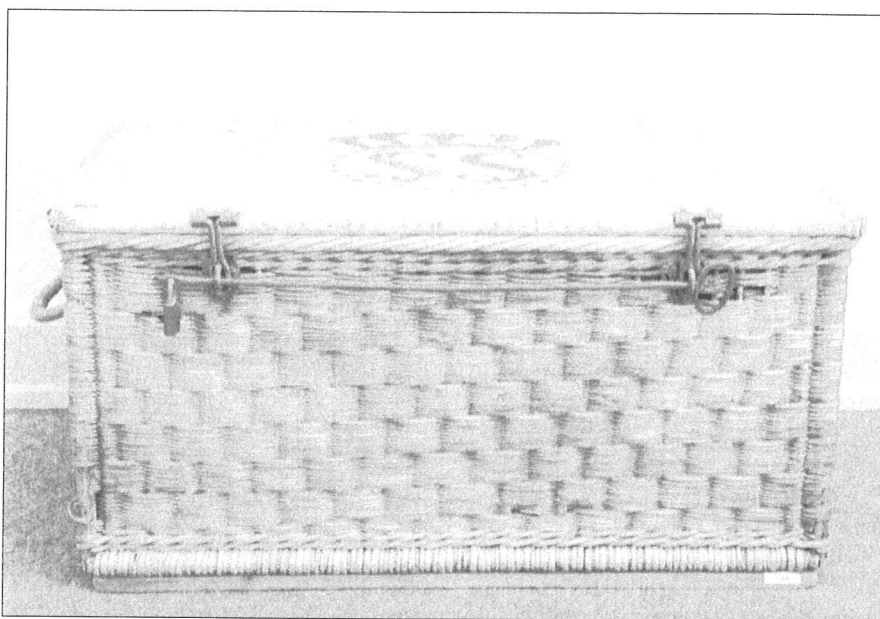


Familieplejen



Kurvekufferten, som fulgte familieplejepatienten og rummede dennes personlige ejendele.

De tre gængse typer af familiepleje i Europa på Agner Helwegs tid

„Hensigten med Familiepleje er jo i al Almindelighed at skaffe kontrollerede Hjem for rolige, medgørlige og ufarlige Patienter, som uden at behøve egentlig Anstaltsbehandling dog ikke helt kan undvære Pleje, Støtte og Tilsyn. Fordelene ved Systemet viser sig i 3 Retninger: for Patienterne, for Anstalterne og for Samfundet.“

Sådan indleder overlæge ved Sindssygehospitalet ved Middelfart, Agner Helweg sit vigtige afsnit om „Familieplejens Fordele og Vanskeligheder“ i sin bog, „Familiepleje af Sindssyge“ fra 1906. Det er da også selv samme overlæge A. Helweg, der indfører familiepleje af uhelbredeligt sindssyge i Danmark.

I foråret 1902 var Helweg på en omfattende studierejse for at studere de nyere bevægelser inden for sindssygeforplejning på tyske og schweiziske sindssygeanstalter. I den forbindelse var han blevet opmærksom på en forplejningsform, der mere og mere vandt indpas ved siden af den traditionelle forplejning af de sindssyge. Denne tilsyneladende relativt nye – men ved nærmere granskning alligevel ret så gamle – forplejningsform, var familieplejen. (Denne kontrollerede familiepleje må ikke forveksles med datidens andre private eller familiære anbringelser eller opbevaring af sindssyge, såsom „beplankning“ eller de private dårekister). Gennem finansloven bevilgedes Helweg penge til en længere studierejse gennem Belgien, Holland, England og Skotland med det primære formål at studere de forskellige udformninger og traditioner omkring familieplejen. Helweg påbegyndte sin rejse i forsommeren 1904. Resultatet af hans studier, erfaringer og overvejelser udkom i 1906 i skikkelse af den ovenfor anførte bog.

Det belgiske, skotske og tyske familieplejesystem

Kort skitseret er der tradition for at skelne mellem det belgiske, det skotske og det tyske familieplejesystem.

Det belgiske familieplejesystem: Her anbringes et større antal sindssyge i en eller flere landsbyer, der således udgør en familiekoloni. Denne familiekoloni (Colonie familiale) er ikke underlagt et større sindssygehospital, men selve kolonien har et lille hospital, et infirmeri. Af denne type familieplejesystem er blandt andet den berømte familiekoloni i den lille belgiske købstad Gheel ca. 10 km øst for Antwerpen, hvor der allerede i 600-tallet havde udviklet sig en speciel form for pleje af sindssyge. Man mente, at en bestemt helgeninde ved navn Dymphna, der var knyttet til egnen omkring landsbyen Gheel, udøvede en undergørende kraft over for disse lidelser. Derfor bragte folk deres sindssyge slægtninge til denne landsby. Med tiden opstod der en tradition for, at landsbyens og omegnens familier optog og plejede de sindssyge, der således kom direkte fra deres eget hjem, uden først at have været indlagt på en sindssygeanstalt. Efterhånden kom dette plejesystem dog under statens kontrol og tilsynet førtes kun af de dertil ansatte psykiatere på det lille infirmeri i direkte tilknytning til kolonien. De sindssyge, der både inkluderede helbredelige og uhelbredelige (nye og kroniske) tilfælde fik, så vidt det var muligt, lov til at indgå i plejefamiliernes dagligdag og arbejdsdag. På Helwegs tid var hele Gheel-kommunen involveret i familieplejesystemet. Kommunen bestod af 19 små landsbyer foruden Gheel. Gheel havde ca. 7000 indbyggere, hvoraf de ca. 900 var sindssyge i familiepleje. Hele kommunen havde et indbyggertal på ca. 14000, af hvilke de sindssyge udgjorde 1834 (opgjort i januar 1904). Med andre ord udgjorde de sindssyge i familiepleje ca. 1/8 af indbyggerne. Således havde stort set hvert andet hjem sindssyge i familiepleje (svarende til 1200 af kommunens ca. 2400 hjem).

A. Helweg anfører, at helbredelsesprocenten af gode grunde må være ret så beskedent, idet der for de flestes vedkommende er tale om „uhelbredelige“ (2-3% helbredelser). Til sammenligning blev 30-35% fra de belgiske anstalter helbredt.¹⁵⁵

Det skotske familieplejesystem: I Skotland havde man i lange tider haft den tradition enten at beholde de sindssyge hjemme eller sætte dem i pleje hos familier muligvis knyttet til valfartssteder som i Gheel. Det egentlige skotske system kom først i gang i 1862. I modsætning til det belgiske, der næsten kun optog patienter direkte fra

hjemmene, altså patienter, der ikke først havde være indlagt på en anstalt, optog man i Skotland stort set kun patienter – og kun uhelbredelige – der forinden havde været på en anstalt. De sindssyge blev så til forskel fra det belgiske system spredt ud over det ganske land. Som oftest var kun én patient i pleje i hver plejefamilie (januar 1904: 2658 kommunalpatienter anbragt i 2044 hjem). Patienten skulle så helt og holdent indgå i familiens liv og færden. Forbindelsen med sindssygeanstalten, hvorfra patienten i sin tid kom, blev afbrudt i det øjeblik, patienten kom i familiepleje. Patienten blev jævnlige tiset af en nærboende læge, der ikke skulle rapportere til anstalten.

Helbredelsesprocenten var også her meget lille, da der i udgangspunktet kun var tale om uhelbredelige eller rekonvalescenter fra anstalterne. Af de 2658 patienter, der var i familiepleje i 1903, blev de 26 helbredt. Heraf var der kun i lidt over halvdelen af tilfældene tale om reelle helbredelser, idet resten af de 26 var rekonvalescenter.

Det tyske familieplejesystem: Allerede fra 1500-tallet er der efterretninger om, at det offentlige, mod betaling, har anbragt sindssyge i privat pleje. Men først fra slutningen af 1700-tallet kan man tale om en egentlig familiepleje. Den tyske familiepleje begyndte næsten på samme måde som den i Belgien og Skotland med den forskel, at man i Tyskland ikke valfartede til en lokal helgen, men til en lokal navnkundig læge. Lægen, Dr. Engelken fra Rockwinkel ved Bremen, havde nemlig fra sine rejser hjembragt opium, som han brugte som middel mod melankoli. I 1764 oprettede lægen en lille anstalt, hvor denne opium spillede en væsentlig rolle som medikament. Anstalten blev et tilløbsstykke af rang, og man måtte indlogere patienterne i de omkringliggende landsbyer. Hermed var familieplejen født, og efterfølgende sattes den så i system.

