

Hanne Sixhøj

studienummer 20003792

Specialeafhandling

Den sygeplejefaglige Kandidatuddannelse

Marts 2001

Vejleder: lektor Elisabeth Hall

SUNDHEDSPLEJE - et tilbud om kontrol?

Om sundhedsplejerskers implicitte opfattelse af sundhedspleje: sundhedsfremme eller forebyggelse?

Institut for Sygeplejevidenskab

Det Sundhedsvidenskabelige

Fakultet ved Århus Universitet

Vennelystparken

8000 Århus C

Dette speciale er udarbejdet af en studerende ved Institut for Sygeplejevidenskab og udtryk for den studerendes egne synspunkter, der ikke nødvendigvis deles af Instituttet. Kopiering eller anden gengivelse af specialet eller dele af det er kun tilladt med forfatterens accept. (Jfr. gældende danske lov om ophavsret).

INDHOLDSFORTEGNELSE

FORORD.....	1
KAPITEL 1: INTRODUKTION.....	2
PROBLEMSTILLING OG BAGGRUND.....	2
FORMÅL OG PROBLEMFORMULERING.....	6
LITTERATURGENNEMGANG.....	7
<i>Sammenfatning.....</i>	<i>11</i>
KAPITEL 2: VIDENSKABSTEORETISKE OG METODISKE OVERVEJELSER.....	12
INDLEDNING.....	12
HERMENEUTIK, FORTOLKNING, FORSTÅELSE.....	13
SKABELSE AF DATA OG UDFORSKNING AF EGEN KULTUR.....	16
MIN FREMGANGSMÅDE.....	18
<i>Sammenfatning.....</i>	<i>21</i>
KAPITEL 3: PRÆSENTATION AF DATA.....	21
INDLEDNING.....	21
TEMA 1: HOLDE ØJE MED.....	22
<i>Sammenfatning/konklusion.....</i>	<i>25</i>
TEMA 2: BEDØMME OG KLASSIFICERE/SORTERE.....	25
<i>Sammenfatning/konklusion.....</i>	<i>27</i>
TEMA 3: GRIBE IND.....	28
<i>Sammenfatning/konklusion.....</i>	<i>29</i>
TEMA 4: STYRE OG GUIDE.....	29
<i>Sammenfatning/konklusion.....</i>	<i>30</i>
KAPITEL 4: TOLKNING AF DATA.....	31
INDLEDNING.....	31
SAMMENHÆNGE I DATAMATERIALET – EN NY HELHED.....	31
TEORETISK KONTEKSTUALISERING AF DATAMATERIALET.....	34
1. SUNDHEDSPLEJERSKENS OPGAVER IFL. LOV OG BEKENDTGØRELSE.....	34
TOLKNING AF LOVMATERIALET.....	35
<i>Datamaterialet i relation til lovmaterialet.....</i>	<i>36</i>
2. DISCIPLINERING AF SAMFUNDSMEDLEMMER: FOUCAULTS TEORI OM	

SAMFUNDSINSTITUTIONERS UDØVELSE AF MAGT	38
RUMLIG AFGRÆNSNING OG OPDELING AF TIDEN	38
DET HIERARKISKE BLIK	39
DEN NORMALISERENDE SANKTION	40
EKSAMINERING.....	42
MAGTEN OG DENS KONSEKVENSER	44
<i>Datamaterialet i lyset af Foucault's teori</i>	45
<i>Sammenfatning</i>	52
KONKLUSION	53
KAPITEL 5: DISKUSSION	54
OM AT HAVE OG AT UDØVE MAGT	54
<i>Sundhedspleje og magtudøvelse - konklusion og perspektivering</i>	58
OM AT ARBEJDE MED ET SUNDHEDSFREMMEPERSPEKTIV ELLER ET FOREBYGGELSESPERSPEKTIV	61
<i>Sundhedspleje – sundhedsfremme og/eller forebyggelse? Konklusion og perspektivering</i>	63
AFSLUTNING	63
METODEKRITIK	65
RESUME.....	67
SUMMARY.....	68
REFERENCER.....	70

