

SORTEPER

-det kan du selv være-



STATENS FILMCENTRAL

SORTEPER

– det kan du selv være

En film af Christian Hartkopp

16mm, farve, 48 minutter

Manuskript: Charlotte Strandgaard, Peer Jansson
Drejebog: Dola Bonfils, Mogens Kløvedal, Christian Hartkopp
Foto: Peter Roos
Fotoassistent: Eigil Jacobsen
Lyd: Troels Orland, Leif Jensen, Michael Dela
Instruktørass.: Dola Bonfils
Produktionsledelse: Vibeke Windeløv, Erik Nissen
Make-up: Leif Hägg
Kostumer: Birthe Qualmann, Manon
Scenograf: Carl Otto Hedal
Rekvisitør: Inga Hedal
Lys: Søren Danielsen, Søren Rasmussen
Klip: Janus Billeskov Jansen, Christian Hartkopp
Medvirkende: Carl Quist Møller (Carl), Susse Brodersen (Hanne), Lone Lindorff, Leif Sylvester Petersen, Hannah Bjarnhof, Helle Ryslinge, Peter Østed, Esben Højlund Carlsen, Ove Brusendorff, Ole Hartkopp, Svend Heinild, Hans-Henrik Voetmann.

Produceret af Statens Filmcentral med tilskud fra Egmont H. Petersens Fond, Kalundborg Kommune, Københavns Kommune, Ministeriet for kulturelle anliggender og Vestsjællands Amtskommune hos Minerva Film.

Fotografierne på siderne: 3, 5 og 11 er fra Kysthospitalet på Refsnæs omkring århundredskiftet. Øvrige fotografier og lay out: Peer Jansson. Trykt hos Frede Rasmussens Bogtrykkeri.

Denne pjece, der er udgivet af Statens Filmcentral, udleveres gratis til brug i forbindelse med forevisning af filmen. Henvendelse til Statens Filmcentral, Vestergade 27, 1456 København K eller Jyllandskontoret, Lundingsgade 33, 8000 Århus C.

Statens Filmcentral 1980

Kysthospitalet på Refsnæs igennem 100 år

Svend Heinild

*Skjul dig menneske
hedder det elvte bud i loven
din glæde må ikke lyse
din sorg må ikke ses*

(Charlotte Strandgaard)

Grundlæggeren

For at forstå en sag, også den foreliggende film SORTEPER, er historiske forudsætninger altid nødvendige. Enhver generation har fra tidernes morgen overtaget arven fra en forudgående. Enhver politisk bestræbelse, der ikke forholder sig til det historiske, kommer uvægerligt til kort. Megen nedvurderende kritik ville forstumme, hvis man gjorde sig klart, under hvilke vanskelige omstændigheder ethvert pionerarbejde i menneskehedens historie er blevet påbegyndt og udført. Dette gælder også oprettelsen af Kysthospitalet på Refsnæs.

Den idemæssige ophavsmand til Kysthospitalet på Refsnæs (K.p.R.), er *Sophus Engelsted* (1823–1914). Som nybagt medicinsk kandidat meldte han sig frivilligt i 1848 til militærtjeneste, hvor han som marinelæge i 3-årskrigen 1848–50 indlagde sig store fortjenester. Det var tider, hvor man i koldt vejr fik varme i sin kahyt ved at anbringe en ophedet kanonkugle i en bakke med sand. Efter krigen gjorde Engelsted tjeneste på Almindelig hospital (nu Nørre hospital) under koleraepidemien 1853. Han overværede, at 415 af 467 lemmer – som det hed dengang – døde af kolera i løbet af 5 uger.

Ikke mærkeligt, at Engelsted fik den livsfilosofi, som han beskriver i sin egen erindringsbog: Gammelt og nyt, om krig og cholera, tuberkulosens bekæmpelse, sundhedskollegiets ødelæggelse (C.A. Reitzels Forlag, 1910): »Det var blevet min overbevisning, at der med hensyn til bekæmpelse af disse sygdomme (tuberkulose og kønssygdomme) kan udrettes meget mere, såvel for samfundet som for enkelte personer, ved velovervejede, forebyggende foranstaltninger end ved forsøg på at råde bod på de af sygdommene forårsagede ulykker – forebyggelse er det vigtigste«.

Idéen til oprettelsen af K.p.R. fik Engelsted ved et studiebesøg i Frankrig, hvor man ved Berck sur mer i 1861 havde oprettet et kysthospital til behandling af

hårdt angrebne skropuløse børn fra hospitalerne i Paris. I øvrigt var der allerede i 1776 på den engelske kanals kyst ved Margate blevet opført The Royal Seabathing Infirmary. Han agiterede for tanken om oprettelsen af et sådant hospital, da han kom hjem, men idéen blev ikke godt modtaget, han blev nærmest udleet af kolleger, da han foreslog, at vi herhjemme skulle bygge et hospital direkte på strandbredden. Ikke desto mindre lykkedes det den modige energiske og stædige mand, der i øvrigt i politisk henseende var stokkonservativ, at samle en kreds af formående mennesker på Hulerød Kro i Nordsjælland 11. august 1872: etatsråder, geheimeetatsråder, højesteretsadvokater m.m. Her blev beslutningen truffet, og stedet, sydkysten af halvøen Refsnæs, fundet efter nøje geografiske studier. Der er i reglen dobbelt så mange solskinstimer på vestkysten af Sjælland som på østkysten.

