

Metadonbehandlings ukendte foregangsmand

Overlæge, dr. med. Mogens Nimb fortæller i dette interview om metadon-terapiens lancering i Danmark som det første land i verden uden for USA - en historie de færreste kender.

AF MICHAEL JOURDAN

Hvordan var synet på narkomani da du introducerede metadonbehandling i 1966?

Dengang blev narkomani i høj grad betragtet som et moralsk fænomen eller nærmere et umoralsk fænomen. Man overtrådte alle menneskelige og gudommelige love når man på egen hånd begyndte at tage morfin. Læger måtte gerne give morfin til folk der havde smerter, men skulle være overordentlig forsigtige. Folk kunne jo gå hen og blive afhængige, og så var det sidste værre end det første, så måtte folk næsten hellere have ondt.

Man havde et meget firkantet syn på det. En læge kunne miste både "kjole og krave", hvis han på egen hånd begyndte at tage morfin. Man havde en forestilling om at morfin, på en eller anden måde svækkede viljen og folks generelle moral. Det man blandt andet

sagde var, at morfinister blev naturnødvendigt løgnagtige. De lavede mærkelige og uforudsigelige ting og var ganske ude af stand til at passe et arbejde.

Sagen er vel nærmere, at når det ikke er velset eller legalt at læger eller andre gik og tog morfin, så måtte de jo lyve sig fra det. Man har så fejlagtigt troet at løgnagtighed var en virkning af morfinen, og det var jo nok ikke tilfældet, for folk der kunne få det uden at ty til at lyve, de løj jo nok ikke meget mere end andre mennesker. Og blev heller ikke så forfærdelig meget mere fordærvede. Så man rodede det hele sammen på en højst besynderlig måde.

Hvad var behandlingen så før 1966?

Behandlingen var at man skulle spærres inde på et sindssygehospital, og der skulle man gerne sidde mindst et år og kukkelure før man kunne betragtes som "helbredt". Der var en tilbøjelighed blandt psykiatere til at lægge vægt

på, at en gunstig prognose var betinget af langvarig indlæggelse. Denne formodning grundede sig ikke så meget på positive erfaringer om lange indlæggelses værdi, som på negative erfaringer man havde gjort med meget kortvarige indlæggelser.

Ikke desto mindre var det indlysende - også i samtiden - at recidivhyppigheden var meget stor. Der gik ofte ikke så lang tid før de begyndte igen. Det var først og fremmest læger og sygeplejersker der var tale om og man kunne jo ikke have at de gik og tog morfin, det måtte straffes. Om man faktisk hjælper folk med straf kan man altid diskutere, men tanken var at hjælp det ikke, så havde de langvarige indlæggelser i hvert fald en afskrækkende virkning.

Hvor meget opmærksomhed var der om problemet i offentligheden?

Lægernes eget misbrug skabte ikke opmærksomhed. Nej, det der gjorde at offentligheden blev opmærksom

PERSPEKTIV HISTORISK STOF

Kan man lære af historien? På misbrugsfeltet er dette spørgsmål nærmest akademisk. Selv hvis man ville, så kunne man ikke. Kilderne ligger det tungt med. Mange er gået til grunde eller for længst fjernet fra bibliotekernes hylder som ukurante. Og ingen har følt sig kaldet til at hente misbrugshistorien ned fra magasinernes gemmer og præsentere dem for samtiden. Dertil kommer at beretninger fra feltets pionerer er en mangelvare. De kapaciteter som har forladt feltet gennem årene uden at få formidlet deres indsigter videre til næste generation er mange. Dyrekøbt viden og erfaring er dermed gået tabt.

Kontinuitet har der ikke været mulighed for. Nye medarbejdere har måttet starte fra bar bund. På den konto er den dybe tallerken nok opfundet indtil flere gange og samme temaer spilles igennem med nye besætninger om og om igen. Kunne det være anderledes? Ny viden og metodeudvikling er det som der satses mest på. Men historisk perspektivering kan vel også bidrage. I dette nummer af STOF tages hul på at lade vigtige stemmer komme til orde. Første meget levende billede er overlæge, dr. med., Mogens Nimb. Kan man lære af historien? Dømt selv.



MICHAEL JOURDAN

“De begyndte så at løbe lægerne på dørene, stjal receptblokke, lavede indbrud på apoteker, og de arme læger anede jo ikke deres levende råd, når der kom sådan en morfinist ind i konsultationsværelset.”

på problemet var, at man havde den såkaldte Nyhavnsepidemi - også kaldet Københavnerepidemien - som opstod under de temmelig kaotiske forhold i slutningen af anden verdenskrig og i årene lige efter.

Epidemien trivedes især i kredse man dengang kaldte ”asociale omdrivere” og ”bolværksmatroser”, der holdt til i og omkring Nyhavn og boede i de saneringsmodne kvarterer omkring Kongens Nytorv og på Christianshavn for så vidt de havde fast bopæl. Nogle få af disse havde været morfinmisbrugere allerede før krigen og de var begyndt at tage morfin primært som rusmiddel i det sydlige udland eller som sømænd under rejser til østen. I Nyhavnsmiljøet fandt de sammen med andre, der i forvejen levede en småkriminell tilværelse med sortbørshandel og lignende, og som var begyndt at bruge disse stoffer i en periode, da disse stoffer blev ordineret med let hånd af mange læger.

Efter at det var slået an at bruge det her, begyndte de så at løbe lægerne på dørene, stjal receptblokke, lavede indbrud på apoteker, og de arme læger anede jo ikke deres levende råd, når der kom sådan en morfinist ind i konsultationsværelset.

På den tid betragtedes det som uetisk at skrive morfinrecepter til en narkoman. Det måtte man simpelthen ikke. Men der var efterhånden en del af dem, og lægerne blev jo plaget til døde af de her narkomaner, så selv om det var uetisk, så var der mange der sagde at staklerne skal jo have et eller andet, eller man sagde at nu orker jeg altså ikke kampen med dem mere, så lad dem dog få et eller andet, så jeg kan være fri for dem, ikke....