FORORD

Som sundhedsplejerske har jeg valgt igennem mit kandidatstudium at interessere mig for sundhedsplejersker og sundhedsplejerskers fagområde. Dette har bevirket, at jeg, bl.a. i mine semesteropgaver, kom til at beskæftige mig med fænomener i relation hertil, som jeg ikke tidligere havde spekuleret over, men som jeg nu blev bevidst om og undrede mig over. Jeg valgte at fortsætte denne forundringsrejse ind i sundhedsplejerskers verden i nærværende specialeopgave. Det er blevet en spændende, men også langvarig og drøj rejse, og selv om jeg synes, jeg i "det virkelige liv" er ret god til at rejse alene, også når det drejer sig om besværlige eller farefulde rejser, så havde jeg aldrig gennemført **denne** rejse uden guides og supportere.

I skal derfor allesammen have tak for den støtte, I har ydet mig med jeres blanding af interesse, opmuntring, medfølelse, påskynden og utålmodighed, men stadige tro på, at jeg kunne gennemføre. Allermest skylder jeg dog Janus tak. Ligesom på mange andre rejser har du været en uforlignelig rejsekammerat med din støtte, når besværlighederne tårnede sig op og din fulde medglæde, når det gik fremad.

Måske er det dit udlån til mig af den blå lykkesten, der nu har gjort sin virkning?

Hanne Sixhøj

KAPITEL 1: INTRODUKTION

PROBLEMSTILLING OG BAGGRUND

I dette speciale beskæftiger jeg mig med sundhedsplejerskers faglige selvopfattelse, idet jeg undersøger, hvilken implicit opfattelse af sundhedspleje, sundhedsplejersker afslører gennem deres sprogbrug.

Indenfor sygeplejefaget generelt har der i mange år været udtrykt behov for og udfoldet bestræbelser på at beskrive og definere sygepleje - noget, der for sundhedsplejerskers vedkommende er blevet formuleret som ønsket om at synliggøre "sundhedsplejen" (Wolf 1990:9; 1992:5, 12; Mortensen 1990:9; Hansen og Mortensen 1991:3; Tietze 1991:12; Bakke 1993:9; Bakke et.al. 1992; Linde 1993:14; Hansen 1994:9; Malmgren 1995b:12; 1997:16; Bisgaard 1997:13 m.fl.). Det er heri mit valg af emne tager udgangspunkt, for jeg begyndte at undre mig over, hvad det mon var, sundhedsplejersker ville have gjort synligt. Hvad er det for et "billede" sundhedsplejersker har af deres fag - hvordan mener de sundhedspleje "ser ud"?

Når sundhedsplejersker taler om sundhedspleje, betegner de det som sundhedsfremmende og forebyggende arbejde¹, (Fjeldmark 1991:20-21; Wolf 1992:20; Nørby 1992:18-20; Weigelt 1993:19; Lyager og Wolf 1994:7; Malmgren 1996:3; 1997:16; Bakke 1997:3; Svinkløv 1997:26; Andrup 1997:44 m.fl.)². De opfatter sig som

¹ Jeg anvender i hele specialet begreberne "sundhedspleje" og "sundhedsplejerskearbejde" som synonymmer.

² Denne opfattelse stemmer godt overens med den definition af sundhedspleje, der blev givet allerede fra sundhedsplejerskeordningens start i 1937. Her omtales sundhedspleje som "en speciel gren af sygeplejen" (Betænkning nr. 573, 1970: 49), hvor der lægges "særlig vægt på de forebyggende og sundhedsfremmende aspekter" (ibid). Ordningen blev indført i Danmark, efter at der i nogle år havde været gjort forsøg med at lade en specialuddannet sygeplejerske aflægge besøg i hjem med spædbørn og der tilbyde "råd og vejledning med hensyn til det sunde spædbarns ernæring og pleje" (ibid:17). Der havde længe været en højere dødelighed blandt børn i det første leveår i Danmark, end