Engelsted var, som oven for antydte, det vi i dag kalder reaktionær. I sin ovennævnte erindringsbog bad han »gud råde bod på alle de ulykker, som systemskiftets klassepolitiske førere har påført vort samfund ved misbrug af parlamentarisme og under beskyttelse af denne«. Man bør dog nok erindre, at det ovennævnte møde på Hulerød Kro fandt sted i efterklngen af »slaget på Fælleden« 5. maj 1872, hvor politi og militær splittede de socialistiske demonstranter. Ikke sjæl-

dent har man set reaktionen samle kræfterne og yde det ypperste, når oppositionen truede dens position. Det er i det hele taget nok en lov, at mennesket yder det bedste i en konfliktsituation. Sophus Engelsted står nu i granit foran K.p.R. Hans tanker om forebyggelse er så sande i dag som i 1875, men der skulle gå næsten 100 år, før man begyndte at forstå dem.

Om ændringen i sygdomsmønstret 1875-1975

Ingen kan i dag komme uden om at konstatere, at sygdom ikke blot er et rent biologisk fænomen uden anden årsagsforbindelse med omverdenen end bakterier, giftstoffer, medfødte defekter samt »endnu ukendte faktorer«. Tiden er omsider ved at være inde til at erkende, at sygdom kan være udtryk for et givet samfunds sociale tryk, såvel naturligvis som personlige emotionelle spændingstilstande, ja for bristede forhåbninger. Begrebet sygdom er i sig selv en abstraktion. Der findes ikke sygdom, kun syge mennesker. Man kan også udtrykke det på den måde, at sygdom er et kulturelt fænomen, som står i den mest intime forbindelse med livet, som det leves i det pågældende samfund. Vi har i dette århundrede i vor del af verden,

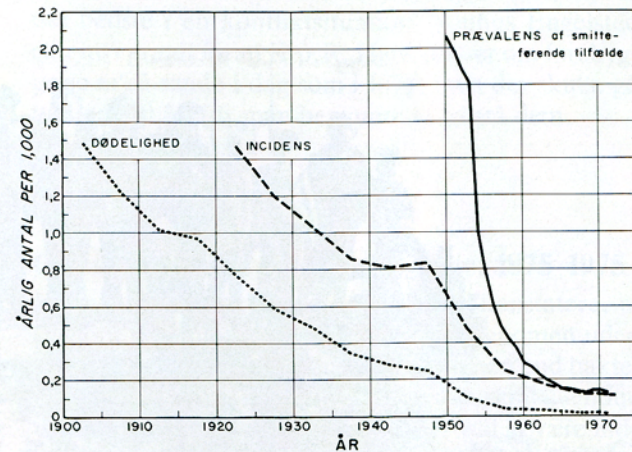


Luften, lyset og vandet.

den vesteuropæiske civilisationskreds, været vidne til en social revolution af hidtil uset omfang. Levestandarden er på alle områder højnet så meget, at vi nu, i hvert fald hvad ernæringen angår, praktisk taget er nået til en udligning mellem de sociale klasser. Trods den stadig i høj grad påkrævede boligdiskussion må det heller ikke glemmes, at vi trods alt også på det bolighygiejniske område er nået meget langt. Fremskridtene på f.eks. vand- og mælkehygiejnens område er øjensynlige for alle. Hertil kommer, at reallønningen for alle samfundsklasser, ikke alene arbejderstanden, er steget til det 3-4 dobbelte af, hvad den var i århundredets første årtier, måske mere, samtidig med at prisen på forbrugsgoderne, takket være industrialiseringen, er faldet ret betydeligt, sammenlignet med indtjeningsvevnen. Hele denne udvikling har medført, at menneskeheden i vor del af verden stort set har afkastet det økonomiske åg, som den tidligere trælled under, og vi er nået frem til »det rige samfund«, eller for at bruge det her i landet knæsatte udtryk: Velfærdsstaten, der jo også, ikke mindst takket være socialreformen af 1932, har kunnet tilbyde en ganske god, omend ikke på alle områder tilfredsstillende, social forsorg. Bistandsloven, der trådte i kraft i 1976, forsøger at følge disse tanker op, men den fungerer ikke helt godt endnu.

Sygeligheden og dødeligheden af lungetuberkulose i Danmark 1900-1971.

Fra Sundhedsstyrelsen vol 6, marts 1974, 261-284.



Samtidigt med denne udvikling, ja i virkeligheden ganske parallelt med den, har vi været vidne til, at en række tidligere folkesygdomme af endemisk og til dels epidemisk karakter, såsom tuberkulose, syfilis, difteri, tyfus, ernæringsforstyrrelser, vitaminmangelsygdomme, underernæring og mange andre, har været på konstant tilbagetog, omend endnu ikke helt forsvun-



det for alles vedkommende. Det praktiske resultat har været, at de nævnte sygdomme og mange med dem ikke længere kan kaldes folkesygdomme og ikke længere truer befolkningens sundhed som sådan.

Med tuberkulosen, der må interessere os specielt i denne sammenhæng, idet K.p.R. just blev oprettet med henblik på behandling af tuberkuløse børn, er det gået som nedenstående tabelfigurer viser.

Nedgangen i dødeligheden af sygdommene tuberkulose, kolerine, difteri og lungebetændelse 1890-1971.

