

Indholdsfortegnelse

Indledning	s. 1
Baggrund og problemstilling	s. 1
Teori- og metodevalg samt afgrænsning	s. 3
Hjemmebesøget i professionelt og brugerperspektiv	s. 3
Ervin Goffmans tanker om rollespil i hverdagen	s. 5
Pierre Bourdieus teori om habitusbegrebet	s. 7
To forskellige sundhedsfremmende indgangsvinkler	s. 8
Aaron Antonovskys tanker om følelsen af sammenhæng i livet	s. 9
Konklusion	s.10
Perspektivering	s.11
Litteraturliste	s.13

Indledning

I Danmark har det siden 1937 været helt almindeligt at få besøg af sundhedsplejersken, når et forældrepar får et barn. Hjemmebesøget er blevet en integreret del af befolkningens bevidsthed og forståelse af forløbet omkring et barns fødsel, og praktisk taget alle familier tager imod dette tilbud (Buus 1999). Sundhedsplejersken skal på vegne af det offentlige sundhedsvæsen være garant for optimale betingelser for barnets vækst og udvikling – og samtidig have relationer til familien som en sundhedsfremmende professionel, der følger barnet og dets forældre til barnet forlader folkeskolen (Sundhedsstyrelsen 2007).

I løbet af de seneste årtier har vi i kommunale sundhedsplejeordninger oplevet store besparelser, og ofte har det været antallet af hjemmebesøg til familier, der er blevet reduceret. I stedet foreslås det fra kommunalbestyrelser i kommunerne, at man af rent økonomiske årsager samler forældrene i grupper eller til ”Åbent hus”-arrangementer, som afholdes på neutrale steder i lokalområdet. Erfaringen viser, at det ofte er de forældre, der har flest ressourcer, der kommer i Åbent hus – ikke de, som vurderes til at have mest behov for sundhedspleje (Moe 1998). Det giver anledning til bekymring for os som sundhedsplejersker, fordi vi gerne vil prioritere hjemmebesøget højt med alle dets kvaliteter for ressourcestærke og -svage familier og for os som sundhedsprofessionelle.

Baggrund og problemstilling

Sundhedspleje blev indført i 1930'erne for at nedsætte dødeligheden blandt børn under 1 år i Danmark, i en periode hvor regeringen søgte at fremme befolkningens sundhed gennem oplysning. Inden etableringen af videreuddannelsen til sundhedsplejerske blev opgaven varetaget af erfarne sygeplejersker fra ”gode hjem”, og deres opgave i hjemmet var at give råd om spædbarnets pleje og ernæring samt at indskærpe betydningen af ”Ro, Regelmæssighed og Renlighed” for barnets sundhed (Buus 1999). I løbet af få år blev videreuddannelsen på et år etableret i Århus og København, og i årene frem blev opmærksomheden i højere grad vendt mod de psykologiske og miljøbetingede faktorer, og deres betydning for børnenes udvikling og familiens trivsel (ibid). I disse tider er regeringens fokus rettet på forebyggelse af livsstilssygdomme (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2002), og sundhedsplejerskebesøgets indhold tager udgangspunkt i familiens sociale og materielle muligheder, deres livsværdier og ressourcer, som søges afdækket i et ligeværdigt samarbejde med sundhedsplejersken. Sundhedsplejersken er den eneste faggruppe, der kommer i børnefamiliers hjem uden at skulle varetage en form for behandling eller at være et pålæg fra sagsbehandler.

Børnefamiliers situation har ligeledes ændret sig markant (Dencik 2008). Fødselstallet pr. kvinde har siden et kraftigt fald i 1960'erne bevæget sig op på 1,85 i 2006, opbrud i parforhold er de senere år steget markant, 15,4% af 0-18 årige børn vokser op hos en enlig forælder og 8,2% i en nydannet familie. Arbejdsvilkår, teknologi og ændring i normer for samliv, opdragelse m.m. samt et ofte tyndt eller manglende socialt netværk har indflydelse på børnefamiliernes hverdag. Bedsteforældre generationen er som regel stadig på arbejdsmarkedet, og dermed ikke tilgængelige som før. Til gengæld søger den yngre generation deres oplysninger i den digitale verden via Internet m.v.(ibid.)

Sundhedsplejens kerneopgave er, med udgangspunkt i familiens aktuelle situation - og den kan se forskellig ud fra besøg til besøg - at sundhedsplejersken yder sin sundhedsfremmende indsats i form af sundhedspædagogisk samtale, vejledning, rådgivning og evt. at foreslå eller tilbyde behandling. Indsatsen har til formål at afstedkomme læring og/eller kompetenceudvikling hos forældrene, og udvikle deres evne til at mestre udfordringer forbundet med det at have børn.

Ofte er det private og følelsesladede emner, som forældrene har behov for at drøfte, og det forudsætter, at de får opbygget tillid og tryghed til sundhedsplejersken. Hun må give rum til og skabe en atmosfære, hvor forældrene kan åbne sig og udtrykke deres usikkerhed, frustrationer, oplevelser og glæder ved at blive forældre uden at føle sig ydmygede. Nogle forældre har negative erfaringer og/eller mistillid til det offentlige system og opfatter kun sundhedsplejersken som kontrolperson. Her må hun søge at klarlægge årsagen til denne mistillid og forsøge at bryde den.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger beskriver, at arbejdet tager udgangspunkt i familiens og barnets ressourcer; ”Hvert hjemmebesøg består af en vurdering af barnets trivsel og udvikling, samt en almen sundhedspædagogisk indsats, der har til formål at øge forældrenes viden om barnets fysiske og psykiske udvikling” (Sundhedsstyrelsen 2007 s.26), og siger, at der i barnets første leveår ofte vil være behov for syv besøg til førstegangsførelse. I bekendtgørelsen § 9 stk. 2 står endvidere, at besøg til børn under et år normalt skal finde sted i hjemmet. I anbefalingernes afsnit omhandler kvalitetsudvikling fremhæves det, at ”brugernes synspunkter og erfaringer bør inddrages” (ibid . s.53). Serviceniveauet er herefter i hver enkelt kommune overordnet bestemt af, hvordan den enkelte kommunalbestyrelse prioriterer sundhedsplejen i forhold til andre ydelser og den økonomiske situation i øvrigt, så antallet af besøg kan være forskellige fra kommune til kommune.

