betegner et bestemt, klart afgrænset fænomen, men er et samlet udtryk for en hel »familie af problemer«, som har at gøre med alkohol. Komitéen har forsøgt at bestemme og afgrænse de træk i de forskellige alkoholproblemer, som gør dem til problemer af lægelig og sundhedsmæssig karakter.

Væsentligst blandt disse træk ved alkoholismen er de symptomer, som man ofte kal-

der »alkoholbegæret« (»craving«), »afvænnings symptomerne«, »tabet af kontrol« og »den alkoholistiske amnesi« (»blackouts«, bevidsthedstab). Klaringen af disse spørgsmål danner udgangspunkt for en nærmere redegørelse af alkoholismens forhold til narkomanien og for en klassifikation af de følgesygdomme, som svært alkoholmisbrug kan medføre.

Komitéen har endvidere drøftet visse former for spiritusmisbrug, som pr. definition ikke er alkoholisme, men som ikke desmindre kan have alvorlige konsekvenser, og i nogle lande skaber det væsentligste problem i forbindelse med alkohol.

#### 2. Alkoholbegæret.

I alkohol-litteraturen har man benyttet ordene »alkoholbegær« (»craving«), »uimodståeligt begær«, »trang« og undertiden »appetit« til at forklare nogle af eller alle de former for abnorme drikkevaner, som man finder hos alkoholskadede. Der eksisterer forskellige alkoholistiske drikkevaner som i særlig grad synes at forudsætte, at der foreligger et uimodståeligt begær i den almindelige betydning af ordet; men nærmere analyser viser, at det er forskellige faktorer, som virker i de enkelte tilfælde, og at populære begreber som »uimodståeligt begær« af hensyn til at undgå forvirring ikke bør benyttes i videnskabelig litteratur.

Alkoholismens opståen, det kendte billede af drikkeri, som man finder, hvor en akut drikketur (efter dages eller ugers afholdenhed), fortsætter i en ny drikketur, det daglige spiritusmisbrug, tabet af kontrol med alkoholindtagelse, alle disse adfærdsformer er blevet forklaret som forårsaget af uimodståeligt begær efter alkohol.

»Begær« eller lignende udtryk har væ-

ret benyttet til at forklare drikkeri, som kommer fra a) et psykologisk behov, b) fysisk trang til at lette afvænnings symptomerne, c) en fysisk trang, som opstår under fysiopatologiske betingelser i forbindelse med stofskiftet, den interne sekretion o.s.v., og som eksisterer i drankeren, før han begynder sin drikkekarriere, eller som udvikler sig i løbet af den.

Nogle undersøgere har påpeget, at det fysiske begær efter alkohol i forbindelse med afvænnings symptomer kun indtræder, når afvænningen finder sted efter et langvarigt, fortsat og stærkt misbrug. Den fysiske trang kan ikke postuleres som årsag til misbrugets genopblussen efter en betydelig periode af afholdenhed, hvor afvænnings symptomerne ikke længere er til stede.

Komiteén mener, der må drages en skarp skillelinie mellem a) de processer, som indtræder umiddelbart i forbindelse med afvænningen, og b) de, som fører til drikkeriets genopblussen, efter at afvænnings symptomerne er overvundet.

Det forhold, at de ubehagelige afvænnings symptomer, som opstår, når et fortsat drikkeri afbrydes, kan friste drankeren til at søge lettelse fra dem ved at drikke mere alkohol, mener komiteén, man kan kalde *fysisk afhængighed af alkohol*.

Under afvænningsbehandlingen iagttager man imidlertid, selv om de legemlige afvænnings symptomer udebliver, at der opstår en psykisk spænding, som fremkalder et patologisk ønske efter alkohol for at lette denne spænding. Denne tilstand kan kaldes *psykisk afhængighed af alkohol*. Denne psykiske spænding er ikke den eneste grund til, at drikkeriet sommetider genoptages; det kan også forårsages ved socialt pres til at drikke eller undertiden ved tilfældig indtagelse af alkohol. Iøvrigt kan det ikke udelukkes, at også andre faktorer kan føre til drikkeriets genopblussen.