<i>Dødsfald af tuberkulose 1890-1971.</i>	per 100.000 indbyggere i aldersklassen:			
	<1 år	1-4 år	5-9 år	10-14 år
1890-99 byerne	537	327	162	123
1900-09 byerne	314	222	108	82
1910-19 byerne	185	132	64	58
1921-30 hele landet	108	66	31	34
1931-40 hele landet	65	34	12	12
1941-45 hele landet	24	16	7	8
<i>Calmettevaccination</i>				
1946-50 hele landet	13	9	4	4
1951-55 hele landet	3	2	0,4	0,1
1956-60 hele landet	2	0,4	0	0,1
1961-65 hele landet	0	0,1	0,1	0
1966-70 hele landet	0,5	0,1	0	0
1971 hele landet	0	0	0	0

<i>Dødsfald af kolerine 1890-1971.</i>	per 100.000 indbyggere i aldersklassen:		
	under 1 år	1-4 år	5-14 år
1890-99 byerne	3.998,2	74,9	2,1
1900-09 byerne	3.391,2	55,8	1,8
1910-19 byerne	1.740,5	36,5	2,1
1921-30 hele landet	818,0	19,4	1,5
1931-40 hele landet	559,6	13,7	1,0
1941-45 hele landet	382,2	10,4	0,8
1946-50 hele landet	212,6	6,2	0,3
1951-55 hele landet	79,9	2,0	0,2
1956-60 hele landet	52,7	2,0	0,2
1961-65 hele landet	39,8	1,8	0,1
1966-70 hele landet	27,2	1,3	0,1
1971 hele landet	22,9	1,3	0,1

<i>Dødsfald af difteri 1890-1971.</i>	per 100.000 indbyggere i aldersklassen:			
	under 1 år	1-4 år	5-9 år	10-14 år
1890-99 byerne	215,3	491,5	179,3	49,9
1900-09 byerne	67,9	71,5	32,4	8,7
1910-19 byerne	38,6	52,2	23,2	6,4
1921-30 hele landet	22,6	35,4	20,0	6,3
1931-40 hele landet	5,5	11,5	9,9	3,7
<i>Difterivaccination</i>				
1941-45 hele landet	24,4	13,5	4,7	3,3
1946-50 hele landet	5,4	4,6	0,3	0,1
1951-55 hele landet	0	0,06	0,05	0
1956-60 hele landet	0	0	0	0
1961-65 hele landet	0	0	0	0
og samme indtil 1971 ingen dødsfald				



Og vandet.

Dødsfald af katarhalsk lungebetændelse 1890—1971.	per 100.000 indbyggere i aldersklassen:		
	under 1 år	1—4 år	5—14 år
1890—99 byerne	2.450,6	241,3	7,3
1900—09 byerne	2.169,1	204,8	7,0
1910—19 hele landet	1.722,8	152,7	6,4
1921—30 hele landet	2.119,7	106,1	4,7
1931—40 hele landet	1.671,6	73,2	3,2
1941—45 hele landet	998,7	38,7	1,7
<i>Penicillin</i>			
1946—50 hele landet	696,4	21,3	1,4
1951—55 hele landet	293,3	9,3	0,9
1956—60 hele landet	160,8	6,4	0,7
1961—65 hele landet	62,2	4,6	0,4
1966—70 hele landet	25,4	2,0	0,2
1971 hele landet	7,1	0,6	0,1

Tuberkulosen svandt, som det fremgår af tabel og diagram, ikke så meget takket være lægevidenskabens fremskridt, men takket være den ændring i menneskets materielle livsvilkår, der over alt i verden er en følge af industrialismens gennembrud. Herhjemme kan man med Peter Riismøllers fortræffelige bog: Sultegrænsen (Nyt Nordisk Forlag, 1971) som kilde sige, at den egentlige sultegrænse, frygten for ikke at få det daglige brød i morgen, blev overskredet i 1920'erne. Men selv om den egentlige nød og elendighed hermed

skulle være udryddet, bestod tilgangen af klientellet på K.p.R. nogenlunde uændret, viste nærmest en stigende tendens, i de følgende årtier. Det er dette, som »Sorteper« har fundet kunstnerisk udtryk for ved at præsentere os for de evigt skiftende, men dybest set præcis samme personer »Carl og Hanne« igennem 100 år. Læg i øvrigt allerede her mærke til det gennemgående symptom sengevædning, der bortset fra de 2—3% af tilfældene, som er organisk betingede, altid er udtryk for sjælelig eller materiel nød i det givne miljø. Det er et umodenhedstegn eller angstfænomen. Denne industrielle revolution er i mine øjne begyndelsen til menneskets frigørelse, en frigørelse fra den tilstand, hvor nogle mennesker, nogle få, i kraft af fødsel, penge og styrke bestemte, hvad andre mennesker skulle tro og gøre, og hvor meget de skulle arbejde. Men den industrielle revolution er som nævnt også baggrunden for, at mennesket har mødt sig selv, at det i langt højere grad er kommet til at stå alene i et ikke traditionsstyret samfund, og at der stilles krav til det om selv at tage ansvaret for sit eget liv.

Herren tog, herren gav.