På fødestedet er forældrene ”gæster” i et uvant miljø, og har oftest kontakt til flere forskellige sundhedsprofessionelle under indlæggelsen, hvilket kan gøre det vanskeligt at opnå et tillidsforhold. Samtidig er indlæggelsestiden forkortet betydeligt de senere år, så der ikke er meget tid til fortrolighed. I hjemmebesøget er det sundhedsplejersken, der kommer som gæst, og familien er i dens kendte og trygge miljø. Hun kommer hos familien flere gange over et længere forløb, og det skaber bedre forudsætninger for at opnå et tillidsfuldt, personligt (ikke privat) og mere forpligtende forhold i mødet. I hjemmebesøget har sundhedsplejersken mulighed for at se familien i et helhedsperspektiv samt at få indtryk af deres sundhedsopfattelse, levevilkår og livsstil. Formålet er primært at støtte og vejlede forældrene ud fra deres ressourcer, så de selv er i stand til at mestre deres livssituation.

Men hvad er det, der er så vigtigt ved hjemmebesøget? Hvilke forventninger har nutidens forældre til sundhedsplejerskebesøget, og hvad går forældrene evt. glip af, hvis de i stedet mødes med 10-12 andre familier i eksempelvis Sognehuset eller Sundhedscenteret, hvor to, måske ukendte, sundhedsplejersker stiller deres ekspertise til rådighed i to timer eller holder oplæg om relevante emner? Og har sundhedsplejersken lige så god mulighed for at fornemme, observere og vejlede, hvis hun møder forældrene i en anden arena end deres hjem? Og har det betydning i forhold til forældrenes læring og udbytte af den sundhedspædagogiske indsats? Det vil jeg belyse og perspektivere i denne opgave, og derfor lyder mit fokus i afhandlingen således:

En fortolkning af hvilke værdier, interaktioner og omstændigheder hjemmebesøget bygger på, og hvilken betydning de har i den sundhedsfremmende vejledning.

Teori- og metodevalg samt afgrænsning

Sundhedsplejerskebesøget kan forstås som en social interaktion indlejret i de rammer, værdier og forventninger m.v., som gælder hos hver enkelt familie, og her finder en sundhedspædagogisk vejledning sted. For at belyse forældrenes opfattelse af besøgets værdier og kvalitet for dem refereres fra nyere brugerundersøgelser omkring førstegangsførelsernes forventninger til sundhedsplejersken og hendes besøg samt fra andre forældres opfattelse af kerneområder i sundhedsplejen i to forskellige ordninger (serviceniveau).

For at belyse interaktionen i besøget analyseres Erving Goffmans teorier om individets dramatisering af sig selv i hverdagslivet. Han er optaget af de sociale møder, og hvordan personer der befinder sig i nærheden af hinanden interagerer ved hjælp af regler og roller. Hans teorier sættes kritisk op mod Pierre Bourdieus tanker om habitus som resultat af barndommens socialisering og grundlag for menneskers sociale adfærd.

Da læring ikke kan overføres fra et individ til et andet, beskrives endvidere de to forskellige sundhedsfremmende indgangsvinkler; den moraliserende "top down" og den demokratiske "bottom up" som tilgang i vejledning af forældrene i besøget. Sociologen Aron Antonovskys teorier om begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed samt følelsen af sammenhæng i livet beskrives som en analysemodel for forældres kompetenceudvikling i forhold til det at blive forældre.

Disse teorier sammenholdt med de eksisterende undersøgelser analyseres og diskuteres med henblik på at få et overblik over hvilke værdier og begreber, der gør hjemmebesøget unikt. I opgaven fokuseres på hvilke aspekter der er inkluderet i selve besøget, uden at skelne mellem familier med almindeligt eller særligt behov for sundhedspleje, forældrenes køn eller børnenes alder (hjemmebesøg kan også foregå hos eksempelvis skolebørnsfamilier), eller hvad besøget evt. afstedkommer af yderligere indsats. Jeg går ikke i dybden med, hvilken betydning hjemmebesøgets aspekter har for sundhedsplejerskens faglighed og professionalisme, men dette hænger naturligvis sammen med forældrenes udbytte af besøget, og nævnes i perspektivering.

Hjemmebesøget i professionelt og brugerperspektiv

I dette afsnit vil jeg referere til enkelte undersøgelser af sundhedsplejerskens faglige og personlige kompetencer samt beskrive førstegangsførelsernes forventninger til sundhedsplejerskebesøget, og forældres opfattelse af kerneområderne i sundhedsplejen samt bud på fremtidens tilbud. En rapport fra Sundhedsstyrelsen (Henriksen 2006) konkluderer, at hjemmebesøg af sundhedsplejersken er associeret med positiv forbedring af forældreevne, flere ammende mødre, forbedring af barnets motoriske og intellektuelle udvikling, færre uheld og ulykker i hjemmet samt tidlig diagnosticering og behandling af fødselsdepressioner. Endvidere ses, at socialt udsatte familier profiterer mere af hjemmebesøg end familier uden disse belastninger (ibid.).

En undersøgelse er fra 1992-93, hvor Sundhedsstyrelsen udsendte ca. 2000 spørgeskemaer (Hansen 1994). Her var 41% af førstegangsførelse utilfredse med antallet af hjemmebesøg, idet de mente, at de ophørte for tidligt. Mellem 7% og 22% udtrykte utilfredshed på ét eller andet niveau. Det handlede især om sundhedsplejerskens måde at formidle viden på, at vejledningen ikke i tilstrækkelig grad var baseret på den enkelte families aktuelle behov, at sundhedsplejersken i for ringe grad selv bragte relevante emner på banen, og at målet med besøget var uklart (ibid.).