Senere blev man enige om at man skulle prøve at centralisere det i centralvisitationen, som man dengang havde for fordeling af patienter på kommunehospitalet. På den måde kunne de praktiserende læger og hospitalslægerne slippe for dem og sige: ”så må i henvende jer i centralvisitationen”. På det tidspunkt var offentlighedens opmærksomhed i den grad vakt, og

man mente at den eksisterende lovgivning måtte være utilstrækkelig. I kølvandet på en betænkning fra 1953 skete der så en administrativ og lovgivningsmæssig stramning af kontrollen med disse stoffer. Det er på det tidspunkt at jeg kommer ind i billedet. Midt i 50'erne var jeg i gang med min uddannelse som psykiater på Bispebjerg Hospital, hvor et af vore specialer var at behandle patienter med forgiftninger. Først og fremmest sovemiddelforgiftninger med barbiturater, som folk døde som fluer af. Vi blev efterhånden meget dygtige til at kunne redde folk igennem.

Var sovemiddelforgiftninger ofte selvmordsforsøg?

Ja, helt overvejende. 90 %.

Hvor almindeligt forekommende var forgiftninger med morfinpræparater?

Iblandt selvmordsforsøgene kom der også en del som havde taget morfinpræparater, men i det store billede var de ikke hyppige. Udvalget af medicinske præparater var jo dengang ikke ret stort, men folk lå jævnligt inde med morfin-tabletter, opiumsdråber og den slags ting og prøvede også at tage sig af dage med det. Noget af det første jeg skrev om, var en gennemgang af 145 tilfælde af morfinforgiftninger som blev behandlet i forgiftningscentralen på Bispebjerg Hospital mellem 1949 og 1954.

Hvilken effekt regnede man i offentligheden med at de nye stramninger skulle få? Fulgte man udviklingen?

Jeg gjorde faktisk et forsøg på at følge op på effekten af den nye lovgivning med henblik på at lave en doktordisputats om emnet. Men den plan måtte jeg i første omgang opgive. Man havde ellers fået lavet noget der hed morfin-kartoteket i Sundhedsstyrelsen, hvor man prøvede på at opgøre, hvor mange læger der gik galt i byen, hvor mange patienter som fik morfinpræparater hos lægen, og hvor mange halv- og helkriminelle narkomaner der var i København. Men registreringen var ikke særlig højt prioriteret. En enkelt kon-



Høring om narkotikamisbrug¹, 1967.

tormand sad og passede det arkiv. Det var før edb og al den slags ting. Engang imellem kastede han sig over nogle bestemte mennesker og nogle bestemte grupper, og somme tider nogle andre. Der var ikke tale om en systematisk opfølgning af noget som helst. Der var mere tale om stikprøvekontrol, så folk ikke skulle føle sig alt for sikre i sadlen, hvis de havde dårlig samvittighed.

Da jeg ikke kunne løbe rundt til folk og sige: “Jeg har fundet Deres navn i et hemmeligt kartotek, hvordan går det?”, var jeg stort set henvist til et arkivstudium, til de oplysninger der fandtes i morfinkartoteket. Men materialet var simpelthen for tyndt, observationstiden var for kort og udgangsmaterialet var tvivlsomt. Jeg følte ikke at undersøgelsen stod mål med en standard jeg selv kunne stå inde for.

Hvad gjorde de praktiserende læger når de blev opsøgt af en fra Nyhavnsgruppen? Hvilke muligheder havde man?

Der var indtil flere muligheder! Der var selvfølgelig den mulighed at sige nej. Der var også den mulighed at sige



SCANPIX

ja - og specielt ældre læger der ikke havde ret mange patienter og ikke ret mange kunder i butikken, de skrev så. Man betalte jo for at gå til lægen, hvis ikke man var i sygekassen.

Hvad skrev man typisk recept på?

Stort set det der hedder metadon i dag, som var meget populært under datidens handelsnavn, butalgin, og som havde været på markedet i Danmark siden 1947. Og af en eller anden mærkelig grund så foretrak Nyhavnseufomanerne butalgin frem for noget andet - det var lidt på mode i de kredse, måske blandt andet fordi butalgin af uransagelige grunde ikke var omfattet af opiumsloven før i 1952 og dermed ikke var strafbart at tuskhandle med.

Hvorfor foretrak datidens læger mon at ordinere butalgin frem for eksempelvis petidin eller morfin?

Da metadonen allerførst kom frem som smertelindrende præparat troede og håbede læger, at det var et stof der var lige så godt som morfin, men ikke med alle de her skrækelige konsekven-

ser som morfin kunne have - man blev nok ikke så afhængig af det, men det var meget løst funderet viden. Det var samme historie med petidin. Der er et mønster som gentager sig når nye stoffer kommer på markedet. De bliver slynget ud, man tror alverden, håber det bedste. Erfaringerne viser ofte noget andet.

Blev butalgin markedsført i lægemiddelkatalogerne som et stof uden samme afhængighedsskabende potentiale som morfin?

Det kan jeg ikke huske. Men det må man formode var tilfældet. Dog muligvis ikke i Danmark, men nok i udlandet.

Et af de få historiske vidnesbyrd vi har om livet som narkoman i 50'erne og 60'erne er Tove Ditlevsens selvbiografi. Man får indtryk af at eufomanernes måde at skaffe sig stoffer på var at lyve sig til smerter, som man så om og om igen fik ordineret præparater mod. Suppleret af forfalskede eller stjålne recepter. Var det sådan det var?

Det er en fuldstændig korrekt fremstilling. Nu om dage må det forekomme ubegribeligt, at der op til slutningen af 60'erne ikke fandtes noget illegalt

marked for narkotika i Danmark. Men sådan var det. Illegal import fandt ikke sted, kun lidt sortbørshandel, sådan en slags tuskhandel, hvor de handlede indbyrdes og byttede frem og tilbage. Ingen havde rigtigt overblik over det, og det blev aldrig undersøgt for det forsvandt, men de daværende "innovatorer" var enten ikke opfindsomme nok til at få organiseret en indsmugling fra udlandet, eller også var misbrugernes antal for ringe til at gøre indsmugling profitabel.

Vil det sige at alle de narkotiske stoffer folk indtog stammede fra legale kilder?

Ja, fra lægepraksis og fra apoteker. Det havde alt sammen sin rod i det officielle system. De morfinhungrende patienter blev kaldt "flakkere" fordi de opsøgte et stort antal læger for at få recepter på euforiserende stoffer og de anvendte tit falske data. Jeg kan huske som ganske ung vagtlæge, hvordan man havde lister over narkomaner. Der var dem som kaldte lægevagt hver evig eneste dag og skulle have en sprøjte, og det var vi jo ikke rigtigt indstillet på at

bruge tid på.