sygeplejersker af en speciel slags, i og med det, de foretager sig i deres daglige praksis, siges at virke sundhedsfremmende og forebyggende. F.eks. skriver en sundhedsplejerske, at "Det skal ikke forstås sådan, at jeg ikke mener, at andre grupper af sygeplejersker, f.eks. hjemmesygeplejersker, ikke tænker forebyggende - men det års uddannelse³ - "indstilling" på forebyggelse, må give muligheder jeg mener, at vi ved noget om forebyggelse." (Nilausen.1993:11-12). Sundhedsplejersker synes altså at være "indstillede på" at tænke forebyggende, når de har gennemført uddannelsen til sundhedsplejerske. Men hvad består deres arbejde mere konkret i, som berettiger det til at blive betegnet som forebyggende eller sundhedsfremmende? Dette må være underforstået, for det fremgår ikke eksplicit, men når sundhedsplejersker i forskellige sammenhænge sætter ord på, hvad sundhedspleje er, fremhæver de, at der er tale om et tilbud til børn og børnefamilier om omsorg og støtte af deres ressourcer (Bruun et.al. 1992:18; Bakke et.al. 1992:50; Bakke 1998:22, 25; Egedal 1992:3; Malmgren 1994; Salter og Widenmann 1997; Bisgaard 1998:3; Duer 1999a:22-23; 1999b:7 m.fl.). De fremhæver også, at der ikke er tale om fejlfinding eller kontrol (Lomborg 1990:3; Fjeldmark 1990:9; Wolf 1992:20; Bruun et.al. 1992:18; Malmgren 1994; Nilausen 1997:3; Willadsen og Søgaard 1997:19; Andkjær og Bertelsen 1999:34 m.fl.). Dette fremgår f.eks. indirekte, når Willadsen og Søgaard skriver om, hvordan sundhedspleje i Norge adskiller sig meget fra dansk sundhedspleje, i og med at den norske er "ret

tilfældet var i de andre nordiske lande og også i flere europæiske lande. Formålet med ordningen var derfor at forebygge, at spædbørn døde, og spædbørnsdødeligheden faldt da også igennem forsøgsperioden. Da dette blev tilskrevet sundhedsplejerskernes indsats, blev "Lov nr. 85 af 31. Marts 1937 om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blandt børn i det første leveår" (Betænkning nr. 573. 1970:16) vedtaget. Men spædbørnsdødeligheden var imidlertid allerede begyndt at falde fra omkring århundredskiftet, og sundhedsplejersker har ikke æren herfor. Derimod har etableringen af offentlig byhygiejniske foranstaltninger som f.eks. kloakering og mælke- og vandhygiejne samt almindelig udbredelse af viden om især hygiejniske forskrifter, haft afgørende betydning. (Løkke 1998).

³ Der henvises her til videreuddannelsen til sundhedsplejerske ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole ved Århus Universitet. Herigennem får de studerende ny selvforståelse som sundhedsplejersker – noget, der bl.a. afspejler sig i, at de, til forskel fra andre sygeplejersker, der videreuddanner sig ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole, skifter betegnelsen sygeplejerske ud med betegnelsen sundhedsplejerske, mens de øvrige blot tilføjer "ledende" eller "lærer", når de har gennemført diplomuddannelsen i ledelse eller undervisning.

kontrollerende" (Willadsen og Sjøgaard 1997:19), og det fremgår direkte, når Malmgren hævder, hvor vigtigt det er, at "familien ikke oplever sundhedsplejersken som en kontrolforanstaltning, men som en fagperson der fortsat støtter og vejleder" (Malmgren 1994:60). Det ser ud som om, sundhedsplejersker lægger megen energi i at tegne et billede af sundhedspleje, hvor fejlfinding og kontrol ikke hører med - som om det var odøst eller illegitimt, hvis det gjorde. Dette undrer mig imidlertid, for hvis sundhedsplejerskers fagudøvelse ikke indebærer, at de finder fejl eller udøver kontrol, hvorfor er det så så vigtigt at fremhæve dette og at pointere, at sundhedspleje er at støtte ressourcer og yde omsorg?