I en Ph.d. afhandling omhandler roller og replikker i sundhedsplejerskebesøget (Olesen 1997) konkluderer forskeren, at sundhedsplejerskens faglighed erstattes af en konfliktløs social relation, hvor de faglige mål er uklare. Dvs. at sundhedsplejersken prioriterer at bevare den gode stemning i besøget og det gode forhold til forældrene med den konsekvens, at konfliktrelaterede emner ofte ikke blev taget op. Hun fornemmer endvidere, at sundhedsplejersken på forhånd har konstrueret et billede af "den gode familie" på en måde, *der virker så selvfølgelig, at det for aktørerne ikke ser ud til at kunne være anderledes*. Faderen forholder sig til sundhedsplejersken som en fagperson med særlige kompetencer, der kan bidrage med relevant information, mens moderen derudover forventer at kunne drage nytte af emotionelle og relationelle kompetencer hos sundhedsplejersken. Men hverken forældre eller sundhedsplejerske formulerer forventninger eller mål for besøget for hinanden. De føler sig frem, er prøvende, og det er vigtigst, at mødet er vellykket (ibid.).

På den Sundhedsfaglige diplomuddannelse har en kollega udarbejdet en kvalitativ interview undersøgelse af tre førstegangsførelse om deres forventninger til sundhedsplejersken og hendes besøg (Riber 2008). Tidligere oplevelser med sundhedspleje har stor indflydelse på de kommende forældrenes mening om sundhedspleje i dag, og samtidig indtager de en afventende holdning i forhold til hvordan og hvor meget, de vil benytte sundhedsplejersken. Dette afgør de først, når de ser hvilken person, der kommer på besøg. De ønsker besøg senest en uge efter udskrivelsen, og det ser ud til, at det første besøg er afgørende for, hvordan forløbet herefter udvikler sig. Der er store forventninger til sundhedsplejerskens personlige og faglige egenskaber; ord som imødekommende, forstående, lyttende, anerkendende, rolig, bekræftende, vidende og professionel nævnes, og med professionel mener informanten, at sundhedsplejersken kan "se igennem" forældrene og rette, hvis noget er forkert. Hvis hun snakker forældrene efter munden og idylliserer, er hun ikke professionel. Hun må udtrykke sig ærligt, men måden hun siger det på er vigtig for alle de interviewede. Hun må ikke være dømmende, påduttende eller moraliserende, og hun skal acceptere forskellige måder at gøre tingene på - når bare barnet trives. Hun skal udstråle overskud, have et godt humør, må ikke være genert, hun må gerne lægge op til dialog og spørge ind til personlige og følsomme emner, men hendes evner som menneskekender og evne til at skabe kontakt og tillid er afgørende for, om informanterne vil bruge hende til at snakke om de svære ting som f.eks. samlivet efter fødslen eller overvægt. En anden vigtig faktor er, at sundhedsplejersken giver sig tid til besøget. De kommende forældre forventer, at få noget tid for sig selv sammen med sundhedsplejersken, og hvis hun er stresset eller i tidnød, kan hun lige så godt blive væk, som én af informanterne udtrykker det (ibid.).

En undersøgelse blandt velfungerende familier på Indre Nørrebro (Hansen 2006) giver en rettesnor i forhold til tryk, betydning, tid og antal besøg. Fire besøg ser ud til at være den absolut nederste

grænse for, hvor mange besøg en familie bør tilbydes for at profitere af tilbuddet, og her er nogle udsagn, som beskriver de andre aspekter:

”Vi er meget tilfredse med den behandling, vi har fået. Vores sundhedsplejerske formåede hurtigt at opbygge et stærkt tillidsforhold og gav os meget stor tryghed”

”Det vil altid afhænge af kemien mellem moderen og sundhedsplejersken. For mig er det vigtigt, at hun ikke tager styringen i samtalen...på den måde at det skaber usikkerhed ved at være belærende overfor moderen og det hun gør. Jeg synes det er væsentligt, at man som sundhedsplejerske er ydmyg overfor den enkeltes personlighed/facon, især da de træder ind i andres hjem”

”Hjemmebesøgene har været gode, fordi det er den samme sundhedsplejerske, der kommer hver gang, og fordi der har været tilpas med tid sat af til besøget. Vi fik et besøg inden fødslen. Det var meget positivt. Så føler man at man kender hende og hun kender os, så man kan få snakket med en professionel om, hvad der venter os...og om hvad der kan være svært” (Hansen 2006 s. 41)

Flere svarer at Sundhedsplejen er det forum, hvor der gives svar på ”dumme spørgsmål”, og hvor forældrene føler sig trygge ved netop at få afklaret spørgsmål, som de ikke har lyst til at stille i andre sammenhænge (eks. læge eller jordemoder). Flere nævner sundhedsplejerskens rolle som skaber af netværk, og oplever det som positivt at deltage i mødregrupper. Også Åbent hus og legestue fremhæves som tilbud, der åbner op for at mødes med andre forældre i samme situation som en selv. Af bud på nye ydelser i fremtiden nævnes aftenbesøg (så faderen oftere har mulighed for at være til stede), telefontid/hotline om aftenen, kommunikation via e-mail, besøg af sundhedsplejersken ved behov/svære situationer, temaaften for kommende bedsteforældre (en måde at afhjælpe konflikter med egne og svigerforældre på) samt besøg én gang om året udover barnets første leveår - her har forældrene dog svært ved at formulere målet for besøget (ibid.).