I Winsløvs bog, Narreskibet, står at det i 1955 var en udbredt indstilling at "man da ikke tager stofferne fra eufomaner". Kan du bekræfte dette?

Sagen var at man gerne ville have lidt orden på det. Så meget indsigt havde man da også dengang, at hvis man bare sagde nej, så ville mange af dem jo begynde at stjæle recepter, og begå apoteksindbrud og hugge lægetasker og hvad de nu ellers kunne finde på. Måske overdrev man faren ved at ordinere, men indstillingen var, at det var bedst, hvis man kunne behandle dem og nedtrappe dem, men når det ikke (endnu) var aktuelt, så kunne man henvise dem til kommunehospitalets visitator, hvor de så kunne komme ind hver dag og få en sprøjte og hvad man nu ellers kunne få. Helt inhumant var det ikke.

Anderledes betænkelig var man i forhold til lægerne. Man kunne jo ikke rigtigt lide, at man havde taget så mange læger i at være morfinafhængige. Især derfor fik man indført den stramning, at apotekerne skulle registrere alle recepter på morfinlignende stoffer samt amfetamin på lægenavn og adresse på den der fik stoffet. Disse lister blev så tilsendt embedslægerne,

som skulle kigge efter om der var nogle lægers ordinationer som så særligt slemme ud, og så kunne de tage affære, og/eller sendte listerne videre til Sundhedsstyrelsen, hvor en enkelt mand sad og kiggede de her håndskrevne lister igennem,

Man glemmer let hvordan registrering var noget utroligt kompliceret noget før man havde EDB at ty til. Alt hvad man kunne lave var nødvendigvis en stikprøvekontrol. Meningen var ikke at lægerne skulle hænges ud, meningen var at ville hjælpe dem, ved at lægerne følte at de ikke lå og kørte det der løb alene. At det var noget man så alvorligt på, og at de skulle holde sig fra det. Meningen var at det skulle have en profylaktisk effekt, så lægerne omgikkes de der ting med lidt større varsomhed end de havde gjort før. I virkeligheden udviste Sundhedsstyrelsen meget stor langmodighed, hvis der var læger som brugte for meget selv. Så fik de mulighed for at fraskrive sig ordinationsretten til de der ting for en tid, og det de fremdeles skulle bruge i deres praksis, det kunne de så få embedslægen til at skrive til sig.

Disse foranstaltninger havde bestemt en bremsende effekt. Før var det kun hvis læger lavede ulykker, at

embedslægerne havde mulighed for at opdage det. Der var ingen som havde kontrol med hvad der blev handlet med gennem apotekerne. Det var der ingen som havde tænkt på at man skulle kontrollere. Den daværende medicinaldirektør var en meget liberal mand, og han var ikke meget for at man skulle forfølge lægerne. Når den stakkels mand som sad inde i Sundhedsstyrelsen i en halvdagsstilling, klagede over for meget overarbejde nægtede Frandsen konsekvent at bruge flere penge eller ressourcer på det. Han syntes at det var nok at man havde hejst et gult flag - nu skulle de passe på. Der var ikke tale om nogen heksejagt. Det har aldrig rigtig været dansk stil.

Ikke som i USA hvor tusindvis af læger kom i fængsel i årene 1920-1965 for at ordinere morfinpræparater m.m. til patienter som de vidste eller burde have vidst var stofafhængige ?

Slet, slet ikke. I USA var det jo helt forfærdeligt. For os stod det som lidt af et skræmmebillede med deres absolutisme. I USA var det jo alvorligt kriminaliseret, og folk - også læger - fik skrækelige fængselsstraffe hvor de blev buret inde i umindelige tider, og det hjalp jo ikke ret meget. Imens havde man den her diskussion om narkomani var en sygdom eller en forbrydelse og det kan naturligvis være begge dele, men narkomani som sådan er jo ikke nogen forbrydelse. Jeg er også lidt i tvivl om det i grunden er en sygdom. Men der er i hvert fald nogen der trænger til hjælp på en eller anden måde, ikke ? Og der er tale om uheldig adfærd med nogle forfærdelige helbredsmæssige konsekvenser. Men amerikanske tilstande det er der ikke nogen som har ønsket sig på noget tidspunkt, i hvert fald ikke på dette område.

Inden du gik i gang med dit metadon-projekt, var situationen altså den, at metadon var kendt i lægepraksis, og at den i en vis udstrækning blev ordineret til patienter der på forskellig vis appellerede om at få recept på det, men metadon var ikke på nogen måde kendt som et vedligeholdelsesstof. Det var



Møde i "Kontaktudvalget vedr. Ungdomsnarkomanien" ², 1968, Mogens Nimb ses yderst til højre

“Man havde den her diskussion om narkomani var en sygdom eller en forbrydelse og det kan naturligvis være begge dele, men narkomani som sådan er jo ikke nogen forbrydelse. Jeg er også lidt i tvivl om det i grunden er en sygdom. Men der er i hvert fald nogen der trænger til hjælp på en eller anden måde, ikke?”

simpelthen for at få ro for en plage at man ordinerede metadonen ?

Ja, sådan var det, og dertil kom at den tids narkomaner af forunderlige grunde syntes at foretrække metadon og yderligere spillede det også ind at man anså metadonen for lidt mindre skadelig. Morfin havde sådan en ilde klang.

I farmakopeen fra 1964 står der intet om metadon som et behandlingsstof i forhold til narkomani? Hvordan kommer du i 1966 på at behandle narkomaner med metadon? Havde du læst om det i et fagblad?

Nej, jeg blev såmænd inviteret til Amerika. En dag ringede Vincent Dole til mig. Han havde fået mit navn af professorerne på Rigshospitalet, der vidste at jeg arbejdede med disse ting, og da han sammen med sin kone Marie Nyswander havde fundet ud af, at metadon på grund af stoffets meget lange eliminationstid kunne bruges til at holde abstinenssymptomer væk, og da det syntes at have god effekt på det første dusin patienter han havde behandlet på Rockefeller Universitetet, ville han gerne forelægge metoden og sine resultater for en lille eksklusiv forsamling. Så jeg drog til Amerika for at komme over og høre om det og se nærmere på tingene, og der så jeg så det mirakel han havde udført.

Var det før der overhovedet var publiceret noget endnu?