Som hovedregel kom patienterne fra en sindssygeanstalt. De blev anbragt hos familier i anstaltens umiddelbare nærhed og var under tilsyn og kontrol af dennes læger. I 1903 havde 32 sindssygeanstalter tilknyttet familiepleje, men antallet af familieplejepatienter var i forhold til det totale antal af patienter på anstalterne ret lille. Dog lykkedes det en enkelt anstalt at få 18% af anstaltens patienter anbragt i familiepleje. Almindeligvis blev patienterne – i det mindste første gang de

kom i familiepleje – anbragt hos gifte, tidligere eller endnu ansatte opsynsfolk, der boede i nærheden af sindssygeanstalten. I Tyskland havde man dog flere forskellige varianter, eksempelvis i form af landbrugskolonier i direkte tilknytning til en sindssygeanstalt.

Hvad angår den generelle udbredelse af familieplejeordningen på Agner Helwegs tid, kan man sige, at specielt det tyske og det belgiske system havde vundet indpas i store dele af Europa. Men netop i Skandinavien så det sløjt ud: I Norge og Sverige havde man fra 1850'erne indrettet talrige usle „sindssygekolonier“ spredt rundt i landet. Der var tale om primitive og mere eller mindre kummerlige små privatanstalter, som oftest på afsides beliggende gårde, med plads til 20-25 patienter. Her var altså ikke tale om familiepleje. I Danmark havde man på Helwegs tid kun haft held med regulær familiepleje inden for åndssvagevæsenet. Her havde man i 1879-80 oprettet en familieplejeordning efter skotsk system. Den var ikke særlig udbredt. I 1880 var der kun 14 „aandssvage“ i „kontrolleret familiepleje“; men i efteråret 1905 var tallet imidlertid oppe på 124.¹⁵⁶

De første danske forsøg med familiepleje

Selvom det var Agner Helweg, der for alvor indførte familieplejen i Danmark, havde der dog været forskellige mere eller mindre helhjertede forsøg med familieplejen før A. Helwegs tid.

Allerede i 1855 foreslog Jens Rasmussen Hübertz at oprette en mindre plejeanstalt, der så skulle danne centrum for en slags familiepleje. Jens Rasmussen Hübertz (1794-1855) var den anden store pionér i dansk psykiatri. I 1839-1841 (offentliggjort i 1843) foretog han den første mere pålidelige optælling af de sindssyge og de åndssvage i Danmark, hvor han samtidig også systematisk søgte at skelne mellem de sindssyge og åndssvage – noget man heller ikke systematisk havde gjort tidligere. I 1855 var Hübertz dog for længst blevet fortrængt som psykiatriens første-violin af Harald Selmer, og Hübertz havde måttet „nøjes“ med det, man i samtiden kaldte „idiotsa-

Dalstrup Plejehjem
2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

(Hospitalets Stempel)

Familieplejebog

for

Patient Nr.

Navn:

Bogen følger Patienten ved Flytning.
Ved Udskrivning fra Familiepleje afleveres Bogen
til den tilsynsførende Læge.

Beklædningsgenstande.

| Normeret Beklædning. | Eftersat | | Tilbage | | Eftersat | | Tilbage | |
|--------------------------|----------|----|---------|----|----------|----|---------|----|
| | 1797 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 |
| 1 Sæt Søndagsstøj Jakke. | 1 | | | | | | | |
| Vest. | 1 | | | | | | | |
| Benkl. | 1 | | | | | | | |
| 1 Sæt Kirsejstøj Jakke. | 1 | | | | | | | |
| Vest. | 1 | | | | | | | |
| Benkl. | 1 | | | | | | | |
| 1 Sæt Molskinstøj Jakke. | 1 | | | | | | | |
| Vest. | 1 | | | | | | | |
| Benkl. | 1 | | | | | | | |
| 1 Drejlsjakke. | 1 | | | | | | | |
| 3 Arbejdsbuuser | 3 | | | | | | | |
| 2 Arbejdsforklæder | 2 | | | | | | | |
| 2 Kasketter | 2 | | | | | | | |
| 1 Strømhat | 1 | | | | | | | |
| 5 Skjorter | 5 | | | | | | | |
| 4 Undertrojer | 4 | | | | | | | |
| 4 Par Underbenklæder | 4 | | | | | | | |
| 6 - Sokker | 6 | | | | | | | |
| 6 Lommeforklæder | 6 | | | | | | | |
| 2 kulorte Kraver | 2 | | | | | | | |
| 2 - Halstorklæder | 2 | | | | | | | |
| 1 Par Seler | 1 | | | | | | | |
| 1 - Sokkeholder | 1 | | | | | | | |
| 2 - Vanter | 2 | | | | | | | |
| 2 - Lædergæ | 2 | | | | | | | |
| 1 - Træsko | 1 | | | | | | | |
| 1 - Tøske | 1 | | | | | | | |
| 2 Vaskelinde | 2 | | | | | | | |
| 1 Klædeborste | 1 | | | | | | | |
| 1 Tandborste | 1 | | | | | | | |
| 1 Negleborste | 1 | | | | | | | |
| 1 Kam | 1 | | | | | | | |
| 1 Smedetjalspoon | 1 | | | | | | | |
| 1 Kuffert eller Kommode | 1 | | | | | | | |

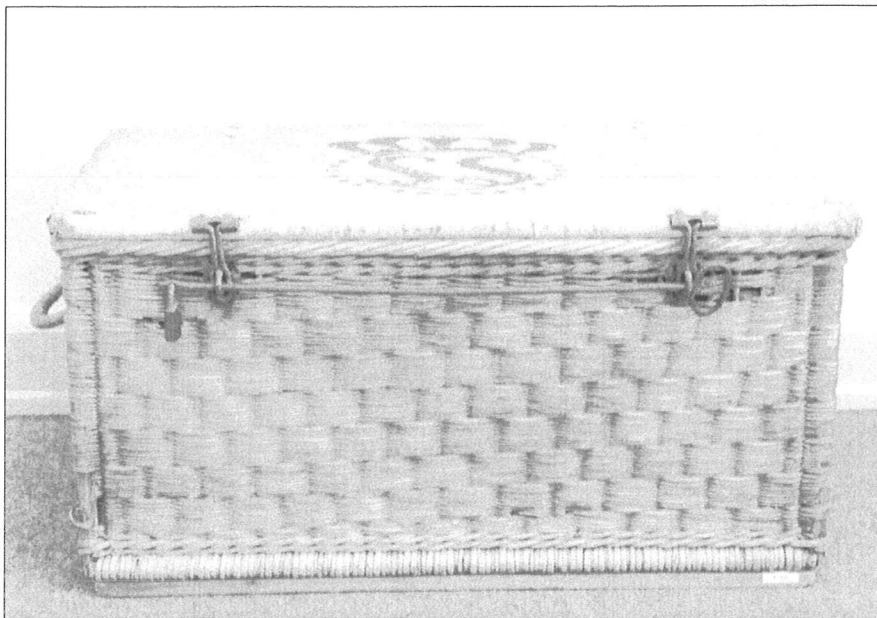
NB. Almindelig Ombytning anføres ikke, kun Forøgelse eller Nedgang i Beholdningen.

gen“ – dvs. plejen og anbringelsen af evnesvage og udviklingshæmmede. Men Hübertz kunne åbenbart alligevel ikke slippe „dåresagen“ helt: I august 1855 (fire måneder før han dør) indgav dr. Hübertz et forslag eller en betænkning om de „Afsindiges Forplejning med Forslag til en Omordning af de ældre Forpløningsmaader m.m.“ Selmer fik, af Det kongelige Sundhedskollegium, til opgave at vurdere de af Hübertz fremsatte ideer og forestillinger.