Hos alle alkoholskadede, hvad enten de har en medfødt, abnorm disposition eller lider af erhvervede personlighedsvanskeligheder, iagttager man, at personlighedens højere lag, fra hvilket de primitive tendenser hæmmes, bliver svækket. Som et resultat heraf sker der en frigørelse af personlighedens primitive sider. Det patologiske ønske om alkohol bliver derfor mere frem-

trædende, når de hæmmende kræfter svækkes og til sidst falder bort.

Der er endvidere en gruppe drankere, hvis patologiske ønske om alkohol ytrer sig straks ved begyndelsen af deres drikkekarriere i stedet for efter flere års drikkeri, og i disse tilfælde kan den føre til en hurtig udvikling af alkoholismen. I denne gruppe finder man visse typer psykopater (de holdningsløse og impulsive) og visse typer af patienter med somatiske eller mentale lidelser. Der er imidlertid en lille gruppe alkoholskadede, som ikke viser tegn på noget unormalt, og som dog synes at have patologisk trang til alkohol fra begyndelsen af deres drikkeri.

### 3. Afvænnings symptomerne.

Afvænnings symptomer kan defineres som de vanskeligheder, der opstår ved drikkeriets ophør eller ved en brat nedgang i mængden af indtaget alkohol . . . Det følger af definitionen, at sådanne symptomer ikke kan optræde, så længe den tilstrækkelige mængde alkohol indtages, og at symptomerne kan lettes ved indtagelse af alkohol eller andre præparater med lignende farmakologiske virkninger . . . Arten og intensiteten af afvænnings symptomerne varierer fra person til person, men synes at hænge sammen med graden af alkoholisme og længden af den tid, i hvilken misbruget har fundet sted før afvænningen. Efter relativt korte perioder af fortsat voldsomt drikkeri, viser afvænnings symptomerne sig som rysten, svækkelse, åndenød, overfølsomhed, søvnløshed, anorexia, svimmelhed, opkastninger, diarrhoe, lidt forhøjet blodtryk med efterfølgende hypotension og en svag forhøjelse af legemstemperaturen. I sådanne tilfælde varer ubehagelighederne kun mellem 24 og 72 timer.

Efter en længere periode af meget svært drikkeri (mere end ca. 30 dage af fortsat beruselse, hvor den nydte alkoholemængde er tilstrækkelig til at medføre tydelige tegn på manglende bevægelsesbeherskelse), omfatter afvænnings symptomerne de ovennævnte lidelser i sværere grad, og dertil forekommer hos visse drankere kramper og mentale forstyrrelser rækkende fra hallucinationer uden tab af bevidsthed til typisk delirium tremens. Symptomerne kommer i al-

mindelighed i en vis rækkefølge. Rysten på hænderne, afkræftelse og fordøjelsesvanskeligheder samt vanskeligheder ved blodomløbet indtræder i løbet af 12 timer, efter at alkoholindtagelsen brat hører op. Hallucinationerne kan komme henved 24 timer efter ophøret, og hvis der kommer kramper, viser de sig i almindelighed 24-48 timer efter afvænningen. Hvis delirium tremens optræder, begynder den gerne 3-4 dage efter, at alkoholindtagelsen er ophørt. Under sådanne omstændigheder forsvinder symptomerne i almindelighed i løbet af 14 dage eller mindre, selv om mindre forstyrrelser kan fortsætte i op til 6 uger. Kramper og delirium kan være livsfarlige for patienten og må forhindres eller behandles på passende måde ved behandling med forskellige lægemidler, hvis mængde langsomt kan reduceres i løbet af nogle dage. Også de mindre ubehageligheder, f. eks. fordøjelsesvanskeligheder og forstyrrelser af legemets vand- og elektrolytiske balance, må tages under behandling.

