

# Sundhed og sygdom i Thy i 1960'erne

Torben Gjerløff

*Denne beretning er næsten kun baseret på erindringer, da alle notater er gået tabt ved flytning i 1990. Det drejer sig om en sorteret og redigeret erindring om en fortid, som jeg nu mange år efter tror jeg oplevede den fra 1962 til sidst i 1980'erne, i almen lægepraksis i Thisted.*

*Vi overtog i august 1962 det, man kalder en blandet by- og landpraksis, drevet fra eget hus, med min kone som medhjælpende hustru, sekretær og konsultationssygeplejerske. Jeg havde haft 7 års reservelægetid på Skanderborg Sygehus, dels medicinsk dels kirurgisk afdeling. Før det havde jeg været ansat i 3 år på københavnske sygehuse og været amanuensis i et halvt år i en meget stor lægepraksis i Birkerød, og havde haft længerevarende vikariat hos min onkel, der var praktiserende læge i Brenderup på Nordvestfyn.*

Meget var dengang anderledes end nu, men også meget anderledes her end i det øvrige land.

Det mest påfaldende var fattigdomspræget hos rigtig mange patienter, og den praksis vi overtog var endda bredt sammensat, måske overvejende middelklasse.

Gennemsnitsindtægten pr. indbygger i Thisted Amt var dengang 50 % af, hvad man tjente i Østdanmark, og det på trods af at vi var mange, der var vellønnede efter landsoverenskomster.

Fattigdommen viste sig for os især ved fattigdomssygdomme med forslidthed og tidlig ælden med gigtsygdomme og luftvejslidelser. Mange var prægede af dårlig ernæring og mangelsygdomme i barndom og opvækst.

Boligforholdene var ofte urimeligt dårlige. Der var dengang næsten samme antal mennesker i Thisted by som i dag, men byen manglede hele boligkvarteret nord for Thylandsvej og øst for campingpladsen. Kun i "Landsognet" og i Tilsted nær hovedvejen var der begyndelsen til parcelhuskvarter.

Boligernes kvalitet var uhyre forskellig. Vi var mange, der boede i gode rummelige huse, mens en meget stor gruppe underprivilegerede mennesker var stuvet kummerligt sammen i små dårlige lejligheder og værelser, ofte på Loftet og i kældre uden rimelige faciliteter.

Fattigdommen og de dårlige boliger prægede mange børn, skabte sygdom med masser af luftvejsinfektioner, bronkitis, lungebetændelser, mellemørebetændelser og dårlig trivsel. Man kaldte dem dengang for "grå børn".

Mange gamle kunne fortælle om jammerlig opvækst, små fattige hjem med mange børn, hvor de alt for tidligt kom ud at tjene i hårde jobs, uden at få omsorg eller nok at spise.

Når man kom fra østlige egne, var det lidt som om tiden var gået i stå og udviklingen gået uden om Thisted, men samtidig følte en grøde.

I mange virksomheder var der et generationsskifte på vej, og de nye tider med velstand var ved at finde vej til Thisted.

Men her var stadig landets højeste arbejdsløshed og mange kunne føle sig i arbejde, hvis de "trak kreaturer" 3 gange ugentligt på eksportmarkedet.

Det var for os forbavsende, at de ydmyge levekår kun sjældent var forbundet med den proletarisering, vi kendte fra større bysamfund. Måske fordi det her drejede sig om en forsinket velstandsudvikling, der ikke havde medført resignation med nedsat selvtægtelse og dermed psykosocial deroute. Man kan med andre ord sige, at tung social arv var sjældnen, og at grundlaget for en hurtig social forbedring derfor var til stede.

## **Bolighygijne, gader, anlæg m.v.**

I Thisted opførtes 69 nye huse og indrettedes 72 nye lejligheder (1962: 64, 1961: 57, 1960: 90, 1959: 116. I 1949-58 var antallet af nye lejligheder gennemsnitlig 26). 2 huse med 23 lejligheder blev nedrevet. Siden 1939, hvor indbyggerantallet er steget med knap 1000, medens antallet af nye lejligheder er steget med 8-900, er boligstandarden forbedret meget betydeligt. Der er dog stadig mange gamle og dårlige huse og behov for nye lejligheder og huse. Den kommunale husvildeforsorg og -statistik ophørte for nogle år siden.