I denne betænkning foregriber Hübertz således på et meget tidligt tidspunkt oprettelsen af plejeanstalterne Dalstrup og Råmosegård – med deres tilhørende familiepleje. I sit responsum citerer Selmer Hübertz ordret omkring oprettelsen af: „... en Plejeanstalt (for Jylland) for et mindre Antal [patienter], nogle Mile borte [fra Sindssygeanstalten i Aarhus], hvor der kunde være Lejlighed til at anbringe nogle Afsindige i Forplejning hos Private i Anstaltens umiddelbare Nærhed, ...“. Selmer uddyber yderligere, hvad Hübertz mener med dette: „... idet han [Hübertz] foreslaar et ved Lov ordnet og behørigt kontrolleret Forplejningssystem af de roligere

Uhelbredelige for Private i den udvalgte Omegn af Plejeanstalten, i Lighed med det Forhold som finder Sted i det bekendte Gheel i Belgien.“ Selmer måler og vejer og finder sin gamle rivals forslag for let.¹⁵⁷

Den første overlæge på Oringe Sindssygeanstalt ved Vordingborg, Hans Peter Jensen, udarbejdede i 1861 en plan for, hvordan man kunne etablere familieplejen i Danmark.¹⁵⁸ H. P. Jensens erklærede motiver bag indførelsen af familieplejen i Danmark var imidlertid særdeles pragmatiske og mere besjælet af overvejelser i retning af økonomiske besparelser end egentlige forsøg på at træde nye terapeutiske stier til gavn og glæde for patienterne. Familieplejeplanen gik ud på, at anstaltens jord skulle udstykkes i 26 husmandslodder, (senere ændret til 17 husmandssteder) der skulle bortforpagtes til forhenværende opsynsfolk fra anstalten. Til gengæld skulle opsynsfolkene og deres familier så optage og pleje mindst 3 patienter. Foreløbig skulle der kun være tale om mandlige patienter. Men H. P. Jensens plan kom ikke langt i første omgang. Der var også en generel



Kurvekuffert med „SS“ og krone på låget, som her vist, blev anvendt til familieplejepatienter. Der er ingen tvivl om, at en person, der havde en sådan kuffert med initialerne „SS“ på låget stående på sit værelse, var en patient på et sindssygehospital, og han eller hun var sikkert dermed stempet og udsat for en betydelig diskrimination.

skepsis over for udlandets familiepleje på dette tidspunkt. I 1868 nåede Jensens plan dog i anden omgang længere ud i det offentlige rum. Nu tog selveste Sundhedskollegiet planen alvorligt og udbad sig desangående en betænkning af to af dansk psykiatris store koryfæer, nemlig Harald Selmer og Valdemar Emmanuel Steenberg (født 1829), der, fra 1863, var overlæge ved Sct. Hans Hospital. Selmer var, som allerede nævnt, generelt skeptisk over for selve ideen i familieplejen. Han stillede sig simpelthen tvivlende over for den psykoterapeutiske effekt på uhelbredeligt sindssyge. Steenbergs konklusion var mere positivt stemt over for H. P. Jensen: Man burde give H. P. Jensens familieplejeplaner en chance. Men det kom aldrig så vidt. På grund af dårligt syn blev H. P. Jensen i 1875 nødt til at gå af som overlæge på Oringe. Steenberg var på det tidspunkt den eneste, der ikke helt havde sluppet tanken om at forsøge sig med familieplejen. Overlægerne på de andre sindssygeanstalter ville eller kunne ikke påtage sig disse forsøg.

I 1888 forsøgte Steenberg sig i begrænset omfang, men det var ikke desto mindre forsøg på reel familiepleje. Han fik indkvarteret 9 mandlige patienter og en opsynskar i et lille husmandshus i umiddelbar nærhed af Sct. Hans Hospitalet. Husmandshuset var en lille åben villa, hvor patienterne kunne komme og gå, som de ville. Om dagen arbejdede patienterne på selve sindssygeanstalten, og opsynskarlen opholdt sig kun i villaen

om natten. Dette lille forsigtige forsøg på noget, der med lidt god vilje kunne minde om familiepleje, blev dog ikke videreført.

Næste etape i familieplejens indførelse i Danmark indledtes atter i Oringe under Hans Kristian Saxtorph Helweg (1847-1901), der i 1890 var blevet overlæge på Oringe Sindssygeanstalt. Oringe var den eneste anstalt med et tilhørende større frit areal. Desuden lå anstalten naturligt „isoleret“ på en halvø – alt i alt gode betingelser for forsøg med familiepleje af den slags som H. P. Jensen og Steenberg havde arbejdet med. I 1892 købte man et hus på halvøen, der skulle fungere som bolig for anstaltens murer og snedker. Men også her var princippet „noget for noget“. Til gengæld for fri bolig til mureren og snedkeren forbeholdt anstalten sig retten til at råde over tre værelser i huset. I disse skulle der så bo patienter, som familierne forpligtede sig til at pleje. Omkring nytår 1893 flyttede en kvinde og to mænd ind. Familieplejen blev langsomt udvidet, idet man fortsatte med at anbringe patienter hos anstaltens funktionærer. I 1895 blev to kvinder indlogeret hos anstaltens vægter. Man fortsatte lige så stille med denne forsøgsfamiliepleje også efter Helwegs død i 1901. Men efterhånden sygnede også dette forsøg hen.¹⁵⁹

Omkring den grundlæggende ide bag familieplejen – ifølge A. Helweg

I overensstemmelse med Selmer ser A. Helweg det som en terapeutisk nødvendighed at fjerne den sindssyge fra sit eget hjem. Således siger han: „ ... at Nerven i al Sindssygebehandling egentlig er paa ethvert givet Trin i Sygdommen at have Mulighed for at anbringe Patienten i de i Øjeblikket passende Omgivelser. Jeg har omtalt, hvorledes dette for enhver akut Sindssygdom kun naas ved Fjernelse fra Hjemmet, hvor de Krav, baade i Retning ad Pligter og indbyrdes Samliv, ethvert Familieliv maa stille til de enkelte Medlemmer, med al Traditionens Magt bliver til et stadigt Irritament for den syge Hjerne, som den ikke formaar at besvare paa sund Maade og som derfor kun virker skadeligt.“¹⁶⁰

Familieplejens målgruppe er, som tidligere nævnt, enten de lette helbredelige tilfælde, altså hvor patienten er under rekonvalescens, eller de lettere til middelsvære tilfælde af kroniske og uhelbredelige patienter. Og det er specielt den sidste gruppe, der har hospitalernes og myndighedernes bevågenhed, ikke mindst på grund af den væsentlige økonomiske besparelse i form af flere ledige pladser på de overfyldte hospitaler, pladser der så kan bruges til de akutte og helbredelige tilfælde.

A. Helweg slår fast, at også for de kroniske og uhelbredelige tilfælde er omgivelserne af overordentlig vigtighed for deres velbefindende, daglige trivsel og deres eventuelle helbredelse. Det overordnede kriterium for, at en patient kan komme i betragtning til familiepleje er: „ ... Patienten maa være ufarlig og ikke saa dybt sunken i Sløvhed eller aandelig Opløsning at al Modtagelighed for, hvad et Hjem kan byde, er udslukt. ... Men forøvrigt bliver det ikke Sygdomsformen men Individet, den individuelle Maade paa hvilken Sygdommen viser sig, der bliver det bestemmede.“¹⁶¹

Hele ideen med familieplejen – og her tænkes ikke på den oplagte økonomiske gevinst, men på den terapeutiske, som A. Helweg trods alt har som højeste prioritet – ligger i det forhold, at familien på en og samme tid er det sted, hvor den sindssygelige uorden har sin oprindelse eller ud-

krystalliseres, og også er det sted, hvor ordenen atter kan etableres.

A. Helweg sammenfatter familieplejens kerne således:

„Blandt de gavnlige Momenter, der særlig faa Betydning i Familieplejen, maa først nævnes den Sum af gammelkendte Indtryk, Plejehjemmet, der altid helst maa staa paa samme sociale Trin som Patientens oprindelige Hjem, byder den enten sløvede eller af Vrangforestillinger vildledte Hjerne, og som maa have størst Mulighed for at fremkalde de Rester, der endnu findes, saavel af tidligere aandelig Udvikling som af Arbejdsevne. Man kunde synes, at saa maatte det oprindelige Hjem være det naturligste Sted for Patienten at være, da Indtrykkene derfra maa være stærkest. Men det maa huskes, at disse ofte vil associeres med sørgelige Erindringer om Sygdommen, om Nød og Fattigdom eller om Splid og Vanskeligheder, der kun vil virke nedbrydende paa den svækkede Hjerne, eller med pinlige Fornemmelser af Krav og Forpligtelser, som Hjernen ikke mere formaar at honorere. Den praktiske Erfaring har da ogsaa vist, at som Regel er Familiepleje i fremmed Hjem at foretrække fremfor i eget Hjem.“¹⁶²

På en lang række områder er familieplejesystemet at foretrække fremfor sindssygeanstalten, hvis der vel at mærke er tale om rimeligt rolige, renlige og ufarlige patienter. Familieplejen er meget mere individualiserende, end anstalten formår at være. A. Helweg påpeger sågar faren for at blive det, vi kender som „institutionaliseret“, når man er indlagt på en overfyldt anstalt uden egentlig stimulation. I disse tilfælde vil familiepleje som oftest være bedre for patienterne end anstalten. Generelt får patienten en større selvstændighed og frihed ved at være i familiepleje, end ved at være anbragt på en anstalt.