Ja, det var det, og det var helt fantastisk. Jeg var ved at falde på halen af forbavelse. Jeg tænkte nu var problemet løst, og på det tidspunkt troede Dole det også selv - selv om han nok aldrig har indrømmet det. Alle som hørte ham og så det, troede at den magiske kugle var fundet.

Jeg var ude og hilse på nogle af patienterne, det var jo for en stor del fattigfolk oppe fra Harlem, som jo nok har været svært fysisk afhængige af det og har færdedes i kredse hvor Gud og hvermand brugte det, og der var aldrig nogle mennesker der havde taget sig af deres problemer nogensinde før. Og pludselig bliver de omringet af læger,

socialrådgivere og pædagoger der hjælper dem i hoved og røv, og så blomstrer de jo op. Mange af dem fejlede jo absolut ikke andet end at de tilfældigvis gik og brugte nogle stoffer ligesom deres kammerater, ikke? Og de begyndte at tjene penge og studere og blev mønsterborgere og betalte skat. Det var de vises sten.

Dole mente groft sagt, at nogen mennesker ikke rigtigt kunne fungere ordentlig uden at få tilført et morfinlignende stof som metadon i kroppen, fuldstændig ligesom diabetikere ikke kunne være uden insulin, og fik de det, ja, så fungerede de, ligesom hvis de havde sukkersyge og fik insulin. Det var den sammenligning man brugte, og det lød jo så indlysende rigtigt. Og selv om det var en højst tvivlsom affære, så fik jeg jo skrabet nogle af mine “gode venner” fra Nyhavn sammen og tænkte at nu skal jeg få dem til at blive mønsterborgere. Det blev de jo bare ikke.....

Troede du selv på det ?

Ja, jeg troede fuldt og fast på det ! Fuldt og fast. Det kan jeg godt love dig og jeg trodsede ild og vand og fik udskrevet litervis af metadon, og det var jo ellers fuldstændig utænkeligt dengang. På apoteket rynkede de på næsen, men de vidste godt at jeg nød højere magters beskyttelse inde i Sundhedsstyrelsen, så når jeg fandt på forrykte ting, så måtte jeg jo have en eller anden form for rygdækning for det. Så der var ingen som gjorde mig noget.

Er det rigtigt at du var den første uden for USA, der gav metadon til narkomaner efter Dole/Nyswander's lancering af denne terapi ? Ja, det var jeg.

Var det ikke svært at få lov ?

Nej, rygdækning havde jeg jo fordi jeg kendte alle de folk inde i Sundhedsstyrelsen, og de mente nok at det var et forsøg værd. Alting foregik meget uformelt dengang. Vi udvekslede jo ikke traktater

Der skulle ikke laves en forsøgsprotokol ?

Nej, ingenting, slet ingenting. Vi gik bare i gang. Det var godt. Ingen tvivl om den sag. Som du ved, gik det jo ikke helt så godt. Og da det ikke gik helt så godt, blev jeg skuffet ud over alle grænser, som man kun kan blive det når man har været ovenud optimistisk. Jeg havde været i Amerika og “set lyset”.

Hvor stor var din målgruppe? Hvor mange af dem havde du forestillet dig skulle være med? Der var anslået 200 “Nyhavns-eufomaner” i målgruppen. I programmet første og mest optimistiske halvår havde vi nærmest åbent hus for alle. Men der kom kun 25 ud af anslået 200, og af disse udgår 11 af behandlingen. Ikke ligefrem opløftende tal.

Man kan gøre sig sine spekulationer over hvorfor kun 1/8 mødte op. Jeg havde jo forventet, at de alle var kommet til mig, for jeg havde løsningen på deres problem, men det gjorde de ikke. Noget tyder på at udsigten til en fast ration af metadon peroralt og under kontrol ikke i større omfang blev hilst som noget favorabelt tilbud.

Det er også muligt at tallet 200 slet ikke holder. Jeg er ikke sikker på om de alle sammen har været lige meget narkomaner. Dengang havde man en meget firkantet opfattelse af det der. Man troede én gang narkoman altid narkoman, men mange af dem slog sig på druk i stedet for og det var jo hyggeligere og det kunne jeg jo ikke helbrede, det vidste jeg jo godt.

Søgte du at stabilisere dine patienter på godt 100 milligram metadon?

Ja, det var jo Doles anbefaling at man gik op et sted mellem 100 og 200 milligram i døgnet.

Skulle de også helst op i den dosis for at blokeringsvirkningen skulle indtræffe?

Ja, det skulle de.

Så der var ingen der fik 60 milligram eller mindre i døgnet?

Nej, det var det jeg havde lært derovre. Man skulle på blokeringsdosis, og der skulle de så holdes enten en meget lang tid eller måske for tid og evighed. Det

”Jeg måtte konstatere at ikke alle narkomaner var gode mennesker. Ikke alle var meget ivrige efter at stifte familier og betale skat. Det var ikke sådan, at folk blev lysende begavet og studieinteresserede eller noget i den retning, bare fordi de fik metadon. Det troede jeg jo...”



Narko-møde i Folkets hus, København³, 1976.

SCANPIX

kunne Dole jo af gode grunde ikke vide noget om, men hans opfattelse var i hvert fald at man ikke skulle holde op for tidligt. Og det lød jo meget rigtigt, for hvis det nu var et stof de manglede, så skulle de formentlig nok have det i en meget lang periode.

Så du dine patienter hver dag?

Dole mente at man helst skulle se dem hver dag, hvad man kunne få dem til i Amerika. Det var sværere i Danmark, og vi greb det lidt anderledes an. I starten så vi dem 2 gange dagligt, derefter kunne vi gå over til en gang dagligt 5 dage om ugen, og hvis der ikke var komplikationer kunne de overgå til at hente deres medicin 2 gange ugentligt. Hvis reglerne blev overholdt vankede der mere frihed. Problemet var bare, at det ikke var ubetinget lykkeligt at få metadon, når det fandt sted på den måde, som tilfældet var. De var stadig bundet, bare på en anden måde. Vi kunne jo ikke give dem med hjem til en

måneds forbrug ad gangen, og dermed kan man sige at metadon i nogen grad blot erstattede afhængigheden af stoffer med afhængighed af lægen eller med institutionen. Nogle af patienterne sagde lige ud, at i stedet for at være bundet til stoffet følte de sig bundet til mig, og det syntes de ikke var særligt fordelagtigt. Det kan jeg godt forstå. De fleste mennesker vil jo gerne have en eller anden form for frihed. Det var da heller ikke særlig rart. Men jeg troede alligevel at det var bedre, så længe det varede.