#### 4. »Manglende evne til at standse drikkeriet«, »tab af kontrol«.

Efter komitéens mening må de to ovennævnte udtryk, der ofte bruges i flæng, helst benyttes til at betegne to forskellige alkoholistiske adfærdsformer:

I vin- og visse øldrikkende lande når en del af drankerne et stade, hvor de ikke kan udholde selv korte afholdenhedsperioder, og drikker dag ud, dag ind, fra de står op til de går i seng, uden dog at miste evnen til at kontrollere deres alkoholforbrug. De er i stand til at tilpasse deres grad af påvirkethed til de omgivelser, hvor de befinder sig, men de kan ikke overtale til at holde op at drikke, selv om det står dem klart, at fortsættelsen af deres drikkeri vil medføre alvorlige sygdomme eller andre skæbnesvangre konsekvenser.

Denne »manglende evne til at holde op at drikke« kan skyldes fysisk og/eller psykisk afhængighed. I vindrikkende lande vil nogle forfattere betragte denne manglende evne til at holde op som det eneste kriterium for alkoholisme.

En anden form for alkoholismeadfærd forekommer i lande, hvor drikkevanerne i

det væsentlige domineres af brug af destillerede spirituosa. Her vil den alkoholskadede ofte efter en kort indledningsfase med dagligt drikkeri gå over til at drikke i »ture« adskilt, af kortere eller længere intervaller. Under disse drikketure er voldsom beruselse det almindelige. Efter først at have indtaget en lille mængde alkohol, føler drankeren sig tvunget til at drikke stadig større mængder, indtil han standses af ydre eller indre forhold. Efter sådan en tur kan han eventuelt afstå fra drikkeri i uger eller måneder. Han er altså i stand til at »holde op med sit drikkeri«, men han »taber kontrol« med alkoholindtagelsen, når først drikketuren er startet. Dette »tab af kontrol« må også betragtes som et kriterium for alkoholisme.

Manglende evne til at holde op med drikkeriet kan i visse tilfælde efter flere års forløb følges af tab af kontrol, og omvendt kan tab af kontrol under lejlighedsvis drikketure føre til manglende evne til at holde op med drikkeriet.

Det bemærkes, at hos nogle lejlighedsvis spiritusmisbrugere, særlig enkelte week-end-drankere, kan symptomerne på tab af kontrol forekomme og kan evt. føre til, at drikketurene udstrækkes ud over de to week-end-dage. Selv om sådanne week-end-drikketure kun finder sted en 4-5 gange om året, må disse drankere betragtes som alkoholskadede.

#### 5. Alkoholistisk amnesi (bevidsthedstab).

Amnesi kan indtræde som et almindeligt symptom på svær beruselse; men det ser ud til, at den farmakologiske virkning af alkohol som sådan ikke kan tillægges skylden for nogle i mange lande fundne - nu og da optrædende - amnesitilfælde, der indtræder efter indtagelse af ret små mængder af alkohol.

Det ser ud til, at i de lande, hvor alkolnydelsen strækkes over hele dagen og indtages i form af vin og øl, ... forekommer disse amnesitilfælde ikke så hyppigt i alkoholismens tidlige stadier som i lande, hvor de destillerede spirituosa er den almindelige drik, og hvor drikkeriet koncentrerer sig til visse tider af dagen, således at de resulterende hurtige forandringer i blodalko-

holprocenten kan fremskynde amnesissymptomerne.

På grund af de mange uoplyste forhold, der knytter sig til disse amnesier, må et indgående studium af dette fænomen tilrådes.

#### **6. Alkoholismens stilling sammenlignet med narkomani.**

Komiteén har drøftet, om alkoholisme er en slags narkomani eller kan sammenlignes med afhængighed af morfin eller andre opiater.