Erving Goffmans tanker om rollespil i hverdagen

Til at analysere interaktionen i besøget vil jeg tage udgangspunkt i den canadiske sociolog og socialantropolog Erving Goffmans (1922-1982) teorier om det sociale møde (Goffman 1990). Goffman adskiller sig fra andre hverdagslivssociologer ved ikke at interessere sig for de dybe, stabile sociale relationer (som f.eks. mellem børn og forældre eller ægtefæller imellem), men mere for de kortvarige, mere flygtige møder mellem mennesker, der opstår i hverdagens (modsat festens eller højtidens) rollespil og sociale situationer. Disse opstår, når mennesker af én eller anden årsag støder på hinanden, er i hinandens selskab og gensidigt overvåger og påvirker hinanden (ibid.). Det fokuserede møde, som Goffman kalder situationer, hvor mennesker er engagerede i ansigt til ansigt -møder med hinanden, har nogle særlige karakteristika. Mødet igangsættes med en slags åbningstræk, et blik eller et verbalt udtryk, som hvis modtageren accepterer dette og samtidig signalerer, at vedkommende er åben for deltagelse viser, at der er tilgængelighed for kommunikation (Goffman 2005). Aftale om hjemmebesøget foregår oftest pr. telefon, men alligevel oplever jeg, at de første sekunder i mødet med forældrene er vigtige, fordi vi fornemmer hinanden ved at kommentere overfladiske emner som indgangsport til det, som besøget egentlig handler om. Goffman beskæftiger sig videre med de sociale adfærdsregler, som defineres som ”en guide til

handling, som ikke anbefales fordi den er behagelig, billig eller effektiv, men fordi den er passende eller retfærdig” (ibid s.31). Ved at efterleve visse sociale regler kan vi skabe et billede af os selv, som f.eks. en person man kan stole på og have tillid til. Ved henholdsvis at efterleve eller bryde reglerne formidler vi information til andre om, hvordan vi gerne vil opfattes (ibid). På denne måde lærer vi sociale koder til at begå os i forskellige situationer.

Et begreb, jeg lægger mærke til at Goffman beskæftiger sig med, er *ærbødighed*, som han definerer som den form for agtelse, som får individet til at holde sig på en vis afstand af modtageren og undgå at bryde ovennævnte idealbillede, som omkranser vedkommende (Jacobsen 2002). Det har til formål at sikre modtageren mod at ”tabe ansigt” i forhold til sin idealfære, og dermed nedtone eventuelt pinlige situationer (ibid.). Synonymt er *ydmighed* og *respekt* for mig som sundhedsplejerske vigtige etiske begreber, når jeg får lov til at træde ind i forældrenes intim- og privatsfære, og ved at vise hvem jeg er, kan der i relationen opstå et tillidsforhold fra forældrene, der hjælper til at reducere den flertydighed ved både at være kontrolperson og fortrolig samt usikkerhed i mødet, der ellers kan opstå. Det kan igen få den effekt, at forældrene slapper af, lader en del af rollelaget falde og overfor mig viser, hvem de virkelig er, og hvad deres umiddelbare følelse eller holdning er. At lade min ”autoritet” falde lidt betyder ikke, at jeg vil arbejde mindre professionelt, men begge dele kan medvirke til at bedre forudsætningerne for en god dialog og dermed relevant vejledning.

Goffman symboliserer det sociale møde som en optræden eller forestilling, hvor formålet er at give et bestemt indtryk til andre tilstedeværende, og hvor vi hver især påtager os en *rolle*, til hvilken der hører forventninger og forpligtelser. Han ser mødet som et ”spil”, hvor de medvirkende forsøger at overbevise de andre om, at de faktisk er dem, de udgiver sig for at være, og at forholdene omkring det sociale møde i øvrigt er, hvad det ser ud til at være. Denne optræden kræver en form for samarbejde mellem deltagerne om at definere og vedligeholde den sociale situation, og kan i visse tilfælde skjule eller bagatellisere de faktiske forhold. Goffman skelner her mellem to forskellige områder, indenfor hvilken adfærden styres af forskellige principper; *scenen* (front stage), hvor aktøren spiller sine roller ud fra de normer, der ser ud til at gælde inden for området, og *bag scenen* (back stage), hvor de optrædende er skjult for publikums blikke, og derfor kan lade deres facade falde, hvor der er plads til fejl, og aktøren ikke behøver at kontrollere sin idealfære udadtil (ibid.).

Jeg ser et sundhedsplejerskebesøg som en forestilling i en sundhedsfremmende setting¹ - en ramme, som aktørerne udfylder ud fra et løst manuskript, hvis hovedkarakteristika er, at sundhedsplejerske, far og mor har nogle roller, til hvilke der er knyttet visse rettigheder og pligter. De møder hinanden med nogle forventninger til, hvad besøget skal indeholde og hvordan det skal forløbe for at være vellykket. Kommunikationen mellem aktørerne skal gerne virke hverdagsagtig og afslappet, men der er en klar rollefordeling, hvor sundhedsplejersken med sin specifikke faglighed ”instruerer” ud fra det mest detaljerede manuskript, mens forældrene ejer scenen og dermed retten til at bestemme sundhedsplejerskens adkomst hertil, og til at komme med bag scenen.

¹ Setting betyder ramme, omgivelser eller miljø – her menes et sted eller et miljø, hvor en sundhedsfremmende indsats kan indføres eller udvikles (*Social kapital som teori og praksis*, 2007 s. 39)

Samtidig ser jeg at der kan opstå en form for magtspil, hvor sundhedsplejersken kommer som ekspert i børns udvikling og trivsel, men hvor forældrene er eksperter i deres og deres børns liv, inden for de rammer, de har. Som en del af professionalismen opøver en erfaren sundhedsplejerske, sammen med sin sygeplejefaglige observationsevne, en intuition til at gennemskue forældres facader eller roller, og kunsten i samtalen er at lempe maskerne helt eller delvist af, uden at forældrene føler sig ydmygede eller føler, at de taber ansigt. Børns signaler på evt. mistrivsel optræder endvidere tydeligst i dets vante (trygge?) omgivelser. Vi ser ikke kun de fysiske rammer men fornemmer også værdimæssige og psykosociale forhold, når vi træder over dørrintrin. Forud for hvert besøg skal sundhedsplejersken endvidere kunne sætte sig ud over de fordomme og forventninger, hun har til de lokalsamfundsmæssige og fysiske rammer, som hver familie lever i.