Var der nogen offentlig interesse for at man på Bispebjerg Hospital var gået i gang med at ordinere metadon til narkomaner?

Nej, det var der mærkeligt nok slet ikke, og som min holdning til sagen skiftede, så var jeg jo bestemt ikke interesseret i offentlighed. Manuskriptet fra det oplæg jeg holdt i Psykiatrisk Selskab offentliggjorde jeg aldrig. Det er ikke så morsomt at skrive om negative resultater.

Skrev du virkelig ikke noget om tiden på Bispebjerg og introduktionen af metadon-behandling i Danmark?

Nej, alt hvad jeg skrev om den sag er det du har (upubliceret manuskript holdt som oplæg i Dansk Psykiatrisk Selskab 1969). Det var det hele, og hvis ikke du havde opbevaret det - og Jørgen Jepsen før dig - så var det gået i graven, for på det tidspunkt ville jeg jo helst fralægge mig ethvert ansvar for at have haft noget med metadon at gøre.

Er det en skuffet Mogens Nimb, der holder oplæg i Psykiatrisk selskab i 1969?

Ja, helt og aldeles. Jeg troede jo at denne medicinske behandling ville gøre patienterne til nyttige samfundsborgere, at de ville begynde at forsøge sig selv. Dole satte oprindeligt som mål for sin metode at 65 procent af patienterne kunne gøres til ”almindeligt frustrerede, middelklasse-, skattebetalende borgere”. Da vi stopper med metadonen har

patienterne været i vedligeholdelsesbehandling i gennemsnitligt 2 år og 3 måneder. Da vi starter er der 4 som næsten konstant har arbejde. Da vi slutter er der én af disse som er holdt op med at arbejde, mens ingen andre er begyndt. Arbejdsmæssig status ændres altså ikke til det bedre i et eneste tilfælde, - tværtimod !

Jeg gjorde mig betragtninger om, hvorvidt mit klientel måske var skruet lidt anderledes sammen end Doles ? Mine patienter var ikke folk, der aldrig nogensinde før havde kunnet få hjælp og som nu for første gang blev taget hånd om. De har nok også været lidt ældre, mens Doles patienter fortrinsvis var yngre mennesker der aldrig før havde haft en ærlig chance her i livet, som man ikke har i de kredse i Amerika. Det kunne også tænkes at spille ind at incitamentet til at få beskæftigelse ikke var lige så stort i Danmark, som det var i USA, hvor selv lavtlønsarbejde kan være voldsomt attraktivt i forhold til størrelsen af de sociale ydelser.

Jeg måtte også konstatere at ikke alle narkomaner var gode mennesker. Ikke alle var meget ivrige efter at stifte familier og betale skat. Det var ikke sådan, at folk blev lysende begavet og studieinteresserede eller noget i den retning, bare fordi de fik metadon. Det troede jeg jo... (Nimb ler hjerteligt).

Faktisk snød og bedrog patienterne mig ligesom de havde snydt og bedraget alle andre. De "knuste" deres flasker og skulle have nyt, og så skulle de ud og rejse og så jamrede og klagede de og truede mig, fordi når de skulle komme og have det hver dag, så var de jo svinebundet til mig, og det var næsten værre end at være bundet til morfin. Sikke et cirkus. Det var meget vanskeligt. Jeg måtte spørge mig selv om mine patienter i virkeligheden var folk, der selv om de aldrig nogensinde var blevet narkomaner, måske stadig havde ført en marginal tilværelse i nærheden af samfundets bund ?

Det eneste jeg ikke spekulerede over dengang, var mit eget ambitionsniveau. Hvis man dengang havde sagt til mig, at du kan give dem metadon, skabe lidt

ro på feltet, så behøver de ikke lave så mange indbrud, de får ikke så mange overdoser og forgiftninger, man slipper for en masse ulykker, slipper for at sætte dem i spjældet og slipper for at indlægge dem, så ville jeg have syntes at metadonen havde en ypperlig effekt, men jeg havde helt andre forventninger. Jeg troede at resocialiseringsprocessen var noget som kom af sig selv, fordi de fik det her stof de manglede, og derfor var skuffelsen total.

Vendte du dig så mod metadonen ? Blev du metadonskeptiker ?

Da helvede brød løs omkring 1970 og en masse unge kom til og man på et større plan begyndte at tænke på om man skulle give metadon, da var jeg blevet så skeptisk at jeg gik helt imod det. Jeg mente, at kun når det angik folk, der havde dokumenteret, at de havde været narkomaner gennem længere tid, og havde været indlagt til afvænnning, og hvor alting var mislykkedes over en lang periode, der skulle man overveje det. At begynde at klassificere unge mennesker, som kun havde brugt stoffer og eksperimenteret i kortere tid som narkomaner, der skulle have metadon i resten af deres liv, det rystede mig, jeg syntes at det var en forfærdelig tanke, og derfor arbejdede jeg temmelig indædt imod det.

Havde du lejlighed til at diskutere tingene med dine fagfæller? Eller med Dole?

Ok ja, vi diskuterede op og ned ad stolper, og undervejs gjorde jeg mig uvenner med en stor del af mine egne kolleger, der gik ind for meget videre indikationer for at ordinere metadon end jeg gjorde.

Hvad Dole angår havde han været meget begejstret for hvad jeg havde gået og lavet på Bispebjerg. Han og hans kone havde været og besøge mig og sagde at det var det bedste program de nogensinde havde set uden for Amerika. Da jeg skiftede mening havde jeg først ikke villet fortælle det til Dole. Efterfølgende skrev han meget vrede breve til mig, om at det jeg havde lavet var uvidenskabeligt. Det var lykkedes

mig at blive dødeligt uvenner med Dole. Jeg havde været troende, og nu havde jeg mistet troen, og det gjorde mig til frafalden.

Det man nu kalder skadesreduktion, var det fremme i 60'erne og 70'erne?

Nej, slet ikke. Det er først efter at problemet har stabiliseret sig, at man begynder at tænke i skadesreduktion og sige: Vi har det her problem. Hverken loven eller medicinen eller sociale tiltag kan tilsyneladende rigtigt gøre kål på det. Hvordan kan vi sikre os at de her mennesker har en lidt mere tålelig tilværelse ? Hvordan kan vi sikre os at de ikke volder alt for mange ulykker ?