Der ligger altid fælles underforståede opfattelser bag den måde, hvorpå medlemmer af et socialt fællesskab, f.eks. en faggruppe, tænker, taler og handler, og det, at de har en sådan fælles pulje af baggrundsopfattelser at tage udgangspunkt i og orientere sig efter i deres konkrete praksis, er i sig selv med til at definere dem som socialt fællesskab. (Wackerhausen 1994:44-45; 1996; 1997). Man kan imidlertid "have" opfattelser på to måder - dels som eksplicite og sprogligt artikulerede opfattelser og dels som underforståede og uudtalte opfattelser, der så kommer til udtryk i ens praktiske og sproglige udfoldelser. Der er dog ikke altid og med nødvendighed overensstemmelse mellem disse (Wackerhausen 1994). Den eksplicite fremstilling kan være "tom retorik" (ibid), der dækker over en praksisudøvelse, der ikke er helt, som man måske kunne ønske sig, den skulle være. (ibid). I den forbindelse har jeg stillet mig det spørgsmål, om sundhedsplejersker måske fremstiller en faglig selvforståelse, der i højere grad er i overensstemmelse med deres **ønske**billede af sundhedspleje, end det er et billede af, hvordan faget **faktisk** udøves.

En faggruppe vil kunne fremstå utroværdigt og blive mødt af omverdenen med skepsis, hvis der ikke er overensstemmelse mellem det, den eksplicit står for og kan, og det, den viser i den konkrete udøvelse af faget. Og det forholder sig sådan, at selv om man ikke er bevidst om dem, styrer implicite begreber og opfattelser alligevel de valg og fravalg, man gør i sin konkrete praksis. De udgør en form for "usynlig grammatik" (Knudsen 1987) på baggrund af hvilken, man vælger, hvad man stræber efter eller

undgår, hvad man anser for relevant og hvad for irrelevant, og hvordan man skelner herimellem. En faggruppes implicitte begreber og opfattelser har derfor betydning for, hvordan de møder borgerne, og de er med til at sætte rammerne for, hvilke forestillinger og handlinger, der opfattes som naturlige og acceptable i samspillet med disse. (Wackerhausen 1994:44-45; 1996; 1997:4-5). Og hvis en faggruppe ikke kan løse sin samfundsmæssige opgave og imødekomme befolkningens behov, forventninger og krav hensigtsmæssigt, kan den ikke bevare sin berettigelse. Derfor er det vigtigt, handlingerne er bevidste og velovervejede, og at medlemmerne har høj grad af bevidsthed om, hvilke bagvedliggende implicitte opfattelser, de viser i deres praksisudøvelse. (Lauvås og Lauvås 1994; Kampmann 1995:45; Wackerhausen 1997).

Hastrup siger det på den måde, at hvis fagpersoner i praksis handler ud fra et forældet billede af verden og af sig selv, kan de hindre sig selv i at handle hensigtsmæssigt - og derved kan de blive medvirkende til at destruere deres eget fags berettigelse. (Hastrup 1990:202-204; 1992:21). De må derfor kunne modernisere det billede, de har af verden og sig selv. Et sådant billede er da heller ikke et uforanderligt "arvestykke" (Knudsen 1996:7), man bærer rundt på og er "gids[ler] hos" (ibid:11), for hvis man har indsigt i og bevidsthed om, hvad det indeholder, er det muligt at forholde sig kritisk til det og bevidst tage stilling til, om noget skal ændres. (ibid:6). Det er derfor centralt at opnå indsigt i og bevidsthed om, hvilke underforståede og ubevidste opfattelser, der ligger implicit i ens selvforståelse.

For at kunne imødekomme befolkningens behov og for at opretholde deres egen eksistensberettigelse, må sundhedsplejerskefaggruppen altså tage bevidst og kritisk stilling til fagets udøvelse i praksis. Der må, for at sundhedsplejersker kan fremstå troværdigt, være høj grad af overensstemmelse mellem det billede af sundhedspleje, de udtrykker eksplicit og det, de viser gennem deres udøvelse af faget i praksis. Da sundhedsplejersker tilsyneladende lægger stor vægt på at fremstå som støttere og omsorgsgivere og benægter, at sundhedspleje indebærer kontrol og fejlfinding, er det vigtigt, de også viser denne opfattelse i udøvelsen af sundhedspleje i praksis. Er der uoverensstemmelse, må de forholde sig kritisk stillingtagende til, om noget skal

ændres. Dette er muligt, såfremt de har indsigt i og bevidsthed om, hvilke implicitte opfattelser, der ligger bag og styrer dem i deres konkrete praksis, og derfor er det vigtigt at få disse afdækket.