A. Helweg opremser adskillige positive forhold i forbindelse med familieplejen, fordele der ikke kun kan bogføres i patientens favør, men så sandelig også i plejefamiliens, sindssygeanstaltens og samfundets favør.

Familieplejen har som oftest, og især der hvor den er udbredt, en gavnlig indflydelse på selve befolkningen: „Gennem den faste Indtægt (plejefamilien får et økonomisk tilskud fra staten, *red.*) og gennem den forøgede Arbejdskraft i Hjemmet forøges dettes økonomiske Evne; og gennem

Tilsyn og Kontrol fra Anstalten, gennem dennes Fordringer og gennem dens Belæring i hygiejniske Forhold, øges Sansen for Orden og Hygge i Hjemmene og højnes disses Niveau i det hele paa en Maade, der, idet den ved Exemplets Magt efterhaanden breder sig til den omgivende Befolkning, absolut maa kunne siges at faa betydning for Samfundet ...".¹⁶³

Ser man på, hvilke fordele sindssygeanstalterne og samfundet kan drage af familieplejen, er fordelene ret hurtigt gjort op: anstalterne får mere plads til akutte tilfælde af sindssyge, og samfundet sparer penge både direkte og indirekte. Direkte ved ikke at skulle bygge nye anstalter, ansætte flere læger og personale m.m., og indirekte ved at patienterne medvirker til en øget indtjening og produktivitet.

Agner Helweg kommer også ind på diverse vanskeligheder og betænkeligheder omkring familieplejen. Der kan for eksempel være en risiko forbundet med at lade de sindssyge færdes under friere forhold; patienterne kan blive udnyttet som rå arbejdskraft eller på anden måde blive mishandlet; en egns befolkning kan vise sig „uskikket“ til at have sindssyge i familiepleje; der kan være problemer med at finde en egnet læge til at udføre kvalificeret tilsyn med patienten og plejefamilien osv. A. Helweg anfører også et andet interessant forhold, nemlig frygten for at befolkningen skulle tage skade, dvs. blive åndeligt svækket af at omgås de sindssyge på så nært hold. En frygt som A. Helweg dog tilbageviser som værende „af overvejende teoretisk Art“. Det samme med frygten for at plejefamiliens børn også skulle kunne tage skade af samlivet med de sindssyge. Den sidste betænkelighed, som A. Helweg diskuterer, og som han omtaler som den vægtigste indvending mod familiepleje, er af mere intern natur og ikke uden et anstrøg af let institutions-kynisme. Han siger: „... at Familieplejen berøver Anstalterne værdifulde Patienter, dels de gode Arbejds kræfter, dels de stille, mere eller mindre sløve Patienter, der ved deres ofte gennem Aar uforanderlige Tilstand, tidt ogsaa ved deres Elskværdighed og Hjælpsomhed danne den faste Stamme i mange af Anstaltens Afdelinger.“¹⁶⁴

A. Helweg konkluderer til sidst, at de eventuelle ulemper, der er forbundet med familieplejen, dog langt opvejes af, at familieplejen er en „... betydelig billigere Lettelse af Anstaltens

Overfyldning end en Udvidelse af disse, og ydermere, at der for et stort Antal Patienter opnaas et positivt Gode. Overfor disse Fordele maa Anstalterne finde sig i at give deres Indsats – man faar Intet for Intet!“.¹⁶⁵

Alle disse overvejelser, som Agner Helweg anstiller i sin bog om familieplejen, bunder, som nævnt, stadig kun på erfaringer fra diverse studierejser, andres erfaringer og egne teoretiske overvejelser.

Hvad angår selve det springende punkt: Kan og bør familieplejen indføres i Danmark, er der overhovedet grund til at indføre familieplejen? – så svarer Agner Helweg bramfrit og uden idealistiske dikkedarer: „Svaret ligger ligefor i Anstaltens vedvarende Overfyldning.“¹⁶⁶ A. Helweg gennemregner og sammenligner de forskellige typer af sindssygeforplejning og finder frem til, at familieplejen er den billigste og i den sammenhæng også den bedste, når man taler om fattige, uhelbredeligt sindssyge, der er ufarlige, rolige og renlige (i 1904-05 er forplejningsomkostninger for en patient på sindssygeanstalt 152 øre, pr. dag i familiepleje ca. 100 øre).

Der er dog stadig forskellige problemer omkring den praktiske gennemførlighed af familieplejen i Danmark. Disse problemer er centreret omkring tre faktorer: befolkningens, autoriteternes og anstaltslægerens stilling til familieplejen.

På A. Helwegs tid er det endnu ikke afklaret, hvorvidt kontrolleret familiepleje skal henregnes under fattighjælp, eller om den skal høre ind under offentlig forsørgelse på grund af sygdom, sindssygdom, blindhed, vanførhed osv., for så vidt man er anbragt på en statsanstalt eller en anden statsanerkendt institution. Familieplejen falder altså i en gråzone, hvor A. Helweg plæderer for juridisk at lade familieplejen henhøre under den samme paragraf, som den indlagte patient også falder ind under.

Med hensyn til, hvilket familieplejesystem man skal bruge i Danmark, anbefaler A. Helweg det tyske system som det bedst egnede til de danske forhold på trods af, at det skotske vel nok er det mest ideelle for patienterne.

Agner Helweg slutter sin bog om familiepleje med at fremsætte et konkret forslag til, hvordan man skal forsøge at løse det meget store overfyldningsproblem på sindssygeanstalterne. En ting er at udvide anstalterne eller bygge nye; det er dyrt

*Familieplejekontrakt
fra 1943.*

Efter at have gjort mig bekendt med de for Familiepleje af Patienter i Statens Sindssygehospitaler gældende Bestemmelser, erkender jeg Dags Dato at have modtaget i Familiepleje Patient *7817 Johannes Nielsen* i min Bolig *Lerbakvej Rieker* imod en daglig Godtgørelse af f. T. *2 Kr. 75 Øre*, der betales maanedsviis bagud.

Jeg forpligter mig til i et og alt at overholde de fornævnte Bestemmelser og de mig særlig meddelte Paalæg.

Lerbakvej 1. d. *28/6 43.*
A. Helweg.

S. 53. Bl. Nr. 128. - 1000 - 5 - 41. Centraltrykkeriet - Kbhvn. K. 27208

og næsten umuligt. En anden ting er at oprette familieplejeordninger ved alle landets sindssygeanstalter. A. Helweg anfører helt konkrete detaljeforslag til indførelse af familiepleje og kommer med gode råd til, hvordan man kan tilpasse de udenlandske erfaringer til danske forhold. Han siger blandt andet følgende: „Til at begynde med maatte Anbringelsen ske langsomt med enkelte fuldkomment rolige, paalidelige, renlige og ikke altfor sløvede Mænd, der kunde arbejde noget; først senere Kvinder og da i Begyndelsen kun de, der har passeret Menopausen. I hvert Hjem burde aldrig anbringes mere end 2 Patienter af samme Køn, der kunde dele Værelse, men som skulde leve fuldstændigt med Familien.“¹⁶⁷

**Agner Helwegs første forsøg
med familiepleje ved Middelfart**

I 1907 overtog A. Helweg overlægeembedet på Sindssygehospitalen ved Middelfart. Og allerede samme år greb han chancen til selv at gå i gang med at organisere en familieplejeordning efter tysk forbillede. Patienterne havde alle sammen først været indlagt på hospitalet og blev herefter anbragt hos håndværkere eller bønder. Til daglig

var båndet til det nærliggende sindssygehospital fuldstændig løsnet. Forbindelsen mellem patienterne og hospitalet bestod dels i, at hospitalets egne læger en gang om måneden kom på tilsynsbesøg, dels i at patienterne regelmæssigt besøgte hospitalet for at få et bad. For at dette kunne fungere, måtte patienterne ikke anbringes længere væk end højst 2-3 km fra sindssygehospitalen. I opstartsåret, 1907, blev der således kun anbragt 6 patienter, og i 1914-15 var tallet kun vokset til 20.