I Nykøbing M. opførtes 33 nye huse med 33 lejligheder (1962: 83, 1961: 86, 1960: 65, 1959: 63 og i årene 1951-58 gennemsnitlig 41). Der nedlagdes 10 lejligheder. Der er stadig mange dårlige og overbefolkede huse i den gamle del af byen og mange lejligheder uden entré, uden spisekammer og i det hele taget med yderst primitive køkkenforhold. Under kommunens boligforsorg var 29 familier med 72 voksne og 77 børn. Boligtilsynet begyndte for et par år siden at klassificere byens boligmasse, men er ophørt hermed, idet man fra kommunens side ikke ser sig i stand til at foretage sanering af de gamle bydele foreløbig.

Begge byer har velindrettede, offentlige legepladser, og i Nykøbing findes en mindre legegade.

I landkommunerne og specielt i stationsbyerne bygges der livligt, og der er her ingen egentlig boligmangel. Men mange gamle huse på landet er dårligt byggede og meget fugtige, hvorfor sundhedskommissionerne jævnlige må tage stilling til, om de kan gøres beboelige uden sundhedsfare eller ikke.

*Amtslæge Folkes beretning i Medicinalberetningen for Thisted Amt, 1963.*

Meget lægearbejde foregik ved hjemmebesøg, de færreste havde transportmulighed og der var ingen tidsbestilling i konsultationen, der kunne muliggøre at behandle f.eks. febersyge børn ved konsultationen. 12-14 hjemmebesøg var helt almindelig på en hverdag udenfor

epidemitider og næsten alt vagtarbejde foregik i hjemmene.

Hjemmefødsler var almindelige, de blev styret af de dygtige distriktsjordemødre, der uden skånende vagtbegrænsninger næsten var flyttet ind, og de havde kun brug for lægen til en kort kloroformrus, når barnet blev født, og de satte en ære i ikke at tilkalde lægen "for tidligt".

Fødsel på Thisted Sygehus var forbeholdt komplicerede fødsler efter stramme visitationskriterier uden større skelen til sociale forhold.

Natarbejdet var i 1962 netop blevet delt mellem lægerne i byen, så der kunne kaldes en vagtlæge "hvis egen læge ikke var at træffe".

I en travl lægepraksis tidligt i 1960'erne var hovedopgaven akutte og subakutte sygdomme samt de akutte problemer ved kroniske sygdomme. Forebyggelse var sekundært i forhold til den daglige presserende sygdomsbehandling.

Børneundersøgelser med vaccinationer og svangerskabsundersøgelser drejede sig mest om somatisk fejlfinding, mindre om afdækning af psykosociale sammenhænge eller rådgivning om sund levevis. Heldigvis modificerede de dygtige medhjælpende lægekoner denne kolde apparatfejl-sygdomsmodel og varetog en værdifuld rådgivning.

Alt var således som i "de gode gamle dage", men de nye tanker der lå til grund for den kommende reformering af sociallovgivningen med bistandslov, dagpengelov, sygesikring etc. trængte sig på og ændrede lægernes holdninger.

Lovgivningen om vederlagsfri svangerskabsundersøgelse og om adgang til mælkehjælp udnyttedes i byerne i meget stor udstrækning. På landet er tilslutningen noget mindre.

*Fødehjem og fødeartikler* findes ikke, men i amtets 4 "små sygehuse" foregår en del fødsler, fortrinsvis normalt forløbende. I Nykøbing sygehus modtages fødende såvel med komplikationer som til normal fødsel, medens Thisted sygehus af pladmæssige grunde fortrinsvis modtager fødende, hvor der kan ventes komplikationer i forbindelse med fødselen.

Antallet af fødsler i sygehusene er jævnt stigende og fordoblet i løbet af den sidste halve snes år. I år fødtes 449 børn i sygehusene = 30 % af samtlige fødsler (1962: 27 %, 1961: 22,8 %, 1955: 17,2 %, 1952: 15 %).

*Fra medicinalberetningen for Thisted Amt 1963.*

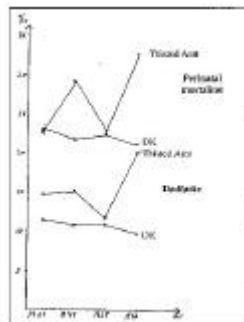
En gruppe omkring læge Lejf Folke, overlæge Steffen Hvidt og overlæge Poul Aagård Poulsen dannede en socialmedicinsk diskussionsgruppe sammen med andre faggrupper. Især var amtsskolepsy kolog Knud Haure-Petersen en uforlignelig inspirator og igangsætter. Han kom med de nye tanker og fik os til at nytænke også inden for vort eget fag.