Sagen er, at omkring 1970 var man oprigtigt bange for at alle unge mennesker kunne blive narkomaner i løbet af en ganske kort årrække. Dengang havde man en fornemmelse af, at hvis man først begyndte at tage det der, så var man hooked, alle mennesker kunne blive hooked. Tallene voksede nemlig voldsomt i de år. Der var ingen, som vidste at de fleste slet ikke begyndte, og at der blandt dem som begyndte også var en del som slet ikke brød sig om det.

Heldigvis blev tallene ikke ved med at vokse, og antog aldrig epidemiske proportioner med fordoblinger hver anden uge eller sådan noget. Men så længe man troede at vi stod over for en epidemi, tænkte man mere i alt eller intet. Enten måtte man udrydde det her problem eller også ville det udrydde os. Sådan gik det jo bare ikke. Kurven fladede ud, og så havde man stort set det antal man havde.

Når man kigger tilbage på det efter så mange års forløb, så er det jo ikke så svært at se hvor man har taget fejl. Narkotikaproblemet som sådan repræsenterer ikke en egentlig fare for samfundet. Det vil ikke gå os som i Kina. De grupp vækkende billeder fra kinesiske opiumsbuler er ikke sådan som det kom til at se ud i Nyhavn. Vi fik aldrig noget der svarede til de kinesiske kuller der sad og visnede hen, hvilket var hvad vi frygtede.

Derfor synes jeg at det er en ny si-

“Jeg stak af. Jeg rejste fra hele baduljen. I 1974 fik jeg et tilbud om at lede et narkoprojekt oppe i den gyldne trekant mellem Burma, Laos og Thailand, hvor man skulle forsøge at få opiumen erstattet af nogle mere kristne grøntsager – den slags der ikke er helt så farlige”.

tuation, hvor man begynder at tænke i skadesreduktion. Dels ser man mere pessimistisk på mulighederne for at løse problemerne én gang for alle. Dels er man ikke længere bange for en epidemi, fordi man ved at ikke alle kaster sig over disse stoffer.

I hvilken udstrækning mener du at tilgængelighed påvirker udbredelsen af afhængighed? Stort set alle unge mennesker i dag bliver udsat for mere alkohol end det er rigtig rart at tænke på, men det fører dog gudskelov ikke til at alle bliver alkoholister. Der er også folk der ikke kan lide alkohol. Spørgsmålet er hvad der ville ske hvis flere end i dag udsattes for opium?

Kultur har mere at sige end man skulle tro. Da jeg kom til Østen lærte jeg at kinesiske købmænd – især i gamle dage – tog sig en pipe opium eller to, og lod det være godt, når man havde lavet en god handel. Vestlige forretningsmænd ville have fået sig et par sjusser. Vores forhold til rusmidler er et langt stykke hen ad vejen et kulturelt fænomen.

I det danske samfund har der været og der findes fortsat meget stærke modforestillinger over for brugen af morfinholdige præparater som rusmidler, og kun personer som klart afviger fra samfundets almindelige normer, vil bevidst og uden skrupler fejle disse modforestillinger til side og uden alvorlig skyldfølelse begynde på eller fortsætte med en anvendelse af disse stoffer, som man anser for uacceptabel.

Man skal også tage en anden faktor i betragtning. På Harvard har man lavet forsøg hvor nogle studerende fik forskellige stoffer uden at vide hvad det var. De skulle beskrive om effekten var behagelig, ubehagelig eller ikke eksisterende. Langt de fleste af studenterne kunne ikke lide effekten af opium. Nu kan man jo ikke som et eksperiment forsøge sig med at give unge mennesker opium til klassefesten i stedet for øl, men jeg tror faktisk, at ganske mange unge slet ikke ville bryde sig om opium, hvis de fik det. Og man bliver jo ikke forfalden til noget man ikke kan

lide.

Hvorimod man meget bedre kunne forestille sig at unge studenter ville kunne lide amfetamin for det gør dem kvikkere, og det kan jeg jo kun sige amen til, amfetamin synes jeg jo også er meget behageligere.

Er du af den observans, at man selv skal have prøvet stoffer på egen krop for at kunne udtale sig med vægt om emnet?

Nej, absolut ikke. Men jeg skal da ikke lægge skjul på at jeg har fået morfin i rigelige mængder, for jeg har været syg og haft store smerter, og der syntes jeg at morfinen var fantastisk god. Men den dag jeg var rask og ikke længere havde smerter, så følte jeg overhovedet ikke trang til at få mere, selvom jeg forinden havde fået det i månedsvis. Mig har morfin ikke nogen appel til.

Ikke andet end hvis det kan tage mine smerter så er det i orden, men som tilstandsændrende middel, nej der bryder jeg mig ikke om det. Bryder jeg mig ikke om at døse. Der ville jeg til enhver tid foretrække amfetamin, hvis jeg ellers kunne få fat i det, men det kan jeg jo ikke. Amfetamin kan holde mig vågen og kvik og aktiv. Det har jo noget at gøre med min egen idealdannelse, ikke? Jeg synes, at det er bedre at være vågen og interesseret end det er sidde og falde hen i drømmerier. Det bryder jeg mig ikke om. Ikke ret længe ad gangen i hvert fald.

Hvad skete der, da du var blevet klar over at metadonen ikke var nogen magisk kugle? Hvad stillede du op efter den store skuffelse? Jeg stak af. Jeg rejste fra hele baduljen. I 1974 fik jeg et tilbud om at lede et narkoprojekt i Thailand som var finan-



Afvænnning fra hash ved meditation 3. marts 1974

”Hvis der er for mange fjolser, så må man jo strikke det lidt tættere sammen, men man skal passe på med at skabe gener for alle eller store bureaukratier.”

sieret af United Nations Fund for Drug Abuse Control, UNFDAC, hvor man oppe i den gyldne trekant mellem Burma, Laos og Thailand skulle forsøge at få opiumen erstattet af nogle mere kristne grøntsager, gulerødder og kaffe - den slags der ikke er helt så farlige. Det kom der heller ikke så meget ud af. Man prøvede at lære dem andre former for landbrug, men de nye afgrøder var ikke lige så profitable.

Har du siden hen haft mere med misbrugsfeltet at gøre
Kun lidt fra sidelinien. Jeg ser hvordan de samme problemstillinger engang imellem dukker op i dagspressen, som om de er vældig nye, eksempelvis at Danmark bruger flere euforiserende stoffer end noget andet land i verden. Jeg skulle hilse og sige at det gjorde vi allerede i 30'erne, at komme med det i det 21. århundrede som en nyhed det kan jo godt undre mig en lille smule.