—Skønt der findes mange lighedspunkter, er der imidlertid også mange vigtige forskelligheder. Komiteén mener dog, at der efter den nyeste forskning synes at være mere lighed mellem afvænnings symptomerne i forbindelse med afvænnning fra alkoholisme og i forbindelse med afvænnning fra narkomani, end man tidligere har været klar over.

Det er nu klart, at afbrydelse af alkoholindtagelsen efter svært spiritusmisbrug medfører alvorlige afvænnings symptomer, hvoraf f. eks. i enkelte tilfælde kramper og delirium er farligere end noget afvænnings symptom i forbindelse med afvænnning fra narkomani. Afvænnings symptomer i forbindelse med alkohol er endvidere lige så langvarige som symptomerne ved afvænnning fra narkotiske midler. Imidlertid optræder afvænnings symptomer kun efter en lang periode af svært drikkeri. I modsætning hertil kan fysisk afhængighed af narkotiske midler optræde efter benyttelse af lægeordnede doser i perioder på 20-30 dage. Yderligere er individets og samfundets holdning over for alkoholforbrug helt forskelligt fra holdningen over for brug af narkotika. Alkohol kan købes frit og fortares åbenlyst, og forbruget deraf anses for ganske normalt. Narkotika sælges derimod under kontrol eller i smug og indtages ved injektion. Brug af narkotika sker i det skjulte og ikke-medicinsk anvendelse af dem bliver i almindelighed betragtet som noget yderst unormalt og utilstedeligt. Skyldfølelse og angst for samfundets reaktion følger derfor snarere narkomanen end den alkoholskadede. Endelig må bemærkes den velkendte kliniske erfaring, at skønt behandlingen af alkoholskadede endnu langt

fra giver tilfredsstillende og varige resultater i alle tilfælde, er der dog forholdsvis langt flere positive resultater end ved afvænnning af narkomaner.

Disse iagttagelser må føre til den slutning, at skønt der eksisterer mange kliniske og biokemiske analogier mellem alkoholisme og narkomani, må man dog drage en klar skillelinie imellem dem både i medicinsk praksis og ved de lægelige, sociale eller legale foranstaltninger, som vedrører dem. Dette medfører ikke en ændring i den opfattelse, at alkohol indtager en mellemstilling mellem et vanedannende og et adiktionsdannende giftstof.

#### **7. Grænseproblemer.**

I stedet for at bruge ordet »alkoholisme« om enhver form for stort alkoholforbrug og skabe en ny terminologi til brug for de nødvendige distinktioner, vil det være bedre at tale om »alkoholproblemer« og betragte »alkoholisme« som eet af disse problemer. Herefter må den »manglende evne til at stoppe drikkeriet« og »tab af kontrol« være de to kriterier, som karakteriserer den egentlige alkoholisme, således at der vil blive et grænseområde mellem visse hyppigt forekommende former for stort alkoholforbrug på den ene side og alkoholisme på den anden side.

Endvidere er det muligt, at man foruden de tilfælde, hvor manglende evne til at høre op med drikkeriet trods farlige følger ved at fortsætte viser, at der foreligger alkoholisme, undertiden vil stå over for tilfælde, hvor et »normalt« alkoholforbrug kan øve uheldig indflydelse på pågældendes helbred . . . Dette er et eksempel på, hvad man kan kalde »et alkoholproblem«, selv om det ikke kan kaldes »alkoholisme«.

Yderligere kan nævnes, at visse lejlighedsvise drankere, særlig sådanne, som drikker koncentrerede spirituosa, forårsager vanskeligheder, der væsentligt overstiger dem, der opstår ved andre former for drikkeri, enten som følge af deres hyppighed eller som følge af skadens størrelse. De vanskeligheder, der kan opstå ved lejlighedsvis voldsomt drikkeri, omfatter voldshandlinger, ulykker på arbejdspladser og i trafikken, udebliven fra arbejde og ødelæggelse af familielivet.