*Altfor mange døde børn i Thisted Amt*

Vi følte således meget stærkt, at der var et paradigmeskift på vej og var forberedte, da en slags bombe eksploderede i vores midte: En reservelæge ved Thisted Sygehus, Knud

Jørring viste i en videnskabelig artikel i Ugeskrift for Læger, at børns dødelighed ved fødsel og i nyfødthedsperioden (den perinatale mortalitet) var 50 % større hos os end i det øvrige land, d.v.s. ca. 3 % mod 2 % andetsteds.

Det var naturligvis chokerende. Vi syntes jo ikke, at vi havde dårligere læger eller jordemødre end i det øvrige land, og de små konkrete tal var ikke noget, der kunne mærkes i den enkelte lægepraksis.

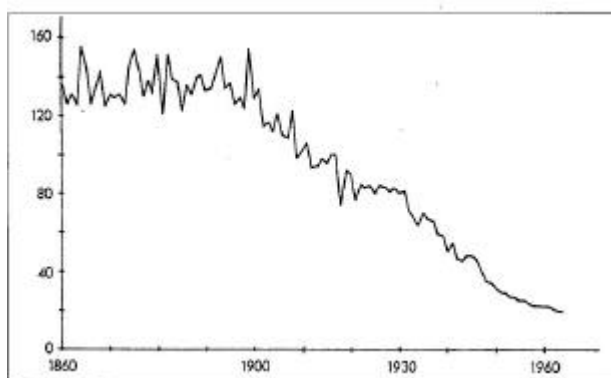


*Efter medicinalberetning 63/64 og 64/65. Udgivet af Sundhedsstyrelsen.*

Det gav et grimt gny i pressen, men formiddagsbladene fandt sagen uinteressant, når det ikke drejede sig om læge- eller jordemoderfejl, men at der formentlig lå socialmedicinske årsager bag. De politisk bevidste, der læste Politisk Revy, må dog have fået en grim forskrækkelse, idet en notits refererede, at der var 50 % børnedødelighed i Thy, og dermed var det værre end i noget U-land! Vi var som sagt

rustede til at tage udfordringen op, men måtte først forsøge at afklare, hvor problemet var, d.v.s. hvad der var årsagen til den store dødelighed. Det var ofte store, pæne børn der gik til og ikke på grund af egentlige fødselskomplikationer. Vi følte os hurtigt overbevist om, at den store børnedødelighed skyldtes, at mange svage ikke fik mulighed for den fornødne omsorg i svangerskabet, havde tungt arbejde uden mulighed for sygemelding i svangerskabet (det var før dagpengereformen) ofte med underprivilegerede levevilkår før og i svangerskabet med psykosocialt stress, med svagt socialt netværk og ofte dårlig kontakt til sundhedsvæsenet, dengang som nu i 1996.

At vanskelige levekår gav sygdom og spædbarnsdød var ikke nyt for os, og det var alment anerkendt, at det store fald i børnedødeligheden 1860-1962 især skyldtes forbedrede levevilkår.



Døde under 1 år pr. 1000 levendefødte. Danmark 1860-1964.

*Fra medicinalberetningen 1963/64 fra Sundhedsstyrelsen*  
Den socialmedicinske gruppe holdt et stort møde for læger, jordemødre og socialfolk, og gruppen blev pålagt at komme med forslag til ændring af svangreomsorgen i Thy og på Mors.

Hovedkonklusionerne var:

- 1) Systematisering af samarbejdet mellem jordemødre, læger og sygehusets fødeafdeling og øget kontakt til mødrehjælp og de sociale myndigheder.
- 2) Den svangre skulle have en vandrejournal med sig, så hun selv og samarbejdspartnerne kunne se, hvad undersøgelserne havde vist og hvilke foranstaltninger, der var ordineret.
- 3) Ændret procedure omkring fødslen og behandlingen af det spæde barn, nu med APGAR-måling til supplerende af det kliniske skøn over barnets tilstand.
- 4) Åbning af Thisted Sygehus for normale fødsler uden stramme adgangskriterier.
- 5) Anmodning til sundhedsstyrelsen om at få oprettet en egentlig obstetrisk specialafdeling i Thisted, så de fødende kunne få specialhjælp, og fødsler ikke mere skulle være sekundære i forhold til akut kirurgi.
- 6) Samarbejde med og holdningsændring hos de sociale udvalg i de dengang mange små sognekommuner.