Pierre Bourdieus teori om habitusbegrebet

Den franske sociolog Pierre Bourdieu (1931-2002) har en anden teori om, hvorfor og hvordan individer handler med udgangspunkt i deres forståelse for den sociale situation, de befinder sig i (Callewaert 1994). Bourdieu kæder social arv sammen med social handlen, og med social handlen følger forskellig habitus. Habitus beskrives som en samling af handle- og holdningsmønstre, som inkorporeres ved, at yngre generationer overtager disse mønstre fra forældregenerationen. Det sker bl.a. i kraft af forældres socioøkonomiske position med forhold som økonomisk råderum, boligforhold og nærmiljø, og i form af holdninger og livsstil knyttet til forældrenes sociale position (ibid.)

Menneskers habitus dannes først gennem familien og de systemer den indgår i, for herefter at indgå i institutionelle systemer – daginstitution, skole og uddannelse – til et samlet grundlag for måder at erkende, forstå og håndtere verden på (Bourdieu 1994). Habitus indeholder en slags værdi- og normsystem, kulturelle vaner som den enkelte orienterer sig efter. Den kan forklares som det enkelte menneskes dispositioner, der via inkorporering af forældrenes normer og løsningsmodeller udstyrer forældrene med en matrix for, hvordan de opfatter, forstår og derfor handler i givne situationer – handlinger, der kan være forståelige og meningsfulde for dem, men uforståelige for andre. Den er dermed en vigtig brik i forståelsen af, hvorfor menneskers livsstil ikke altid er i overensstemmelse med f.eks. sundhedsanbefalingerne. Bourdieu ser dog ikke menneskers habitus som statisk, men at den påvirkes, udvikles og forandres i forhold til de livssituationer, man befinder sig i (ibid.).

Overordnet ser jeg derfor, at den særlige sociale struktur, forældrene er vokset op i (familie, institution, skole, lokalsamfund) udstyrer dem med en habitus og nogle ressourcer, der kan præge deres værdier, valg og handlinger ud fra en vifte af generaliserede for-forståelser eller dispositioner, som kan omsættes i forhold til forskellige situationer, og dermed også i forhold til at få et lille barn. Habitus er således et produkt af socialisering, og Bourdieu ser i modsætning til Goffman den tidlige socialisering som vigtig for dannelsen af de dispositioner, hvor individet gennem erfaring tilegner sig en forståelse for, hvad der er godt eller dårligt, rigtigt eller forkert, muligt eller umuligt, og dermed må kunne siges at være en læringsproces. Habitus er summen af individets tidligere erfaringer, og hver enkelt har en unik historie, som personliggør det sociale, og tager tid at berette.

For mig vil en sammenfletning af de to teorier give god mening i forhold til mødet med forældrene; Goffman er orienteret mod det umiddelbare og ubetingede ved at det er i *selve* mødet mellem mennesker, at det sociale opstår, mens det hos Bourdieu er historisk producerede og reproducerede mønstre af relationer, der kommer til udtryk i mødet. Hos Goffman er der tale om en løs, måske lidt overfladisk kobling mellem roller, handlinger og sociale strukturer, men disse hos Bourdieu er indlejret i menneskers bevidsthed og handlinger gennem habitus, som tydeligst giver sig til kende i deres vante omgivelser. Begge vinkler er nyttige i forhold til forældrenes læring og kompetenceudvikling, men efter min mening mest synlige og dermed givtige i forhold til min vejledning, når jeg møder forældrene i deres eget miljø og lytter til *historien*.

To forskellige sundhedsfremmende indgangsvinkler

Som sundhedsplejersker mener vi selv at arbejde ud fra det positive, brede og åbne sundhedsbegreb. Det positive tager udgangspunkt i WHO's efterhånden gamle definition på sundhed: "Sundhed er en tilstand af fuldstændig fysisk, mental og social velbefindende og ikke blot fravær af sygdom og svaghed" (WHO 1986). Det brede tager udgangspunkt i både livsstil og levevilkår, og medtænker således rammerne for børnefamiliens dagligdag og de vilkår, de er underlagt (Jensen 2004). Med åbent mener jeg, at sundhedsfremme foregår på baggrund af medansvar i en demokratisk debat. Problemer kan opstå, når samfundets underliggende risikoideologi stadig har tag i specielt mediernes håndtering af sundhedsspørgsmål, hvilket ikke gør det lettere at skabe forandring inden for det sundhedsmæssige område. Jeg mener, at det stiller krav til os som sundhedsprofessionelle, fordi vores egne værdier ikke nødvendigvis deles med de mennesker, vi har med at gøre – her forældrene – og at vi samtidig forventes at have en bred sundhedsfaglig og pædagogisk viden for at kunne gennemføre hjemmebesøget professionelt og ligeværdigt samt kvalitetsmæssigt leve op til nutidens samfundsmæssige sundhedsbegreber og målgruppernes forventninger.

Ugebrevet Mandag Morgen (Johansen 2008) har i en rapport undersøgt danskernes holdning til sundhedsfremme og forebyggelse. Den gør op med forestillingen om en befolkning, der ikke ønsker indblanding i deres vaner og livsstil, og som ikke bryder sig om andre forebyggelsestiltag end oplysningskampagner. Egenansvarskulturen er fortsat stærk, men danskerne efterspørger også meget klart samfundets hjælp til at leve et sundere liv. Dette skal dog ikke gøres gennem skræmmekampagner – tværtimod skal formålet være at støtte den enkeltes incitament i dagligdagen, og øge efterspørgslen på et bredere udvalg af sunde løsninger. Der er samtidig opmærksomhed på, at nogle grupper kan have mere brug for hjælp, samt den sociale ulighed (ibid.).