A. Helwegs egen forklaring på, at familieplejen egentlig aldrig blev en rigtig stor succes, giver han med henvisning til to forhold. For det første er tilsynet forbeholdt hospitalets egne læger, der hurtigt bliver overbebyrdede; for det andet, og mere kuriøst, anser A. Helweg generelt den fynske befolkning som værende mindre godt egnet til at varetage familiepleje af sindssyge.¹⁶⁸ Efter sigende skyldes A. Helwegs fatale underkendelse af en hel egnsbefolknings evne til at varetage og omgås sindssyge, erfaring med kun tre patienter, der, på grund af ubetydeligheder, måtte sendes retur til hospitalet.

Den første familiepleje ved Råmosegård og Dalstrup

Inddragelsen af de to forhenværende fattiggårde, Råmosegård og Dalstrup, til plejehjem for henholdsvis uhelbredeligt sindssyge kvinder og mænd, skaffede naturligvis for en tid luft på sindssygehospitalet ved Aarhus. Der blev flere ledige pladser til de friske og helbredelige patienter, der nærmest stod i kø for at blive indlagt. Men letelsen varede kun kort tid.

Pladsmangel og økonomisk smalhans gør opfindsom. Familieplejen tilbyder sig her som en mulig og billig, men altså også efter omstændighederne god form for anbringelse og pleje af de uhelbredeligt sindssyge voksne mænd og kvinder. Billig og god – en ikke ilde kombination; dog må det nok bemærkes, at man først så på omkostningsniveauet, dernæst på om anbringelsen kunne medføre gener eller ulemper for patienten. (Selvom man eksplicit formulerer det omvendt, er afviklingen af hospitalets overbelægning altid højt prioriteret).

Overlæge Hallager på Sindssygehospitalet ved Aarhus opgav med det samme det tyske familieplejesystem, hvor hospitalets egne læger skulle forestå tilsynet af familieplejepatienterne anbragt i nærmeste omegn af hospitalet. Naboerne til Sindssygehospitalet ved Aarhus var nemlig dels villabeboere og landliggere (der kun boede der en del af året), dels en stor arbejderbefolkning, der havde sin virksomhed inde i Århus by.¹⁶⁹ Med andre ord kunne man ikke bruge hospitalets nærmeste nabofamilier: Enten var der tale om velhavende bedsteborgere, eller også var der tale om folk, der ikke arbejdede på stedet eller kun opholdt sig der en del af året. Der var ganske enkelt ikke nok familier at tage af. Man måtte tænke i nye baner. Det var egentlig ikke overlæge Hallager, der som første mand udtænkte det nye familieplejesystem, men derimod lægen ved Plejeanstalten Råmosegård, Dr. Jens Winther Nissen. Hallager tog dernæst initiativet til at indføre familieplejen på Djursland.

Læge J.W. Nissen kendte naturligvis A. Helwegs bog om familiepleje og hans mindre heldige forsøg med familiepleje ved Middelfart.¹⁷⁰ Det nye ved Nissens familieplejesystem var at lade en almindelig praktiserende landlæge indgå som

mellemed mellem hospitalet og plejefamilierne. Før en eventuel anbringelse af en familieplejepatient fik lægen tilsendt en kortfattet sygehistorie. Denne praktiserende læge skulle så udøve det umiddelbare tilsyn med hjemmene og de i hjemmene anbragte sindssyge. Ved denne ordning undgik man at skulle anbringe patienterne i hospitalets nærmeste nabolag. Antallet af mulige plejefamilier mangedobledes på denne måde.

I sin opsummerende artikel i Ugeskrift for Læger (27. juli 1911) forklarer Hallager selv proceduren for denne familiepleje: „Naar en Familie ønsker at faa en Patient eller to i Pleje, henvender den sig til den lokale Læge. Naar denne efter sit Kendskab til Hjemmet anser det for brugeligt, sender han Meddelelse derom til Sindssygehospitalets Overlæge, som skal efterse Hjemmet, inden det antages. Den lokale Læge har saa den Forpligtelse at besøge Hjemmet og se til Patienten mindst en Gang om Maaneden – og naar der ellers er Anledning dertil. Overlægen skal besøge hvert Hjem mindst en Gang om Aaret. De Patienter, der er anbragte i Familiepleje, vedbliver at være Hospitalets Patienter og beholder deres Nummer i Hospitalets Bøger. Hospitalet opkræver den sædvanlige Betaling af Forsørgerne og betaler Plejepenget, Lægehonorar, Medicin o.s.v. Hospitalet forsyner Patienterne med Klæder og Fodtøj; men Plejefamilien skal reparere Tøjet og holde det vedlige.“¹⁷¹

I en officiel redegørelse til justitsministeriet fra februar 1912 vedrørende overlægens tilsynsbesøg og omkostningerne, der er forbundne med dette besøg, bemærker Hallager, at han, hvad angår langt de fleste hjem, besøger dem oftere end kun en gang om året. For at spare tid og dermed holde de økonomiske omkostninger i ave, plejer Hallager at cykle rundt til hjemmene, hvor det er muligt (ellers kører han med tog), men i sommeren 1911 anskaffer overlæge Hallager sig en motorcykel, dels for at gøre sig uafhængig af toget, dels for at kunne besøge så mange hjem som overhovedet muligt.¹⁷²

Der kunne være op til seks patienter i et og samme familieplejehjem, men det almindeligste var dog en eller to patienter, hvor man så forsøgte at fordele sol og vind lige, hvilket i Hallagers sprogdragt lød sådan: „... saaledes at den Familie, der faar en forholdsvis flink Patient, som kan gøre Nytte, ogsaa faar en mindre flink, som kun er til Ulejlighed.“¹⁷³

Plejefamilierne var typisk landhåndværkere, husmænd, bolsmænd og mindre gårdmænd, der drev gården uden fremmed hjælp. Det mest almindelige var småbønder med 4-6 køer.¹⁷⁴

Den typiske patient var rolig, skikkelig og renlig og kom fra en af de store afdelinger for rolige kronisk sindssyge. Patienter fra de „bedre“ afdelinger, siger Hallager, er derimod ofte vanskeligere at omgås, de er mere tilbøjelige til at ræsonnere og kritisere og dermed vanskeligere at finde et hjem til, som passer dem. Dog, når alt kommer til alt, er det vigtigste både at kende patienten godt, men også den eventuelle kommende plejefamilie – at kunne finde den rette patient til det rette hjem! Hallager beretter netop om et par tilfælde, hvor patienter opførte sig forholdsvis umuligt i ét hjem, hvorefter de blev flyttet til et andet hjem, i hvilket de straks faldt til og fik det godt.

Hvad angår den evige melodi omkring økonomien, så det i familieplejens første par opstartsår (1912-13) ud på følgende måde: Plejepengene, altså de penge som plejefamilien kunne hæve konstant mod at pleje og passe den sindssyge patient, udgjorde pr. dag, pr. patient 1,00 kr. Plejefamilier med én patient kunne således hæve 30,00 kr. pr. måned; 60,00 kr. pr. måned ved to patienter. For småbønder var dette beløb en god stabil støtte. Betalingen var den samme, uanset om patienten kunne arbejde eller ikke.

En norsk overlæge, Harald Arnesen, der i forbindelse med en studierejse i 1913 blandt andet også havde besøgt familieplejeordningen på Djursland, anfører i sin artikel fra 1913, at man i det mindste kunne fremvise et eksempel på, hvordan familieplejen havde reddet en familie fra en truende fallit.