Konkret om ændringen af klientellet på Refsnæs i 100 år

Kysthospitalets første overlæge blev *Vilhelm Schepelern* (1844–1924), der ved sin ansættelse var reservelæge ved Københavns Kommunehospital. Han var en fremragende kliniker, der i 1894 tildelt den medicinske æresdoktorgrad af Københavns Universitet, og som ved 25 års jubilæet år 1900 blev udnævnt til titulær professor. Schepelerns afhandling fra festskriftet år 1900: Hospitalets første Patients Sygehistorie – Tilfælde af Kirteltuberkulose med dertil knyttede Bemærkninger angaaende Scrofulose og Tuberkulose, er tidstypisk og skal derfor af historiske grunde citeres i uddrag:

Det var naturligvis lidt af en begivenhed her på hospitalet, da vor første patient med sin fader den 9de juli 1875 kom vandrende hertil på sin fod fra omegnen af Slagelse. Vi fik lejlighed til at iagttage og behandle hendes sygdom i lang tid dengang, og det er lykkedes mig at erholde oplysninger om hendes helbredstilstand indtil nu:

Karen Marie Jørgensen, 10³/₄ År gl. Datter af Husmand

Ind d. 9/7 1875. Ud d. 17/11 1878

»Moderen har som Barn havt »Kirtelsyge«, der har

ytret sig paa lignende Maade som hos Pt. Faderen er rask – Hun har havt 10 Søskende. De to ældste ere døde. Den ældste af disse led af »Kirtelsyge«, ogsaa med lignende Symptomer som Pt., og døde 6½ Aar gammel efter en Maanedes Sygeleje. Den anden Søster døde 2½ Aar gl. af »en Sygdom, der fulgte Kighoste«. Alle hendes andre Søskende – 5 ældre og 3 yngre – ere rask. Livsvilkaarene fattige«.

Dette sygdomsbillede var som nævnt klassisk for de første 30–40 år af hospitalets beståen, hvilket fremgår af det bevarede journalmateriale, der repræsenterer en medicinalhistorisk guldgrube. Her har vi de første »Carl og Hanner« i »Sorteper« i renkultur.

Lægevidenskaben kunne, hvis den havde været tilstrækkelig opmærksom, have sporet ændringerne i klientellets sammensætning og indledt et profylaktisk arbejde allerede i 1936, da hospitalets anden overlæge *Rolf Hertz* (1868–1937) i sin sidste årsberetning 1936 skrev denne mesterlige kliniske iagttagelse:

»Hvis man ved skrofulose forbinder det billede, lærebøgerne opruller, patienter med øjenbetændelse, snue, tyk næse og svulne sprukne læber, vil man nu forgæves søge dem inden for Kysthospitalets mure – dette kliniske billede er nu fuldstændig forsvundet, jeg har ikke den sidste halve snes år set en sådan patient, medens de var ret talrige ved min ansættelse.

Problemets løsning.



Med tuberkulosen, der i reglementet tages under skrofulosen + den kirurgiske tuberkulose – idet lungetuberkulose ikke er medregnet på Kysthospitalet – er det gået som med den kirurgiske tuberkulose hos børn i hele landet, og da også i en stor del af udlandet, at den ikke er nær så udbredt som ved min tiltrædelse. Dengang reagerede praktisk taget ethvert barn over 6 år positivt på tuberkulin, dvs. størstedelen af hospitalets patienter – i dag reagerer kun halvdelen af patienterne her positivt. Tidligere var de vædskende kirtler med udbredte sår hyppige, de ses nu så godt som aldrig, og de store vansirende kitelknuder på halsen er også blevet en sjældenhed.

Det drejer sig nu om gustne utrivelige børn med sårbar hud og slimhinder, der er ude af stand til at passe skolen, da de ofte er sengeliggende uger ad gangen på grund af bronchitis eller tarmlidelser og gør hjemmet utrygt ved den evindelige sygdom. Denne gruppe børn egner sig fortrinligt til behandling på Kysthospitalet, hvor friluft- og badebehandling efterhånden hærdet dem og bringer dem i god form. Medens de tuberkuløse (skrofuløse) hurtigt får sund solbrændt og rødmosset udseende, kan de ovennævnte børn såre let peges ud på grund af deres blege hudfarve og de smalle kinder. Disse patienter er blevne særlig talrige de senere år, formentlig på grund af

hjemmenes mindre faste sammentømring og fåbarnssystemet – måske er det også »ispinde« og andet slikkeri.»

Hine tiders Carl magtede hospitalet ikke at behandle, slet ikke endda, man havde ingen forudsætninger for det. Man greb i sin nød til korporlig afstraffelse over for det, der opfattedes som uartighed, men som vi nu ved, var en følge af frustration og ulykke. Man førte virkelig journalerne så renfærdigt, som det er beskrevet, man opnoterede med naturvidenskabelig præcision det tildelte antal slag. Lægen var ikke psykologisk skolet. Man havde tradition for straf i hine tider, og traditionen er den stærkeste af alle myter. For opdragelsesanstalter for særligt vanskelige børn udstedte Justitsministeriet ved bekendtgørelse af 26. september 1906 et særligt strafferegulativ, der gav adgang til at tildele drenge indtil 18 år og piger indtil 16 år indtil 25 slag – ved bekendtgørelse af 14. januar 1910 dog ændret til indtil 15 slag – med spanskør. Det var for øvrigt i disse år, den forkætrede Peter Sabroe virkede. Hans kamp bar dog ikke frugt, thi endnu så sent som i 1937 blev der af Socialministeriet angivet følgende regler som rettesnor for anvendelse af legemlig straf på børnehjem: 1) Ét eller to slag med flad hånd på kinden, uden at øret berøres, eller 2) for børn under 10 år indtil 5 slag på sædet med den flade hånd,

Før optagelse.



eller 3) for drenge imellem 10 og 15 år indtil 3 og for drenge mellem 15 og 18 år indtil 6 slag på sædet med et tyndt spanskrør, der ikke må være over 4 cm i omkreds og ikke over 1 m langt – hvordan man så i ministeriet har fundet frem til disse mål.