Man kan vælge at bruge den moraliserende "Top down" metode til at manipulere sig ud af et problem med adfærdændring som mål, eller man kan arbejde med den demokratiske "Bottom up" metode ved at reflektere over egne og forældrenes værdisæt og give plads for den kompetenceudvikling, man sammen med dem finder bedst for netop denne familie (Jensen 2004). Også selv om den ikke stemmer overens med vores egen overbevisning om, hvad der er bedst eller sundest (men selvfølgelig ikke må være til skade for barnet).

Værdikonflikter kan opstå imellem den demokratiske sundhedspædagogiks værdisætning og den ofte moraliserende formidlingsverden, som sundhedsplejersken er (ud)dannet i. I to

sundhedsfremmende udviklingsprojekter (Wistoft 2007) indrømmer sundhedsplejerskerne selv, at vi kan blive bedre til at lægge den biomedicinske risikotænkning fra os og til at give slip på ambitioner om styring af lærings- og kompetenceudviklingsprocessen. I stedet for at falde i rollen som sundhedsfaglig ekspert ud fra bestemte værdier, mener jeg, at vi sammen med forældrene må tage udgangspunkt i deres erfaringer, forståelse, holdninger og visioner. Derigennem kan vi bidrage til, at forældrene bliver bevidste om egne visioner vedrørende det at have børn, og ud fra deres ressourcer udvikler kompetencer til at handle i overensstemmelse hermed. Værdikvalificeringen blandt sundhedsplejersker samt udvikling af en fælles forståelse med forældrene, mener jeg kan være med til at tydeliggøre formålet med besøget og dermed øge kvaliteten af besøgets indhold.

Aaron Antonovskys tanker om følelsen af sammenhæng i livet.

Hensigten med dette afsnit er at præsentere et anderledes syn på sundhed som begreb, samt at analysere, hvilke perspektiver det kan have i forhold til forældres mestring af deres livssituation. Aaron Antonovsky (1923-94) var indtil sin død professor i medicinsk sociologi ved det sundhedsvidenskabelige fakultet i Israel (Antonovsky 2000). Det, der for alvor gør Antonovsky interessant i sundhedssammenhænge er hans forskning omkring sundhed, ikke mindst pga. hans centrale begreb **Salutogenese**; Læren om sundhedens opståen og udvikling (saluto=sundhed; genese= opståen, udvikling). Dette ses som et vigtigt supplement til **Patogenese**; Læren om sygdommes opståen og udvikling. Han mener, at det drejer sig om at have en følelse af sammenhæng i sit liv (på engelsk ”Sense of coherence”, forkortet SOC). Eller med andre ord; jo højere følelse af sammenhæng man har i sit liv, jo sundere føler man sig, fordi det giver en robusthed til bedre at tackle de udfordringer, som livet giver én. Antonovsky bruger udtrykket *stressorer* om de oplevelser man næsten dagligt udsættes for. Ofte handler man ”automatisk” på en given situation ud fra sin habitus – reaktionen/handlingen ”ligger på rygraden”. I andre situationer skal man identificere og problemløse for at handle sig ud af situationen, og dermed enten skaffe sig af med eller lære at håndtere en given stressor. En positiv indstilling til egne handlemuligheder er således en dynamisk proces, som skal læres gennem det levede liv – og helst grundlægges i opvæksten (ibid.).

Læreprocessen i forhold til at handle udfolder sig bedst, når man har en grundlæggende tillid til, at tilværelsen er *meningsfuld, begribelig og håndtérbar*, hvilket er tre andre centrale begreber hos Antonovsky. De tre forskellige livslange læreprocesser, som Antonovsky mener er flettet ind i hinanden, og som, hvis kvaliteten af læreprocesserne er i orden, vil styrke den enkelte i kraft af større sammenhæng i livet. Det drejer sig om:

- Oplevelsen af forudsigelighed lægger grunden til begribelighed
- Den rette belastningsbalance lægger grunden til håndtérbarhed
- Delagtighed i proces og resultat giver meningsfuldhed

Jo bedre vi er til at føle tilværelsen som meningsfuld, begribelig og håndtérbar på trods af modstand, traumatiske oplevelser eller handicap, jo bedre præmisser gives følelsen af sammenhæng og derfor sundheden - hvor god man er til at *mestre* sit liv (ibid.). Disse aspekter ser jeg fint relateret til forældre, da det for det fleste er en stor omvæltning at få og have ansvaret for et barn,

samtidig med at det kan forstyrre roller og identitet hos forældrene. Det kan netop være igennem *fortællingen* om sit liv set i et langtidsperspektiv fra nuet, med en skuen bagud og en forestilling om fremtiden, at man forstår sin nye livssituation i en sammenhæng. Man må prøve sig frem og ”eksperimentere” med løsningsforslag, når man møder en ny problemstilling i parforholdet eller i forhold til barnet. Får man ikke idéer eller lejlighed til det, kan man blive handlingslammet og passiv, føle afmagt og opgive forældrerollen med katastrofale følger. Min erfaring er, at forældrene i dialogen under hjemmebesøget drager nytte af en udefrakommende sundhedsfagligt kompetent person, som ved noget om børns og forældres trivsel, som kender det område, de lever i, som (forhåbentlig) har tid til at lytte til historien, og som kan stille de forstyrrende spørgsmål, der kan være med til at konstruere de forslag til ”eksperimenter”/handlemuligheder, der kan gøre deres liv mere forståeligt og sammenhængende. Denne deltagelse ser jeg som en vigtig værdi i at medvirke til at give forældrene en følelse af ejerskab, og dette giver mod til at handle og en oplevelse af at kunne mestre situationen. Man har endog mulighed for at vende problematikken igen ved næste besøg eller en telefonopringning imellem, drøfte udfaldet af ”eksperimentet” (evaluering), og evt. lægge en ny strategi. Der er her fokus på at finde individuelle ressourcer og handlemuligheder i en selvvalgt problemstilling, som evalueres med en sundhedsprofessionel person.