Den praktiserende læge fik 0,15 kr. pr. patient pr. dag (50,00 kr. om året). De andre udgifter, som hospitalet havde til hver enkelt familieplejepatient, så ud som følger: beklædning 0,15 kr.; medicin 0,05 kr.; rejser 0,01 kr. Og den sidste post, overlægens tilsynsrejser, udgjorde pr. patient pr. dag 0,01 kr., altså siger og skriver 1 øre. Hallagers tørre kommentar til denne fyrstelige aflønning var da også: „... men saa tror jeg heller ikke, det bliver et „Ben“, som der er Grund til at misunde Overlægen.“¹⁷⁵ Alt i alt koster familieplejepatienten pr. dag 1,37 kr. Statstilskuddet var i 1912-13 på mindre end 0,62 kr. pr. patient pr. dag.

De første familieplejepatienter på Djursland – april 1910

De første patienter kom i familiepleje den 7. april 1910. Det drejede sig om fem kvinder fra Råmosegård. To kvinder blev anbragt hos en husmand i Trustrup, de tre andre blev anbragt i Drammelstrup hos en gårdmand. De næste fire patienter blev anbragt to og to, 14 dage senere, hos henholdsvis en snedker i Pederstrup og en husmand i Nødager. Snedkeren i Pederstrup havde tidligere arbejdet på Råmosegård og kendte derfor på forhånd patienterne.¹⁷⁶ Modtagelsen i Pederstrup af de to uhelbredeligt sindssyge kvinder var i begyndelsen meget lidt hjertelig, skriver overlæge Hallager i sin artikel fra 1911. Han beskriver selv denne begivenhed, så man uvilkårligt får en slags déjà-vu – det er, som om man har hørt eller set den slags før: „Først var Naboerne vrede og forlangte, at Snedkeren skulde sætte et højt Hegn om sin Ejendom, saa han kunde passe paa „de gale Mennesker“. Men det varede ikke længe, før de to kvindelige Patienter hos Snedkeren blev inviterede i Kaffeselskab i Nabolavet, og nu er Pederstrup og Nabobyen Nødager Familieplejens Hovedbyer.“¹⁷⁷

Familieplejen med base i Dalstrup Plejeanstalt fulgte ret hurtigt efter Råmosegård. Men i modsætning til, hvad erfaringen andre steder fra viste, var det en smule sværere at få anbragt de mandlige patienter i familiepleje omkring Dalstrup. Hallager mente dog selv, at årsagen delvis skulle søges i det forhold, at der kort tid forinden var sket en ubehagelig hændelse. En ellers fredelig patient på Dalstrup Plejeanstalten havde slået en opsynsmand i hovedet med en spade og påført ham en alvorlig læsion.

I et brev fra 12. maj 1910 meddelte læge Elmquist fra Dalstrup Plejeanstalt til læge Nissen fra Råmosegård, at det nu i andet forsøg var lykkedes ham at få anbragt to mandlige patienter hos en forpagter i Dalstrup. Også denne, den første plejefamilie i Dalstrup, var vant til at se og omgås patienterne, idet den havde forpagtet plejeanstaltens jord. Den 4. juni 1910 flyttede den første patient ind hos familien og blev hos dem indtil 8. december 1911 (1 år og 6 måneder). Patientens sidste dag hos denne familie var tillige hans første

dag hos en husmandsfamilie i Dalstrup, hvor han blev i 10 måneder. I alt nåede Dalstrup Plejeanstalts først familieplejepatient (en ugift, forhenværende drikfældig skolelærer fra Lisbjerg ved Lystrup) at opholde sig hos 5 forskellige plejefamilier. Efter et uafbrudt forløb fra 4. juni 1910 til 4. februar 1933 blev han anbragt på Dalstrup Plejeanstalt. Det længste ophold hos en og samme familie varede 8 år og 6 måneder.

Læge Elmquist og hans efterfølger har følgende at bemærke i hans sygejournal:

- „4.6. 1910: anbragt i Familiepleje hos Forp. Hansen, Dalstrup.
 29.6 1910: han vil ikke tale, staar og tripper og skærer Grimasser.
 14.10 1910: uforandret.
 6.7. 1911: bliver fed, ellers uforandret.
 8.12. 1911: overfl. til Husejer Krohn, Dalstrup.
 17.1. 1912: uforandret, fed.
 24.4. 1914: slaar en Kammerat og faar Øjet flænget.
 5.12. 1914: uforandret.
 1.7. 1915: uforandret.
 1.12. 1915: uforandret.
 13.12. 1922: Rolig og fredelig, men sløv og bestiller absolut intet.
 31.12. 1923: uforandret. ...“.¹⁷⁸

Den anden patient, som blev sat i familiepleje hos den samme familie i Dalstrup, flyttede ind 20 dage efter den første (24. juni 1910). Han forblev der dog kun i knapt 4 måneder, hvorefter han blev overflyttet til Sindssygehospitalet i Aarhus. Han var, som Elmquist anfører i journalen i forbindelse med indlæggelsen på Dalstrup Plejeanstalt i 1908: „... fuldstændigt arbejdsdygtig og kører til Markarbejde“.¹⁷⁹

Indtil midten af 1934 havde 484 mandlige patienter været anbragt i familiepleje i kortere eller længere tid.¹⁸⁰ Betragter man både Dalstrup og Råmosegård, ser tallene for familieplejepatienter sådan ud: Ved udgangen af 1910 var der 26 (2 m. + 24 k.); 31/12 1911 var der 79; 31/12 1912 var der 94 (24 m. + 70 k.); og i marts 1913 var der 105 i familiepleje.¹⁸¹

Efterhånden som familieplejen blev mere og mere udbredt, blev flere og flere praktiserende læger rundt omkring på Djursland involveret i tilsynsarbejdet.

De første erfaringer med familieplejen på Djursland

Erfaringerne fra det første år var gennemgående positive. Hallager opsummerer sine erfaringer med de første 55 familieplejepatienter således: „Den psykiske Tilstand er gennemgaaende bleven bedre – hos nogle af Patienterne har Fremgangen været særdeles betydelig. Naturligvis vil ogsaa i Familieplejen Sløvheden hos nogle af de syge vedblive at skride frem – men endnu har det ikke kunnet konstateres, at nogen af Patienterne er gaaet kendeligt tilbage i psykisk Henseende. Gennemgaaende er Patienterne glade ved deres nye Opholdssted, og nogle af dem har sluttet sig paa en ret naturlig Maade til Familien og deler dens Interesser. En hel Del, som i Hospitalet ikke kunde beskæftiges, har under de nye Forhold efterhaanden begyndt at tage fat paa et eller andet Arbejde, som de var fortrolige med fra gamle Dage.“¹⁸²

Generelt tilbageviser Hallager diverse bekymringer om, at de sindssyge skulle kunne påvirke plejefamiliens psykiske tilstand i negativ retning og i videre forstand skade egnens befolkning. Familieplejen bidrager ikke alene med et økonomisk løft til plejefamilierne og den lokale befolkning (i gennemsnit stiger produktiviteten), men den virker også opdragende på selve den „raske“ del af befolkningen. Hallager må konstatere, at plejefamilierne mange gange udviser en stor grad af indfølelse og forståelse for de sindssyge. Desuden udvikler og skærper en udbredt familiepleje befolkningens sans for renlighed og hygiejne.

Alt i alt anbefaler Hallager denne forplejningsform til videre udbredelse ud over hele landet – ikke mindst for at lette overbelægningen.¹⁸³

Også læge Elmquist gør, i et foredrag holdt efter Sundhedsstyrelsens anmodning for en kreds af Odsherreds læger på hospitalet ved Nykøbing, den 2. september 1923, status over sine mere end 20 års erfaringer med den specielle „djurslandske“ familieplejeordning. Elmquist, der fra 1. januar 1919 efterfulgte læge Jens Nissen som læge på

Råmosegård, ligger i det store og hele på linje med Hallagers vurdering. Elmquist har dog et par interessante bemærkninger og forslag til forbedringer, hvoraf én af disse, om familieplejepatienternes tøj og „kainsmærkning“, her skal videregives: „Det Bomuldstøj, der for Tiden leveres til Arbejdskjoler og Forklæder, er ikke solidt nok, det holder ikke til Arbejde; Sylønnen er dog den samme; det var fornuftigere, om den spenderedes paa et bedre Stof, saaledes som det brugtes af Ptt., før Fængslerne havde Leverancen.