Først i 1967 udsendte det daværende familieministerium i »Vejledning vedrørende det opdragende arbejde i anerkendte børne- og ungdomshjem« følgende sætninger: »Legemlig revselse kan ikke betragtes som et egnet opdragelsesmiddel. I overensstemmelse hermed fastslås det, at legemlig revselse i opdragelsesmæssigt øjemed ikke under nogen form må anvendes i børne- og ungdomshjem«. Det er derfor beskæmmende, at gallupundersøgelse i Danmark endnu i 1960'erne nogenlunde enslydende viser, at stadig 60–70% af befolkningen går ind for anvendelse af korporlig straf i opdragelsen.

Den nuværende epoke

Med udbruddet af den anden verdenskrig 1939 og Danmarks besættelse 9.4. 1940 med de heraf følgende økonomiske ændringer i samfundsstrukturen, som i øvrigt allerede havde været i gang i 30'erne, måtte hospitalets status om privat hospital opgives. Patient-

antallet var faldet bemærkelsesværdigt i krigens første år (i året 1940 således kun en tilgang på 111 patienter for børnehospitalet med heraf følgende konsekvenser for økonomien). Kysthospitalet blev derfor i april 1941 administrativt og lægeligt sammensluttet med Finsen-instituttet i København. Man havde, som allerede nævnt, ikke endnu opdaget, at tuberkulosen var på vej ud. Det var jo på Finseninstituttet Niels Finsen i århundredets begyndelse havde grundlagt sin geniale lysbehandling af tuberkulosesygdommen Lupus, som skaffede ham Nobelprisen i 1903. Adfærdsvidenskaberne og den gryende børnepsykologi i forbindelse med en politiske bevidstgørelse havde endnu ikke givet os tilstrækkelig viden om miljøfaktors betydning for opståelse af sygdom i barnealderen. Men denne viden stod i de følgende årtier lige for døren. I løbet af 50'erne ændredes Finseninstituttet gradvist til et hospital for kræftforskning og kræftbehandling, just på grund af tuberkulosens forsvinden, og såvel den i 1948 oprettede pædiatriske modtageafdeling, der var forbundet med børneafdelingen på K.p.R., og som havde fået S. H. som chef, faldt derfor uden for Finseninstituttets interessesfære, hvorfor de nævnte afdelinger pr. 1.4. 1967 blev overdraget til Rigshospitalet. Ved den lejlighed fik de nævnte afdelinger deres rette betegnelse: Socialpædiatrisk ambulatorium og

socialpædiatrisk afdeling, K.p.R.

I denne epoke lærer vi vor tids Carl og Hanne fra 1942, 1960 og 1963–1977 at kende. Stadig de samme patienter som for 100 år siden, men nu i ny forklædning.

I min egen næsten 30 årige funktionsperiode ved nævnte afdeling har jeg personligt erhvervet et ret nøje kendskab til ca. 10.000 af disse tilfælde, og jeg har andetsteds i artikler og bøger beskrevet min opfattelse af Carl og den altid ledsagende Hanne.

Det vil være overflødigt at give journaluddrag her, men sammenfattende kan man sige, at følgende tre forhold tegner sig klart:

1. Når som helst man trænger virkelig til bunds i en sygehistorie, så viser det sig, at vor tids kultur medfører så mange skævheder og uhensigtsmæssigheder med det menneskemateriale, den benytter, ofte afgrundsdybe skakter af menneskelig ulykke og elendighed, at hjælpe- og aflastningsforanstaltninger kommer på tale.
2. I mange tilfælde accentueres en latent miljøbeskadigelse af en interkurrent, ofte banal episode, en somatisk infektion, en mislykket skoleplacering, en afskedigelse eller lignende. Denne episode får det i forvejen hældende læs til at vælte, og har naturligvis den mission, at den fører patienten til



Kærlighedens vilkår.

læge.

3. Mange forældre – og for så vidt mange læger med – savner indfølen i børns tænkemåde, børns ønsker og behov og børns normale udviklingsrytme og skaber derved større vanskeligheder i forholdet til børnene, end selv udviklingens faser og kriser nødvendiggør. En vis viden, og altså en vis uddannelse, er en absolut nødvendig forudsætning for en forstandig behandling af børn i de uundgåelige akutte kriser, som ethvert nok så sund barn må igennem i de forskellige faser i sin udvikling.

Socialpædiatri er den del af lægevidenskaben, der beskæftiger sig med livsomstændighedernes betydning for opståelse af sygdom i barnealderen. Heraf følger, at det må være lægens fornemste opgave at påvirke de livsbetingelser, hans patienter lever under, deres forudsætninger, uddannelse, økonomi, arbejdsbetingelser, bolig etc. Det hedder i øvrigt i dag den primære profylakse, et endnu svært forsømt område inden for vort fag. Hertil kræves et socialt engagement, hvilket ikke nødvendigvis kræver medlemskab af et politisk parti.