Konklusion

Hjemmebesøget kan ikke undværes, hvis vi skal leve op til regeringens anbefalinger og familiernes forventninger. Besøget har samtidig afgørende betydning for den faglige kvalitet af sundhedspleje for både børnefamilier og os som sundhedspædagogiske professionelle. Fire besøg ser ud til at være ”smertegrænsen” for forældre m.h.t. antallet af besøg, som familier bør tilbydes for at kunne have effekt (Regeringen anbefaler 7 besøg), men værdier og mål skal blive tydeligere.

Nutidens forældre er kvalitetsbevidste forbrugere, der er vokset op i mindre familier med individuel og bevidst prioriteret tid til sig selv og det, de finder vigtigt for deres trivsel. De vil gerne have besøg af sundhedsplejersken, men hvor meget de vil benytte sig af tilbuddet afhænger af, hvad hun kan byde på af viden og erfaring, men også af hendes pædagogiske og personlige kompetencer. De forventer, at hun har et godt humør og udstråler overskud, at hun anerkender og giver tryghed, at hun har tid og er professionel, at hun lytter og spørger ind til emner – hun kan stort set spørge ind til alt, når bare hun kan kunsten at skabe kontakt og tillid. De forventer, at hun giver relevant information og siger sin mening, men hun må ikke pådutte eller moralisere. De har fine visioner om, hvad der kunne gøre tilbuddet om sundhedspleje endnu mere attraktivt – de fleste forslag indeholder den personlige kontakt med sundhedsplejersken. De er samtidig opmærksomme på, at sundhedsplejersken har en form for magt, som er indlejret i hendes profession i form af underretningspligt til de sociale myndigheder, hvis barnets tarv er truet.

Det er bl.a. her, at Goffmans tanker om regler og rollespil bliver relevant. Forældrene forbereder sig måske inden besøget (rydder køkkenet og reder sengen) for at give et godt billede af, hvem de er, og idet sundhedsplejersken træder ind ad døren ser begge parter hinanden an; forældrene føler, at de er til eksamen i at være gode-nok-forældre, og også sundhedsplejersken er til en slags personlig eksamen, når hun træder ind ad døren. Her foregår klart et lille rollespil, men som nævnt i

teoriafsnittet består kunsten i dialogen i, at sundhedsplejersken bl.a. ved hjælp af ydmyghed åbner for fortrolighed, så hun får lov at komme med *back stage* og maskerne efterhånden kan falde. Idealet for mig vil være, at de familier jeg besøger, netop lader køkkenet flyde og sengen være uredt, fordi de mærker, at det ikke er vigtigt for mit syn på dem eller deres forældrever. Hvis besøget foregik i Åbent hus med en fremmed sundhedsplejerske, ville fortroligheden have svære kår m.h.t. tid og tillid, skuespil ville måske fortsætte og maskerne ville være i risiko for at forblive på.

For at få et indtryk af forældrenes baggrund, værdier og ressourcer, og derved at kunne tage udgangspunkt i en fælles forståelse af de individuelle dispositioner, der er hos hver enkelt forælder, må sundhedsplejersken være ægte interesseret i at lytte til deres historie, og få et billede af det, som Bourdieu kalder habitus. Det vil ofte være følsomme emner fra deres egen opvækst, der bliver tydelige for forældrene, når de får et barn, og det vil måske være lidt henne i forløbet, at de fremkommer med dem – og ville slet ikke gøre det i Åbent hus med ukendte familier og sundhedsplejersker omkring sig. Det kræver tid og ro samt en empatisk sundhedsplejerske, der i en demokratisk dialog stiller de åbne, forstyrrende spørgsmål, som kan støtte forældrene i at tænke kreativt og reflektere over deres værdier og handlemuligheder. At de samtidig er medbestemmende om valg af emner til drøftelse og mærker sundhedsplejerskens anerkendelse af deres valg, vil give dem en stor grad af tryghed og ejerskab til løsningsmulighederne og dermed større tiltro til at de kan mestre forælderrollen - i modsætning til, hvis sundhedsplejersken kommer med sin information om emner, som hun finder relevante.

Ifølge Antonovsky kan *begribelighed* og *håndtérbarhed* sammen med delagtighed i processen medføre en *meningsfuldhed* hos forældrene, som tilsammen kan være med til at øge forældrenes *følelse af sammenhæng i livet* med et barn. De to første begreber skal gerne opfyldes ved udnyttelse af sundhedsplejerskens faglige viden og erfaringer; at hun kan hjælpe forældrene til at identificere og afgrænse problemstillinger, med sit sundhedsfaglige overblik at fremkomme med mulige årsagssammenhænge og dermed gør sin viden efterspurgt, kan øge forældrenes begribelighed. At sundhedsplejersken på autentisk og nærværende facon bidrager til forældrenes refleksion over mulige løsningsforslag og handlemuligheder samt kvalificerer deres egne forslag skaber ejerskab, er med til at skabe et rum for læring, hvor de får idéer til at gøre noget, og derved føler håndtérbarhed. At være til stede i hjemmet giver den bedste mulighed for at se disse fysiske og praktiske muligheder, og vil i høj grad øge forældrenes mestring som kompetence i deres aktuelle situation.