Hvad tror du egentlig det skyldes, at vi vedvarende ligger så højt i statistikkerne? Skyldes det mindre angst for at ordinere morfika, eller skyldes det mere pyldrethed, eller bedre lægeadgang?

Jeg ved det ikke, men synet på opiater har ændret sig voldsomt i min tid. Førhen var indstillingen hellere have ondt end risikere afhængighed. I dagens Danmark skal man ikke have ondt. Jeg har arbejdet i smerteklinikken på Herlev, og der er man jo ikke bange for at fylde på så hatten passer. Folk der har smerter kan jo få næsten al den morfin de vil have.

Det har næsten taget overhånd. Man kan også være for liberal og give for meget morfin på lidt for løse indikationer. Men det er trods alt bedre end før i tiden, hvor de fik for lidt. Man kan jo altid diskutere hvor grænsen skal være. For 37 år siden lancerede du metadonbehandling i Danmark. Næsten 4 årtier senere er der stadig store variationer fra amt til amt i hvordan og i hvilket omfang man giver metadon. Hvorfor tror du det er sådan?

I et lillebitte land kan der være enorme forskelle. Jeg ville gætte på at det for-

holder sig på samme måde med mange andre ting, for eksempel tildeling af førtidspension. Fra min tid i invalideforsikringsretten, hvor man centralt sad og delte ud af det der hed invalidepensioner dengang, vil jeg gætte på, at der efter decentralisering af pensionstildelingen til amterne også er fremkommet regionale forskelle på hvordan man forvalter den sag. Og det skulle ikke undre mig, om det var præcis de samme steder, hvor man er strengere med tildeling af førtidspension at man også er streng med hensyn til det andet. Kunne det ikke være tilfældet? Jeg vil nødtigt afsige nogen dom, men man må konstatere, at det der er rigtigt i Vestsjælland, åbenbart ikke er rigtigt i Vestjylland. Og omvendt.

Hvordan ser du på oprettelsen af de amtslige behandlingscentre og indgrebet i lægernes frie ordinationsret? Skal der detailreguleres på dette område?

Det synes jeg ikke. Selvfølgelig kan læger være nogle fjolser. Og hvis der er for mange fjolser, så bliver man jo nødt til at gribe ind, så må man jo strikke det lidt tættere sammen, men man skal passe på med at skabe gener for alle eller store bureaukratier. Hvor dårlige er erfaringerne eksempelvis med metadon, som videresælges? Hvor attraktivt er det? Hvor meget skal alle lide under restriktioner, hvis der er enkelte brodne kar?

Den bedre stabiliserede gruppe synes jeg da godt praktiserende læger kunne tage sig af, forudsat at lægen føler det som sin opgave at hjælpe, hvad der givetvis er nogle læger der gør, og andre som ikke gør. Men hvis læger på den anden side bare sidder og udleverer recepter bevidstløst så er det da ikke tilfredsstillende. Jeg vil gætte på at langt de fleste praktiserende læger egentlig helst er fri for at have noget med ordination til misbrugere at gøre. Men hvis nogle læger finder, at deres opgave i livet er at hjælpe deres patienter med det her, og de i øvrigt gør det på nogenlunde rimelig vis, så synes jeg at de skulle have lov til det.

Hvad der er bedst afhænger af situa-

tionen. Er der tale om en ung kriminel drop-out eller folk med meget omfattende problemer, så er det klart, at så kan man ikke bare stikke ham en flaske metadon og sige: gå ud og hjælp dig selv. Så skal der ske noget andet også. Så er klinikkerne bedst. Men hvis der er tale om ældre forholdsvis velstabiliserede og socialt tilpassede personer synes jeg, at det ville være forkert at de skulle være tvunget til at deltage i mere omfattende tilbud. Hvorfor i alverden skal sådanne folk løbe lange afstande til en klinik, eller blive lagt hindringer i vejen for en almindelig livsførelse, hvis de opfører sig nogenlunde fornuftigt og de har et godt forhold til lægen? I almindelighed er jeg blevet mere restriktiv med alderen, men på dette punkt vil jeg fastholde et lidt mere liberalt synspunkt.

Da du startede med metadonen virker det som om der var tale om en ren medikamentel behandling. Nu taler man meget om at metadon ikke må stå alene, om metadon-understøttet behandling. Hvad vejer tungest i dine øjne: substitution eller den ledsagende psyko-sociale-sundhedsindsats? Er en af delene den egentlige behandling? Eller er begge dele lige uundværlige?

Selv hos Dole og Nyswander skete der jo ret så meget andet ved siden af den medikamentelle behandling. Det har de aldrig rigtigt ville indrømme. Han var jo biokemiker, og han ville jo gerne have at det var biokemien som gjorde tricket, men der skete mange andre ting.

Man kunne ikke undgå at bemærke en stor og smittende entusiasme blandt såvel patienter som terapeuter. En optimistisk og forventningsfuld holdning og atmosfære var fremherskende, og det er svært at tro at resultaterne ikke blev positivt påvirkede heraf. Men ubestrideligt var det, at metadonbehandlingen var det grundlag, hvorpå resten blev bygget op.

Noget lignende gjorde sig gældende på Bispebjerg. Vi gav jo heller ikke kun metadon. Sygeplejerskerne tog sig af dem. Vi holdt julefest med dem på afdelingen. Narkomanerne kom med

Hvis læserne ligger inde med billeder eller andet materiale, der kan være med til at dokumentere udviklingen på dette område, hører redaktionen gerne om det.



Michael Jourdan
er filosof og redaktør på STOF

deres børn, og de fik julegaver. Det er jo aldrig til at sige. Projektet gik ud på metadon, men så snart der er mennesker involveret i at udlevere det og at snakke med folk, så sker der jo en masse andre ting også. Det var jo ikke noget bevidst, struktureret program, men de kom jo løbende fordi de godt kunne lide sygeplejerskerne og de andre mennesker der arbejdede sammen med mig, og snakkede med dem om alt muligt mellem himmel og jord. Det gør det jo vanskeligere at sige hvad man skal definere som behandling, medicinen eller den menneskelige kontakt, som man også har brug for ?