Behandlingen af andre mennesker skulle herefter bestå i at skabe så gunstige livsbetingelser for den pågældende, at han/hun selv kan arbejde sig igennem sin konfliktsituation – og dernæst lade den

pågældende være i fred. Jeg lægger megen vægt på den sidste tilføjelse. Navnlig bliver enhver hjælp begrænset, når hjælpeprocessen ses om et forsøg fra den ene persons side på at hjælpe den anden til at leve op til en foreskrevet standard.

I mange år har jeg brugt ordet aflastning som indikation for et barns Refsnæsophold, og jeg betragter dette som den egentlige behandling i en akut krisesituation. Det er naturligvis en forudsætning, at aflastningen foregår i en accepterende og stimulerende atmosfære. Min erfaring har lært mig, at den stationære afdeling på K.p.R. med sit idealistiske og offervillige personale i de forløbne år har været en fortræffelig hjælp i denne henseende og utvivlsomt har sparet en hel del børn for børnehjemsanbringelse.

Min tankegang her er ikke helt i overensstemmelse med vor tids begejstring for såkaldt familierapi, der går ud fra, at klienten, respektive familien, er et individuelt tilfælde, hvor der er indtrådt en fejludvikling, altså en nok så mekanistisk anskuelse; men nu kommer samfundet med rådgivere og reparatører til undsætning, ligesom manden med tasken på fodboldbanen. Dette er et overfladisk og lidet menneskeverdigt synspunkt. Det kan efter min opfattelse ikke undgå at blive en kolossal afledningsmanøvre fra det væsentlige, nemlig de livsbetingelser, som de pågældende per-

soner lever under, altså det sociale sigte. Sygdomme og andre afvigelser er skabt af den samfundsstruktur, vi lever under, og må sædvanligvis opfattes som et alarmsignal: Der er noget, der ikke fungerer, som det bør.

Jeg er mig naturligvis helt bevidst, at den enkelte i reglen særdeles velmenende behandling efter de her fremlagte præmisser kan komme ud i en kolossal spænding mellem det individualpsykologiske og det sociologiske synspunkt. Dette kender vi i det daglige arbejde på K.p.R.; også her har vi erfaret i personale-situationen, at den enkelte kun er noget i samspil med andre. Den ene af os eksisterer ikke uden den anden, ganske på samme måde som den enkelte samfundsborger kun er noget i sin vekselvirkning af gensidig karakter med samfundet.



Arbejd og fortvivl ikke.

Også vore kriminelle hentes blandt de sociale tabere

*Jan, 11 år
skulle have været abort,
7 år gl. uro og rastløshed, skolevanskeligheder,
moderen lever sammen med 3. samlever,
biologisk far fængslet,
mor indlagt Sct. Hans
- duktur, afslået ny indlæggelse.
Jan vagabonderer og rapser,
han er nok et afvist barn,
mor frygter børneværnet
tid og evighed.*

Det er blevet min erfaring, indhøstet gennem et virke som sociallæge i 30 år med udgangspunkt i K.p.R., at de af vore patienter, som senere blev kriminelle, og det er slet ikke så få, har haft en baggrund, som ovenfor forsøgt skildret. Historien vil findes i »Sorteper«. Carl hører hjemme iblandt de 2-4% af ungdommen, som totalt fornægter den forrige generations hele livsstil, dens materialisme, dens statussymboler, dens dobbeltmoral, dens hykleri og dens fantasiløshed, alt iklædt den hensynsløshed, som den stærkere altid har ment at kunne udøve over for den, han har i sin magt, altså her den voksne over for den unge. Man kan sige, at disse unge reagerer helt normalt på unormale omstændigheder.

Det er en grundteori i den klassiske kriminalsociologi, at man får kriminalitet, når der foreligger kontraster i vort samfund. Således er antallet af unge, der har taget studentereksamen steget fra omkring 1% ved århundredets begyndelse til op mod 50% i 1979. I visse velhaver-kommuner i Nordsjælland (f.eks. Hørsholm) til op imod 75%. Nu forholder det sig sådan, at socialklasse I (helt store selvstændige og topfunktionærer) udgør 5% af befolkningen, men denne klasse har 65% af sine børn i gymnasiet. Socialklasse V (ikke faglærede arbejdere) udgør 23% af befolkningen, men kun 10% af denne classes børn går i gymnasiet. Den sociale selektion er altså stadig meget kraftig, og nok større i Danmark end i de andre nordiske lande.

Dette betyder, at de længst uddannede erobrer magten i samfundet, det hedder meritokratiet eller teknokratiet. De bedst uddannede sluses i mangfoldige tilfælde bort mod en steril, specialiseret forskning, hvorimod de store centrale problemer i samfundet overlades til mindre uddannede folk.

Sociologerne Preben Wolf og Erik Høegh har i deres bog: Kriminalitet i velfærdssamfundet (Paludans Forlag, 1966) vist, det er samfundet, der gennem sin klassesdeling og ulige fordeling af goderne, skaber kriminalitet, og de tilføjer, at man næppe kan finde andre

forskelle mellem kriminelle og ikke kriminelle, end at de kriminelle stort set hører hjemme i de lavere sociale lag, og de ikke kriminelle i de højere sociale lag.