Perspektivering

For sundhedsplejersken er der også udfordringer. Olesen (1997) konkluderer, at vi er for ”pæne” og går udenom konfliktrelaterede emner, at målet er uklart, og et vellykket møde vigtigst. Hendes konklusion stemmer dog ikke helt overens med min erfaring fra praksis, idet det ikke er mit indtryk, at vi er konfliktsky. Vi skal blive bedre til at informere forældre om sundhedsplejens formål, så de ved, hvad de reelt kan forvente, og sammen med sundhedsplejersken finde et fælles mål for besøget og forløbet. For at udvikle et grundlag af værdier til at nå målet må vi skabe en kritisk distance til de normer, den ”automatik” og intuition, vi normalt handler ud fra ved at sætte spørgsmålstejn ved alle vinkler i praksis. Det kræver mod, overskud og gode rammer (eks. ledelse) med mulighed for

faglig refleksion og erfaringsudveksling i kollegagruppen at give slip på ambitioner om kontrol og rollen som faglig ”ekspert”, og i stedet optræde autentisk som den person, man er, med de individuelle værdier, man har, og derved blive mere konfronterende ved evt. konfliktrelateret dialog med forældrene. Det kræver samtidig en bevidsthed og afklaring af sin egen rolle som sundhedsprofessionel – at være autentisk og ”slippe kontrollen”, som Wistoft udtrykker det - et solidt kendskab til faget og dets værdier samt vilje til at være ægte interesseret ved at lytte, iagttage og spørge ind til i modsætning til at informere og styre.

Den værdiafklaring, der kommer ud af disse refleksioner og diskussioner er givtige i vores bestræbelse på at sætte forældrenes værdier og handleerfaringer i centrum, at udarbejde mål og metoder til at gøre hjemmebesøget deltagerorienteret og med høj grad af professionalisme, og dermed af højere kvalitet. Som vigtige ”sidegevinster” tror jeg, at værdiafklaringen kan styrke den enkelte sundhedsplejerskes faglige identitet og bevidsthed, tydeliggøre de pædagogiske principper for hjemmebesøget, og være med til at synliggøre vores fag – både overfor os selv og omgivelserne, bl.a. politikerne, som bestemmer serviceniveauet. Desværre kan jeg ikke nå at få resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen blandt nye forældre under forårets 8 uger lange strejke med i denne opgave. Den vil være med til at klarlægge, hvilke konsekvenser manglende sundhedspleje kan have.

Grupper og Åbent hus har et netværksskabende formål, og er et godt supplement til hjemmebesøget. Men ved f.eks. at udbygge besøgsordningen til at komme i hjemmet én gang om året ud over barnets første leveår, vil sundhedsplejen samtidig blandt andet kunne være med til at forebygge livsstilssygdomme og evt. overvægt hos børn inden det skaber problemer – men det er stof til en helt anden opgave...

Litteratur

- Antonovsky, Aaron (2000): *Helbredets mysterium*. Kbh., Hans Reitzels Forlag
- Bourdieu, P. (1994): *Af praktiske grunde*. Kbh., Hans Reitzels Forlag
- Buus, Henriette (1999): *Sundhedsplejerskeinstitutionens dannelse – en interpellationsanalyse*. Kbh. Museum Tusulanums Forlag
- Callewaert, Staf (1994): *Kultur, pædagogik og videnskab – habitusbegrebet og praksisteori hos Pierre Bourdieu*. Kbh. Akademisk Forlag
- Dansk Sygeplejeråd (2007): *Fremtidens sundhedspleje i kommunerne*. Kbh. Grafisk Enhed
- Dencik, Lars m.fl. (2008): *Familie og børn i en opbrudstid*. Kbh. Hans Reitzels Forlag
- Goffman, Erving (1990, originaludgave 1959): *The presentation of self in everyday life*. London, Penguin Books Ltd.
- Goffman, Erving (2005, originaludgave 1967): *Interaction ritual; essays in face-to-face behavior*. New York, Aldine Transaction
- Hansen, Anette Mose (1994): *Sundhedsplejen og småbørnsfamilierne-en brugerundersøgelse*. Kbh., Sundhedsstyrelsen, Munksgaard
- Henriksen, P.E. (2006): *Hjemmet som arena for forebyggelse – med sundhedsplejerskeordningen og forebyggende hjemmebesøg til ældre som eksempler*. Kbh. Sundhedsstyrelsen
- Indenrigs- og sundhedsministeriet (2002): *Sundt hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*. Kbh., Schultz Grafisk
- Jacobsen, Michael Hviid (2002): *Erving Goffman - sociologien om det elementære livs sociale former*. Kbh. Hans Reitzels Forlag
- Jensen, Bjarne B. (2000): Handlekompetence, sundhedsbegreber og sundhedsviden. I: *Læring i sundhedsvæsenet*. Kbh. Munksgaard Danmark
- Jensen, Bjarne B. (2004): Pædagogik, sundhedsfremme og forebyggelse. I: *Viden og evidens i forebyggelsen*. Kbh. Sundhedsstyrelsen
- Jensen, Torben K. og Johnsen, Tommy J. (2000): *Sundhedsfremme i teori og praksis*. Århus, Philosophia
- Johansen, Lars J. (2008): *Fremtidens forebyggelse - ifølge danskerne*. Kbh. Mandag morgen A/S
- Lingås, Lars G. (1997): *Over andres dørtrin - etik i arbejdet i andres hjem*. Frederikshavn, Dafolo

Hansen, Anne (2006): *Brugerundersøgelse af forældres opfattelse af kerneområderne i både den nuværende og fremtidige sundhedspleje i Københavns kommune*. Københavns Kommune

Moe, Susanne og Wung-Sung, M (1998): *Åbent hus*. Kbh. Dansk Sygeplejeråd

Olesen, Birgitte Ravn (1997): *Omsorg som profession – et studie i roller og replikker i sundhedsplejerskebesøget*. Kbh. Munksgaard

Riber, Susanne (2008): *Hvilke forventninger har førstegangsførelse til sundhedsplejersken?*
Afgangsupgave i Diplomuuddannelsen i sundhedsformidling, University College Lillebælt, Odense

Sundhedsstyrelsen (2007): *Forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. Anbefalinger*. Kbh.

Wilken, L. (2006): *Pierre Bourdieu*. Frederiksberg, Roskilde Universitetsforlag

Wistoft, K. (2007): *Kvalificering til sundhedspædagogisk værdiafklaring*. PhD-afhandling. Kbh.
Danmarks Pædagogiske Universitet