Alle instanser var fyr og flamme, svangreforsorgen og fødselsbetjeningen blev perfektioneret, og vi følte, at alt nu var på skinner og at vi mindst kunne komme på højde med det øvrige land.

*Konklusion:* Psykosocial belastning og dårlig social støtte under graviditeten er associeret med kortere gestationslængde og nedsat fostertilvækst. I kombination med dårligt socialt netværk er psykosocial belastning korreleret med fosterudviklingen, specielt hjernens vækst, bedømt ud fra det mindre hovedomfang og ned neurologiske funktion hos den nyfødte. Betydningen for barnet på længere sigt kendes imidlertid ikke.

*Artikel i Ugeskrift for læger, 22.4.1996. Dorthe Hansen, Hans Lou, Merethe Nordentoft m.fl.*

Men træerne vokser jo ikke ind i himlen. og en videnskabelig undersøgelse, der nu i 1996 er i gang fra Thisted Sygehus' fødeafdeling viser, at man aldrig er kommet rigtig til bunds i problemerne om de mange døde børn i Nordvestjylland. Det kan statistisk korrekt påvises, at vi fortsat har alt for mange dødfødte børn i forhold til det øvrige land, dødfødte er her børn, der er døde, efter 28. fosteruge og før fødslen går i gang. Børn der dør under fødslen eller i nyfødthedsperioden er ikke hyppigere her end i det øvrige land, (personlig meddelelse fra reservelæge Christina Kruse, Thisted i april 1996). Uhyggeligt nok er der fortsat 50 % overdødelighed, og Danmark har endda nordisk rekord i dødfødsler.

#### *Risikobørn*

Det er kendt, at mange dødfødte, en stor dødelighed ved fødslen og i nyfødthedsperioden er forbundet med risiko for fejludvikling hos de levendefødte børn, idet de har været udsat for de samme påvirkninger i fostertilværelsen og ved fødslen.

Det blev, ikke helt uventet, påvist, at vi i Thy havde en øget mængde børn med hjerneskrader, de svære som spastikere og de lette som MDB børn (senere kaldet

DAMP børn), og vi kendte jo de mange børn med trivselssygdomme.

Amtsskolepsykolog Knud Haure-Petersen lancerede begrebet "risikobørn", det vil sige børn med øget risiko for fejludvikling, hvor man ved at gribe ind på rette tidspunkt kan vende et kommende negativt liv til et positivt liv.

Han harmedes over at se, at disse børn først blev erkendt og behandlet, når de kom i skole og oftest havde lidt nederlag i 1. evt. 2. klasse, og det optimale tidspunkt for socialmedicinsk-pædagogisk behandling var ofte forpasset, og hjælpemulighederne var helt utilstrækkelige.

Et pilotprojekt viste, at disse børn allerede kunne have været fanget som risiko børn ud fra fødselsanmeldelsens medicinske og sociale oplysninger, eller fra den praktiserende læges kendskab til barnets helbred og levekår i den spæde barndom, og at det var muligt at have de relevante behandlingstilbud klar på det optimale tidspunkt. Denne opgave ville andetsteds være en klar opgave for sundhedsplejerskerne i samarbejde med sygehusenes bømælæger og kommunernes familieafdelinger. Vi havde imidlertid en svær og uafhjælpelig underbemanding med hensyn til sundhedsplejersker, ingen børnelæger eller social ekspertise.

Vi dannede en socialmedicinsk "risikogruppe" med amtslæge Lejf Folke, ørelæge Erik Christiansen, amtsskolepsykolog Knud Haure-Petersen, sundhedsplejerskeme, socialinspektørerne fra de fire større kommuner og den dygtige sekretær fra øreafdelingen, Hanne Lindegård. Fra lægepraksis deltog Paul Vogensen fra Nykøbing og jeg selv.