Man kan måske i denne forbindelse gøre opmærksom på, at 62% af de unge, der har været anbragt på institution, senere registreres som kriminelle, ligesom psykiateren Knud Ekstrøm har registreret, at af 100 tilfælde af teenager-gonorré var 40% opvokset i institution fra 1-16 år. Tidligt seksuelt samkvem er en rus, som den ungdom, der føler sig frustreret af det officielle samfund altid har vidst at tage sin tilflugt til. Ifølge psykiateren Preben Hertofts disputats har 86% af de ufaglærte haft samleje, inden de blev 18-19 år, medens det samme kun er tilfældet for 35% af den studerende ungdom. Risiko for følger kan ikke hindre seksuelt samkvem. Eller for at sige det med Dostojevskij: »Har man ingen evne til at elske, udfylder man sit liv med sansernes lyst og grove nydelser«.

Formålsløsheden er en følge af en frustrerende barndom og opvækst og af den mangel på tillid, som er den eneste virkelige trussel mod menneskehedens beståen. Ofte er denne formålsløshed i bogstavelig forstand banket ind i disse børn og unge gennem utrættelig såkaldt opdragelse i hjem og skole. Et menneskes personlighedsstruktur, dets karakter, moral og samvittighed, om man vil, dannes i barndommen, ofte

endda allerede i forskolealderen.

Den svenske sociallæge John Takman anslår i sin fortræffelige bog: Ungdomspsykiatri (Stokholm, 1962) på nogenlunde samme psykologiske baggrund, som jeg har har ridset op, den svenske adfærdsvanskelige ungdom til at udgøre 3-4% af hele ungdommen. Det er ret simpelt også her i landet at foretage nogle beregninger, der peger imod de samme tal.

Personligt tror jeg ikke på politi og straffeforanstaltninger, men jeg tror på store vanskeligheder med de 2-4% af ungdommen, når vi nu udvider undervisningspligten til 8, 9 og 10 år. Jeg tror ikke, at dansk pædagogik er rede til at klare disse vanskeligheder. I forvejen fortsætter jo op mod 97% af ungdommen skolegangen ud over de 7 år. Også her møder vi altså de magiske tal 2-4%. Jeg tror, at børns opvækstvilkår er vort lands vigtigste socialpolitiske spørgsmål. Det er stadig, som det altid har været, dem, der kommer fra ulykkelige opvækstvilkår, herunder naturligvis dem fra dårlige økonomiske kår med lav status, der har de færreste fordele og chancer. De lever et mindre beskyttet liv. Selv risikoen for at blive offer for alvorlig forbrydelse mod liv, legeme eller seksuel frihed er større.

Fremtiden

På den baggrund, som her er skildret, nærer jeg personligt ingen ængstelse for Kysthospitalets fremtid. Hospitalet har stedse formået at tilpasse sig skiftende opgaver ved altid at gøre ambulancetjeneste i samfundets bagtrop.

Det må være »Sorteper«s idé, at de sidste scener af filmen skal lyse som en baun fra høj til høj i vort land, fra skole til skole, fra ungdomsinstitution til ungdomsinstitution. Nu vågner ungdommen til bevidsthed, og nu har vi forudsætningerne. Men der er meget at indhente. De 14-15 årige »Carl og Hanne'r« opfører sig »som de 5 årige, de aldrig fik lov til at være«. Deres øjne er fulde af latter, solen er ved at stå op.

Personligt føler jeg trang til at slutte lidt patetisk, sentimental vil nogle måske kalde det. Tilfældigvis var jeg tilstede på Kysthospitalet den dag i 1951, da professor Schepelerns anden kone Johanne Louise Schepelern, f. Stahlschmidt, blev begravet på hospitalets kirkegård. Hans første hustru var død allerede i 1895. Jeg var naturligvis ikke inviteret til at overvære denne højtidelighed, men jeg kunne ikke undgå at fornemme historiens vingesus. Jeg fik en stærk fornemmelse af kontinuiteten i dette hospitals virke. Generation følger efter generation. Broen til fortiden er ikke kastet af.

Supplerende litteratur:

Christensen, V.: Socialmedicinsk grundbog, Gyldendal, 1976.

Engelsted, S.: Gammelt og nyt. Om krig og cholera, tuberkulosebekæmpelse, sundhedskollegiets ødelæggelser, Reitzels Forlag, 1910.

Gregersen, P. m.fl.: Sygdom i samfundet, Fremads Fokusbøger, 1971.

Heinild, S.: Spadestik, Rhodos, 1972.

Heinild, S.: Hvem er vi? Rhodos, 1968.

Helbo, S.: Socialpædiatri, Gyldendal, 1975.

Held, F.: Børn og samfund, G.E.C. Gads Forlag, 1969.

Muldkjær, F.: Med børn skal land bygges, Rhodos, 1977.

Riismøller, P.: Sultegrænsen, Nyt Nordisk Forlag, 1971.

Småbørn, politik, pædagogik, SFU-dokumentation, Børn og unge, 1975.

Voss, T.: Socialmedicin for pædagoger, Chr. Ejlers Forlag, 1975.

Wolf, P. & Høegh, E.: Kriminalitet i velfærdssamfundet, Paludans Forlag, 1971.

»Vor tids tuberkulose«

FILM

Af ERIK THYGESEN

»Sorteper«. 48 min., 16 mm, farve. Instr.: Chr. Hartkopp. Prod.: Statens Filmcentral hos Minerva Film. Distr.: Statens Filmcentral.

»DET ER vor tids tuberkulose,« siger læge Sv. Heinild om de nervøse lidelser og utryghedsfølelser og den mangel på tillid, som i vor tid præger mange børn fra underklassen og fra opløste familier.