Dernæst bør det erindres, at Ptt. i Familiepleje skal færdes ude i Livet, gaa i Kirke, komme til Kaffegilder o.s.v., og derfor kan de ikke være tjent med Kjoler, der ved Ensartetheden virker som et Skilt paa, at de er „Patienter“, og ved sit stygge Snit, uden Hensyntagen til, om Kjolen skal passe en mager eller en fyldig Person, vansierer den ydre Fremtræden. Det bør erindres, at det drejer sig om Invalider, hvis Invaliditet skal gøres saa lidt iøjnefaldende som muligt, ikke om Fanger, der skal kostumeres saaledes, at man i Tide kan tage sig i Vare for dem. Der bør kunne gives dem pæne uldne Kjoler af forskelligt Snit og Farve, og det nu brugte hæslige og haarde – ligesom olieplettede – Hvergarnstøj fra Fængslerne afskaffes.

De i Familiepleje anbragte skal – saa vidt muligt – ligne andre Mennesker; almindelige Syge kan klage over den Behandling, de faar; Sindssyge kan det oftest ikke; det er utilbørligt, at de saa skal straffes yderligere, fordi de er værgeløse.“¹⁸⁴

Familieplejen gøres til en institution

Sideløbende med de første anbringelser af patienter i familiepleje udarbejdede hospitalet og ministeriet forskellige regler og standarder for familieplejen.

Den første udgave af dette regelsæt var fra januar 1910, og hed „Bestemmelser for den til Sindssygeanstalten ved Aarhus knyttede Familiepleje“. Den bestod af 22 paragraffer og skulle i form af en lille bog følge patienten (bestemmelse § 21). I bogen skulle lægen anføre datoen for sine besøg, samt eventuelle bemærkninger vedrørende hjemmet eller patienten. Udvalgte paragraffer lyder som følger:

§ 1: „Forud for Antagelsen af et Plejehjem foretager Anstalten en indgaaende

Undersøgelse af Hjemmets Forhold. Efter Patientens Anbringelse er Hjemmet stadig undergivet Kontrol, dels direkte fra Anstalten, dels fra den praktiserende Læge, der paa Anstaltens Vegne har Tilsyn med Hjemmet og Patienten.“

§ 5: „To Patienter kan, med Anstaltens Tilladelse, være fælles om et Værelse. Patienterne maa ikke uden særlig Tilladelse dele Soveværelser med andre.“

§ 11: indskærper et totalt spritusforbud – denne paragraf er, som den eneste, sat helt igennem med kursiv.

§ 12: „Patienterne skal i enhver Henseende behandles som hørende til Familien, opholde sig i dens Stuer, spise ved dens Bord og have samme Forplejning som den.

De skal omgaaes med Venlighed, hjælpes og støttes. I Tilfælde af Vanskelighed i Omgang paakaldes Lægens Hjælp. Straffe af nogensomhelst Art maa under ingen Omstændigheder anvendes.“

§ 13: „Patienten skal saavidt muligt beskæftiges med Arbejde i Hus, Have eller Mark; men Tilskyndelsen dertil skal ske i Venlighed. Overdreven Udnyttelse af Patientens Arbejdskraft vil medføre hans Fjernelse fra Hjemmet.“

Alle de andre paragrafer omhandler blandt andet værelsets indretning, patientens personlige hygiejne, hvorvidt han må færdes alene og efter mørkets frembrud, hvad man skal gøre, når patienten bliver syg eller dør osv.

Den næste udgave kommer 11 år senere i august 1921, og nu lyder den første paragraf sådan: „Rolige, renlige og delvis arbejdsføre Patienter (som Regel kun to af samme Køn) kan anbringes hos Privatfolk, som erklærer sig villige til at modtage dem og som opfylder de af Hospitalet og den tilsynsførende Læge stillede Betingelser.“

Mange af paragrafferne er bare blevet omskrevet med indholdet stort set uændret. I den første udgave fornemmer man Hospitalslægerens klare formynderi (de 3 første paragraffer), men andenudgaven er lidt mere neddæmpet i den retning. Der er dog kommet følgende helt nye paragraf – § 11 – med i denne anden udgave fra 1921:

„Hensigten med Patienternes Anbringelse under disse Forhold er dels at muliggøre deres Tilbagevenden til Samfundet, dels, hvor dette ikke kan ske, at gøre deres Liv lysere og mere indholdsrigt ved saavidt muligt at genvække Interesser hos dem for, hvad der tidligere beskæftigede dem, eller kalde nye Interesser til live; det er derfor Hjemmets Opgave at gøre sit til, at dette kan ske ved venlig, fornuftig og taalmodig Paavirkning. De Erfaringer, der gøres med Hensyn til Patienternes Tilstand, maa meddeles Lægen.“¹⁸⁵

Den tredje og sidste udgave, „Vejledning vedrørende kontrolleret familiepleje af patienter i statens sindssygehospitalet“, er fra februar 1934. Nu ser de første paragraffer således ud:

- § 1: „Plejehjemmets almindelige hygiejniske forhold, særlig med hensyn til drikkevand og afløb, skal opfylde de herfor i gældende sundhedsvedtægter og andre bestemmelser af sundhedsmæssige art fast satte forskrifter.“
- § 5: „Efter nærmere aftale drager hjemmet omsorg for at patienterne fremstiller sig til badning på hospitalet eller en under dette hørende plejecentral. ...“
- § 6: „Patienterne bør i enhver henseende behandles som hørende til familien; de skal kunne opholde sig i dennes opholdsstuer, spise sammen med den og have samme mad som den. Forplejningen skal være god, sund og tilstrækkelig. Patienterne må aldrig hverken hjemme eller ude nyde spirituøse drikke.“
- § 7: „Hensigten med patienternes anbringelse i familiepleje er dels at muliggøre deres tilbagevenden til samfundet ved atter at vænne dem til almindelig livsførelse, dels for de patienters vedkommende, hvor dette ikke er muligt, at erstatte dem deres eget hjem, hvor de på grund af sygdom ikke kan opholde sig ...“.
- § 9: „I omgangen med patienterne må man sørge for aldrig at komme til at såre dem. Man må derfor undgå enhver nedsættende tiltale eller omtale af dem, særlig må man ikke benytte ord, der hentyder til den særlige sygdom, hvoraf de lider ...“.

Det er slående, at den første paragraf i de to sidste udgaver netop ikke omhandler „formålet med familieplejen“, som figurerer henh. som § 11 og § 7, nemlig muliggørelsen af at patienten atter kan vende tilbage til samfundet. Der er stadig tale om opbevaring og pleje, derfor er de hygiejniske og de juridiske forhold, vedrørende hvem man står til ansvar overfor, de vigtigste.

Familieplejens hurtige udbredelse og succes i Danmark

Som tiden går, bliver familieplejeordningen mere og mere udbredt. For eksempel skriver Hallager i den interne årsberetning i 1916, at når antallet af patienter i familiepleje i 1915 stort set er det samme som i 1916 „... saa er det ikke af Mangel paa gode Hjem, men af Mangel paa Patienter, der er skikkede til at anbringes i Hjemmene.“¹⁸⁶ I forlængelse af denne beklagen sig over for få egnede patienter til at sætte i familiepleje, modtager man også fra tid til anden patienter fra for eksempel Sindssygehospitalet ved Vordingborg. Disse patienter bliver så anbragt i familiepleje på Djursland.

Man begynder sågar at sætte patienter i familiepleje i nærmeste omegn af eller ud fra Sindssygehospitalet ved Aarhus – noget som overlæge Hallager ikke mente, der var en stor fremtid i (som allerede nævnt ovenfor). I 1912 har man anbragt 5 mænd og 25 kvinder i familiepleje fra hospitalet. Efterhånden anbringer man også patienter i familiepleje andre steder på Djursland end i omegnen af Dalstrup og Råmosegård, som for eksempel i Draaby og Bjødstrup.

I 1921 kan man læse i årsberetningen for Statens Sindssygehospitalet, at Sct. Hans Hospital for Sindssyge har 1 kvinde og 9 mænd i familiepleje. I 1923 har de 12 mandlige patienter i familiepleje. Ved Sindssygehospitalet i Nykøbing Sj. har man i slutningen af året 1924 anbragt 1 mand og 2 kvinder i familiepleje. I 1932 begynder man med familieplejen på Oringe ved Vordingborg.