Nogle læger mener at man skal ansue afhængighed som en kronisk sygdom. Andre taler om meget længere behandlingforløb end behandlingsplanernes gængse horisonter ? Hvad tænker du om den sag?

Man må jo se i det konkrete tilfælde hvordan man får det bedst mulige ud af det, man kan jo ikke hale dem alle sammen op ad suppedasen, det ved man jo godt. Men de skal jo være ret langt ude, for at man kan påstå at nu har man ikke mulighed for at gøre mere.

Hvad angår det mere kronisk belastede klientel kan jeg godt følge skadesreduktionsfolkene et langt stykke hen ad vejen. Men det ændrer ikke ved, at jeg da vil foretrække at folk kommer ud af det. Man skal da prøve at afvænne folk hvis man kan, ikke ? Det kan ikke nytte noget at skulle hælde medicin i halsen på dem alle sammen, hvis ikke det er et led i noget andet. Hvor længe skal man blive ved: 2 år, 5 år, 10 år, i al evighed? Jeg ved det ikke.

Michael Farrell fra Maudsley-hospitalet i London - en af de helt store kanoner inden for forskning og praksis på substitutionsfeltet - udtaler at "metadonordination fortsat er et højkontroversielt stridsspørgsmål. Man støder fortsat på mistro og modvilje mod metadon og anden substitutionsbehandling blandt såvel brugere, som blandt professionelle i behandlingssystemet og i samfundet som sådan, til trods for at de gavnlige effekter er ret veldokumenterede". Hvad siger du til det? Det er rigtigt. Men når det er sagt, så

tror jeg i den grad man mangler nogle alment anerkendte parametre for hvad der er succes og ikke succes. Skal folk have et godt liv ? Et samfundsnyttigt liv? Er det en succes hvis folk drikker i stedet? Er det en succes, hvis bare folk overlever?

I bagklogskabens ulideligt klare lys, hvad ser du så når du kigger tilbage på årene 1966-69, nærmere bestemt introduktionen af metadonbehandling på Bispebjerg Hospital foretaget af en læge ved navn Nimb?

Der er så meget man kan se som årene går, som man ikke kunne se dengang. Jeg har ændret lidt opfattelse, og vurderer tingene anderledes nu. Nu kan jeg godt se, at det ville have været synd ikke at fortælle om hvad der foregik, for det er jo en del af historien. Der var jo ikke noget galt med metadon, det der var galt var mine forventninger som var næret af Dole. Men jeg kan jo ikke give ham skylden for det, for det var en udmærket opdagelse han gjorde. Jeg blev bare smittet af hans initialbegejstring.

Set i bakspejlet vil jeg sige at introduktionen af metadon var en relativ succes, men ikke i forhold til mine datidige forventninger. Forskellen mellem succes og fiasko er for en stor del afhængig af ens ambitionsniveau. Hvis du har regnet med at få 13 til din eksamen og så får 9, så bliver du meget, meget ked af det. Hvis du derimod havde regnet med at dumpe, bliver du kisteglad. Sådan er det også i narkobehandling. Ambitionerne på klienternes vegne og egne ambitioner spiller en upåagtet stor rolle. Det ville være rart, hvis folk der beskæftigede sig med det kunne blive nogenlunde enige om, hvad de ville betragte som en rimelig succes.

Litteratur:

- Mogens Nimb: "Morfinforgiftninger", særtryk af U.f.L. 118, nr. 3, 1956
Mogens Nimb: "Narkotika, sovemidler og stimulanter", Kbhvn. 1961
Mogens Nimb: "Behandling af narkomaner med vedligeholdelsesdoser af methadon", upubliceret manuskript til foredrag holdt i Dansk Psykiatrisk Selskab 13-10-1969
Tove Ditlevsen: "Gift", Kbhvn. 1971
Mogens Nimb: "Misbrug af euforiserende stoffer i

1950'erne med efterundersøgelse i 1972: København I, Læger II, Provinsen III", Kbhvn., 1975
Jacob Hilden Winslow: "Narreskibet, - en rejse i stofmisbrugerens selskab fra centrum til periferi af det danske samfund, Kbhvn, 1984
Michael Farrell i "The Methadone Briefing" af Andrew Preston, UK, 1996

Mogen Nimb - „Blå bog“:

f. 1925
Kandidat 1953, Speciallæge i psykiatri 1963, Overlæge 1963, Dr. med 1975.
Har i årene 1953-74 haft sit virke på psykiatriske afd. på Bispebjerg Hospital, Rigshospitalet og Sct. Hans Hospital og i årene 1978-95 på KAS Nordvang Glostrup og KAS Herlev psyk. afd.

Andre opgaver og poster:

- 1958 Konsulent WHO (drug addiction)
1958 Observatør ved FN's narkotikakom.
1963 Konsulent forsorgshjemmet Sundholm
1965 WHO expertpanel (drugdependence)
1965-67 Konsulent Øresundshospitalet
1967-68 Medl. af Sundhedst. arbejdsgruppe vedr. ungdoms misbrug af narkotiske stoffer
1968-69 Medl. af regeringens kontaktudvalg vedr. samme
1967-70 Medl. af fællesnordisk komite vedr. narkotikaforskning
1969 FN mission til Iran 1969 (behandling og rehabilitering af opiumsmisbrugere)
1970-71 Konsulent Københavns fængsler
1974-76 WHO project manager i Thailand
1976-78 Regional adviser (mental health) WHO Western Pacific Region

Billednoter:

- 1 Prof. Erik Jacobsen yderst til højre er den verdensberømte opfinder af antabus.
- 2 Personerne på billedet nederst s. 53 skulle fra venstre være: Kontorchef Trier Jacobsen, Udenrigsmin., Stadslæge Knipschildt, Kontorchef Vagn Holm, Socialmin., Konsulent Peter Schiøler, Undervisningsmin., Kontorchef Hans Henrik Brydensholt, Justitsmin., Fuldmægtig Boel Ulf-Møller, Sundhedsstyrelsen, Overlæge Finn Jørgensen, Sct. Hans Hospital og Fængselsvæsenet, Overlæge Mogens Nimb, Bispebjerg Hospital.
- 3 Offentligt møde i 1976 arrangeret af Landsforeningen til Hjælp for Misbrugere af Rusgifte, hvor man drøftede narko-situationen i København. På talerstolen ses Kaj Bengtsen, socialarbejder i narkocentret på Halmtorvet - i dag centerleder i Storstrøms Amt.