Han siger også: »Der er mange, der tror, at forældre der opgiver deres børn er onde eller dårlige forældre, Men det er jo ikke tilfældet. De er i en mindre begunstiget situation. De magter ikke tilværelsen.«

Udsagnene falder i filmen *Sorteper* — det seneste udspil fra Statens Filmcentral og noget af et mesterværk inden for kortfilm-genren. *Sorteper* er instrueret af Chr. Hartkopp med manuskript af Charlotte Strandgård og læge Peer Jansson. Dola Bonfils og Mogens Kløvedal står sammen med Hartkopp for drejebogen, og Peter Roos har lavet et for-

nemt fotoarbejde. Og så bør man næsten også nævne scenografen, Carl Otte Hedal, og rekviritøren, Inga Hedal. Deres over-perfektionistiske arbejde er af en ret uvant standard.

FILMEN HANDLER på overfladen om det godt 100 år gamle Kysthospital på Refsnæs. Men den handler nu mest om underklassens børn som næsten sikre sociale tabere — i generation efter generation. Symptomerne, sygdommene og deres direkte årsager kan være forskellige, men udtrykkene og resultaterne er de samme.

Historien fortælles i en række spille-scener i to parallelforløb.

Det ene forløb handler om den 14-årige Carl, som i forskellige dragter og med forskellige sygehistorier bliver indlagt på Refsnæs i 1880, 1914, 1934 osv. Alle hans sygdomme er fattigdomssygdomme. Han tisser i sengen i alle episoderne. Lægerne og plejepersonalet reagerer forskelligt på det. Og han kører i nogle pludselige raseriudbrud sine aggressioner ud i nogle store ødelæggelses-ture.

Den anden parallel-historie handler om pigen Hanne, der er

et par år ældre. Hun har det med uønskede og bestemt ikke-planlagte graviditeter. I en sekvens fra 1895 er hun tjenestepige, der går i seng med sønnen i huset — og bliver bortvist. I 1921 er det værkføreren på den tekstilfabrik, hvor hun arbejder — aborten bliver pakket ind i avispapir og smidt i en skraldespand i en baggård. I 1945 sidder hun sammen med sin mor og hører befrielsesbudskabet i radioen — og hun er ikke spor lykkelig: Et par overmodige unge mænd kommer væltende midt i det hele og klipper håret af hende. I 1969 er det hende, der kommer i berøring med junk og vil ud af skolen. Osv.

HANNE OG CARL mødes — og det er filmens rammefortælling — på en lejrskole i nutiden. Hanne er kommet sent hjem efter en ikke særlig opmuntrende erotisk affære med en lægestuderende. Carl er stået op og har listet sig ud af sovesalen efter at have tisset i sengen. De fortæller hinanden deres historier, fjanter rundt i naturen omkring lejrskolen. De kommer til et udbændt bål og sværter hinanden lidt i ansigtet: »Sorteper!« »Det kan du selv være!«

Filmen handler — i hospitalsskvenserne — meget om

de gode viljer. Det bedste behandlingsmiddel synes dog gennem årene at være almindelig kærlighed og omsorg. Grundmaterialet her er uddrag fra gamle patientjournaler med nøgterne lægekommenter: »Vi ved, mange af dem må dø eller få deformiteter for livet.«

Afsnittene om pigen Hanne er anderledes hårde, fordi de nærmest er uden håb. En fast veninde — godt, alvorligt, solidarisk fremstillet af Helle Ryslinge — kan næsten ikke andet end trøste. Hun kan ikke gøre noget.

Filmens styrke er dens detaljrighed og dens utrolig klare, omend yderst dristige komposition — med de sindssygt velskrevne dialoger. Og instruktørens sans for med yderst enkle visuelle greb at lægge dybde i Carl og Hannes historier.

DET ER SÅ sjældent, at proletarietets historie fortælles bare nogenlunde indforstået eller ligefrem indlevet. Det er vigtigt igen og igen — med Peter Riis-Møllers udtryk — at fortælle, at det ikke er ret mange årtier siden vi her i landet passerede sultegrænsen, og at social nød og socialt betingede lidelser ikke er forsvundet bare fordi de allerværste elendighedsforhold er elimineret.

I vuggestuen er der Brian
som altid tæver løs på de voksne
de kalder det for kontaktbehov
og gør deres bedste
men det er ret irriterende at blive sparket over skinne-
benet

I børnehaven er der Connie
som altid bider de andre børn
de bider igen
og afskyr hende
for det er ret irriterende at blive bidt i tide og utide

I de første skoleår er der Johnny
som altid larmer i timerne
de kalder ham for samspilsramt
og sender ham til psykolog
men det er ret irriterende aldrig at kunne gennemføre
undervisningen

I de sidste skoleår er der Jenny
som altid sover i timerne
de lader hende sidde
og gør ingenting
selv om det er ret irriterende at glo på et sovende fjæs

Ikke så mange år efter bliver Brian og Connie gift
næsten samtidigt med Johnny og Jenny
og ganske kort tid efter
bliver de skilt eller kommer i fængsel eller slår hinan-
den ihjel
eller holder ud til den bitre ende

Deres soveværelser har fugtige mugpletter
og deres badeværelser skaller af hjælpeløst raseri
mens de smiler til omverdenen og lever videre

*Charlotte Strandgaard
(fra »Brændte børn«, Borgen, 1979)*