I februar 1966 har man familieplejepatienter i tilknytning til følgende statshospitalet og plejehjem i Danmark: Århus (daghospital): 61; Vordingborg (daghospital): 43; Saxkøbing (daghospital): 9; Viborg (daghospital): 15; Visborggård: 7; Middelfart: 11; Hvedholm: 21; Nykøbing Sj.: 26; Vedsted: 62; Augustenborg: 27. I alt 158 mænd og 191 kvinder.¹⁸⁷

Antallet af anbragte patienter i familiepleje med base i Dalstrup, Råmosegård, og Sindssygehospitalet i Århus kulminerede omkring 1939-40, hvor der var 268 mandlige og 267 kvindelige patienter anbragt i familiepleje. Til sammenligning var der i 1933: 175 mænd og 220 kvinder; og i 1952 var de tilsvarende tal: 183 mænd og 159 kvinder i familiepleje.

Afviklingen af familieplejen omkring Dalstrup

I et brev, fra 7. november 1956 fra overlæge Erik Strömngren til en kvinde, der ønsker at optage patienter i familiepleje, begrundet Strömngren sit henholdende afslag med, at „ ... nu om stunder bliver det mere og mere sådan, at de patienter, der kunne være i familiepleje, i stedet bliver udskrevet. Endvidere er det sådan, at de senere års nye behandlinger bevirker, at netop nogle af de patienter, som ellers ville være i familiepleje, kan udskrives.“¹⁸⁸

I maj 1973 er antallet af patienter i familiepleje skrumpet ind til 12 patienter med base i Dalstrup Plejecentral.

Et rygte om, at Statshospitalet i Risskov er i færd med at afvikle familieplejen omkring Dalstrup fra og med udgangen af 1972, tilbagevises af overlæge ved Statshospitalet, Erling Jacobsen, i en avisartikel fra maj 1973. Dementiet kommer i forbindelse med en håndfast konkret kritik fra to patienter i familiepleje. De to patienter føler sig udnyttet som billig arbejdskraft. Patienterne får kun deres lommepenge, altså ingen egentlig løn. Invalidepensionen, som patienten ellers ville kunne have fået, deler hospitalet og plejefamilien. Patienterne tør ikke klage til amtslægen af frygt for repressalier fra værtsfamilien. Endvidere føler patienterne sig ydmyget og unødigt umyndiggjort: De skal eksempelvis stille til bad på Statshospitalet hver uge; familieplejeledelsen fører nøje kontrol med patienternes økonomiske forhold, f.eks. om de har oprettet en bankkonto.

Amtslægen tilbageviser anklagerne og kender i øvrigt kun til glade og tilfredse familieplejepatienter. Amtslægen understreger, at patienterne netop ikke tvinges til at arbejde – hvis de arbejder, gør de det af lyst. Motiverne for, at en fami-

lie tager en patient i pleje, kan være forskellige, lige fra det at få selskab eller det at få en billig arbejdskraft eller til dette, at kunne udøve mellem menneskelig omsorg for et stakkels menneske.

Overlæge Erling Jacobsen citeres afslutningsvis for følgende: „De fleste af os mener, at familieplejen bør bevares, i hvert fald i et vist omfang, selv om noget af den, blandt andet det økonomiske, ikke er helt tidssvarende. Det er ikke reglen, at værtsfamilien udnytter patienten. Men det kan da godt være, at der i enkelte tilfælde er nogle, som føler, at de skal arbejde for meget. Det kan vi så tale om.“¹⁸⁹

Men reaktionen lader ikke vente på sig. Allerede 4 dage efter denne artikel finder man en vældig positiv artikel i samme avis med følgende overskrift: „Der er stadig tilfredse mennesker i Danmark ... – Vi fandt fem blandt sindslidende i familiepleje på Århusegnen“. Avisen har i mellemtiden talt med fem familieplejepatienter, og ingen har delt den kritiske opfattelse, som de to ovenfor omtalte patienter har givet udtryk for. Tværtimod. I artiklen kan man f.eks. læse følgende: „Det var ikke med beklagelse, men med stolthed, at en af patienterne sagde: „Vi arbejder som rigtige karle. Begynder ved 6-tiden om morgenen og er færdige ved 5-tiden om aftenen afbrudt af nogle timer til at spise og sove til middag i. Om aftenen har vi fri og altid om søndagen“. En anden sagde: „Vi har det godt. Vi har noget at lave hele tiden.“¹⁹⁰

I samme artikel kan man også læse, at patienterne får 85 kr. i lommepenge hver 14. dag fra Statshospitalet. To af patienterne får desuden 10 kr. om ugen af deres værtsfamilie. Til gengæld får plejefamilierne 20 kr. pr. dag fra Statshospitalet for patientens kost og logi. Patienternes tøj får de af hospitalet. På den anden side forklarer værtsfamilierne, at de selvfølgelig ikke tager patienterne for deres blå øjnes skyld, familierne mangler f.eks. hjælp på gården eller i haven.

Men det generelle indtryk er positivt, måske lidt for positivt i den ene og den anden forstand. En landmand, som har to patienter i familiepleje, er citeret for følgende rørstrømske udtalelse: „Der er mere godt i vore to gutter end i andre mennesker. Børnene, hundene og hestene mærker det med det samme.“¹⁹¹

Som allerede nævnt er antallet af familieplejepatienter omkring Dalstrup i april-maj 1973 nede på 12. Antallet skrumper yderligere ind, og med udgangen af december 1976 er det slut – da er den sidste patient taget tilbage til Dalstrup Plejecentral, anbragt andetsteds eller udskrevet. Og dog: i rapporten „Fra plejehjem til aktivitetscenter“, fra omkring 1989-90 kan man læse, at der stadig befinder sig en enkelt patient i familiepleje ved Dalstrup.¹⁹²

Rygtet, som blev omtalt foroven om, at Statshospitalet ville afvikle familieplejen, var måske alligevel ikke helt forkert. Hvorfor familieplejen i sidste instans afvikles omkring Dalstrup, skyldes selvfølgelig et sammenspil af flere forskellige faktorer: Nye medicinske behandlingsformer fra og med midten af 1950'erne; familiens og arbejdets ændrede vilkår og struktur (kernefamiliens krise og stille transformation; kvinderne kommer ud på arbejdsmarkedet; landbruget, gartnerierne med videre automatiseres, rationaliseres og effektiviseres); Statshospitalerne overtages af amterne, altså der udtænkes en ny økonomisk strategi; og ikke mindst en ændring i synet på de sindssyge – de har ret til et eget hjem, til at være det individuelle centrum i deres eget selvvalgte liv.

I 1925 bliver Dalstrup Plejecentral hængt ud i arbejderavisen „Landarbejderbladet Sjælland“ (se side 28), for at udleje billig arbejdskraft til de omkringliggende gårde m.m. og dermed skævvride arbejdsmarkedet for de almindelige landarbej-

dere. I 1973 er det patienterne selv, der klager over udnyttelsen af deres arbejdskraft og de umyndiggørende forhold generelt, der bydes dem fra hospitalets og myndighedernes side. På mere end en måde er disse to hændelser sigende: Klagen fra 1925 peger måske netop på forudsætningerne for, hvorfor det i første omgang lykkedes så overbevisende hurtigt at få succes med familieplejen omkring Dalstrup og Råmosegård. De to gårde blev som nævnt bygget som fattiggårde, hvis almindelige praksis var at leje arbejdskraft ud til egnens landbrug m.m. Denne praksis vinder så at sige hævd på egnen, og de senere plejeanstalter for sindssyge mænd og kvinder arver deres egen praksis – blot er det nu sindssyge, man lejer ud. Familieplejeordningen bliver derfor „bare“ en legaliseret og institutionaliseret udgave af den gamle fattiggårds praksis. Det er da også værd at bemærke forvirringen i anklagen fra 1925, om hvorvidt der bare er tale om familieplejepatienter eller om indlagte sindssyge patienter på Dalstrup Plejeanstalt. Det første er i orden og forstås som en beskæftigelsesterapi, det andet er ublu udnyttelse og slaveri.

Præcis samme dilemma – beskæftigelsesterapi kontro udnyttelse – er at spore i artiklen fra 1973, men nu er det patienterne selv, der – som en anden svanesang – formulerer deres kritik af forholdene, og dermed antydningvis og symbolsk opløser familieplejeinstitutionen indefra.