Der var i tilslutning til projektet om de mange døde børn udarbejdet en udvidet fødselsanmeldelse med sociale og helbredsoplysninger samt en såkaldt APGAR vurdering af det nyfødte barns tilstand. Den blev udfyldt af jordemoderen og risikogruppen fik en kopi. Disse oplysninger kunne sammen med oplysninger fra barnets læge give mulighed for at finde børn, der kunne blive risikobørn.

Ved et månedligt møde i risikogruppen, med ca. 10 frivillige ulønnede engagerede medlemmer, blev udvalgte fødselsanmeldelser og tilmeldinger gennemgået, den konkrete risiko for fejlurdering blev vurderet. Mulighederne for forebyggelse, ofte gennem tværfaglig indsats blev afklaret, og et behandlingsforslag kunne udarbejdes. I vanskelige sager var der et stort baggrundsteam at trække på.

Forældrene fik tilbudt besøg af sundhedsplejersken, der fra sin medvirken i risikoteamet var kendt med barnets problemer og mulighederne. Barnets praktiserende læge blev orienteret om, at hans patient var tilmeldt, og om hvilke forslag gruppen havde, samt at han ville blive orienteret løbende og i hvert fald ved de tider, hvor barnet kom hos ham til børneundersøgelser.

Bortset fra sundhedsplejersken havde gruppen ingen kontakt eller ordinationsret med henblik på medicinske, sociale eller pædagogiske behandlinger. Risikogruppens opgave var udelukkende at give kvalificeret rådgivning i enkeltsager og at gøre opmærksom på, hvor mange risikobørn der var, og hvilke behov de havde.

Når det socialmedicinsk-pædagogiske system kendte, hvor mange børn med særligt behov der var på vej, og hvilke behov der var tale om, kunne man have de fornødne

foranstaltninger klar på det rette tidspunkt, og et truende negativt liv kunne vendes til et positivt.

Det blev en succes. Vi fik opbakning fra alle sider, og vi fortsatte så i en årrække, indtil storkommunerne og amtssammenlægningerne var på plads med udbygningen af den kommunale sundhedspleje og af de amts lige institutioner. Det vil sige indtil de nye tider også var kommet til os, og vi kunne give opgaven videre.

Havde det hele så nogen effekt? Vi fik ikke lavet statistik. Det var for små tal og samfundsændringerne så store, at man ikke kunne finde en formel for en "alt andet lige"-betragtning. Men vi var helt sikre på, at vi gavnede den enkelte, skubbede systemerne i den rigtige retning og fik holdningen til socialmedicinsk-pædagogisk aktivitet rehabiliteret, samt forbedret det tværfaglige samarbejde om børn med risiko for fejludvikling.

Risikogruppens arbejde med de døde børn og med risikobørnene høstede stor anerkendelse fra mange sider og jeg modtog på gruppens vegne den fornemme MEFA-pris.

#### *Hvordan er det så gået?*

Der er sket utrolige forbedringer af levevilkårene med udbredt velstand og bedre ernæring. Frem for alt er boligstandarden forbedret.

De sløje slumbeboelser er sanerede og erstattet af moderne boligblokke. De gamle fugtige og dårlige

landarbejderboliger er ændret til luksusboliger for velstående intellektuelle, og uden om den gamle by er der opstået udbredte gode parcelhuskvarterer.

Sundhedsvæsenet i Thy er nu på højde med eller bedre end i det øvrige land. Velfærdssamfundets goder med den offentlige sygesikring, hvor man ikke kan blive smidt ud, dagpengereformerne, bistandsloven og orlovsordningerne har givet en mirakuløs bedring i vilkårene, og de burde værdsættes højere og være umistelige goder.

#### *Er målene nået?*

Måske er følgerne efter tidligere tiders nød ikke rettet op på én generation?

Det er i hvert fald tankevækkende, at udgifterne til receptpligtig, tilskudsberettiget (og dermed nødvendig) medicin er alt for høje i det gamle Thisted Amt og meget højere end i det øvrige Viborg Amt.

Ligeledes tilkendes der nær 100 % "for mange" invalidepensioner i Thisted og Sydthy kommuner, i forhold til hvad der forventes, selv når der er korrigeret for befolkningens sammensætning m.m.

Og som nævnt har vi stadig den store overdødelighed med de uforklarlige 50 % "for mange" dødfødte i Thisted Sygehus' optageområde. Det føles nærliggende at se en sammenhæng mellem fortid og nutid.

(Kilde: Historisk Årbog for Thy og Vester Hanherred 1996, side 39-46).