Da implicitte fænomener ligger indlejret i og afslører sig af f.eks. handlinger, sprog, forklaringer og vurderinger, kan de fremanalyseres gennem studier heraf - studier som kulturvidenskaben beskæftiger sig med. Sædvanligvis foregår dette ved, at forskerne over længere tid deltager i det daglige liv lokalt blandt de mennesker, de studerer - indbefattet observation og studier af disses sproglige manifestationer bl.a. i tekster af forskellig type. (Ehn og Löfgren 1982:9-19; Knudsen 1987; Hastrup og Ramløv 1989; Wackerhausen 1994:45).

FORMÅL OG PROBLEMFOMULERING

På baggrund af ovenstående er formålet med dette speciale at undersøge sundhedsplejerskers bagvedliggende og implicitte opfattelse af sundhedspleje. Herigennem vil jeg kunne bidrage til faggruppens indsigt heri og dermed til dens bevidste stillingtagen til udøvelsen af faget i praksis.

Ved at studere sundhedsplejerskers sprog, handlinger m.m i praksis, ville jeg kunne få mulighed for at udlede (dele af) den bagvedliggende opfattelse af sundhedspleje, der styrer sundhedsplejersker i udøvelsen af faget i praksis. Af tidsmæssige grunde har jeg dog afgrænset min undersøgelse til alene at omfatte studier af sundhedsplejerskers sproglige ytringer i tekster. Valget faldt på tekster i Sundhedsplejersken, der er medlemsblad for Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker⁴ (i det følgende benævnt FS10). Baggrunden for dette valg redegøres der for i kapitel 2, men her skal kort nævnes, at jeg antager, at sundhedsplejersker netop i den teksttype, bladet repræsenterer, er tættest muligt på at udveksle sproglige ytringer, hvor deres implicitte

⁴ Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker, FS10, varetager medlemmernes interesser i faglig henseende og repræsenterer sundhedsplejerskefaggruppen udadtil, eksempelvis i forhold til Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, i diverse tværfaglige udvalg, overfor pressen m.m. Herudover afholder FS10 landskurser for medlemmerne og udgiver medlemsbladet, Sundhedsplejersken, der udkommer 6 gange årligt.

opfattelser kommer til syne. Jeg forudsætter med andre ord, at tekster i Sundhedsplejersken bygger på, at deres mening er forståelig for enhver sundhedsplejerske, eftersom de som medlemmer af fagfællesskabet har del i den pulje af underforståede baggrundsopfattelser, sundhedsplejersker har fælles.

Hovedspørgsmålet, jeg søger besvaret i min undersøgelse, kan derfor formuleres således:

hvilken implicit opfattelse af sundhedspleje ligger bag og afslører sig af sundhedsplejerskers indbyrdes kommunikation i tekster i Sundhedsplejersken, og hvordan relaterer denne opfattelse sig til sundhedsplejerskers eksplicite opfattelse af sundhedspleje?

LITTERATURGENNEMGANG

Inden jeg gik i gang med min undersøgelse, fandt jeg det relevant at se på, om andre har arbejdet med sundhedsplejerskers implicite opfattelse af sundhedspleje, og at afdække, hvad der i givet fald er kommet frem herom. I det følgende præsenterer jeg derfor den forskningsbaserede⁵ litteratur, jeg har gennemgået med dette formål. Da min interesse gjaldt dansk sundhedspleje, har jeg udelukkende søgt og gennemgået dansk litteratur om sundhedsplejerskevirksomhed. Denne, som jeg begrænsede til udgivelser efter 1990, blev fundet dels gennem kadedreferencer, dels ved systematisk søgning i elektroniske databaser.

I min gennemgang stødte jeg ikke på andre, der har haft til formål at afdække sundhedsplejerskers implicite opfattelse af sundhedspleje gennem studier af deres indbyrdes kommunikation i tekster. Flere undersøgelser er dog alligevel interessante,

⁵ Jeg havde ønsket også at se på, hvordan sundhedspleje fremstilles i foreskrivende litteratur, men jeg konstaterede, at en sådan er fraværende. Der findes kun én bog, der betegnes som lærebog om sundhedspleje (Malmgren 1994), men da den er en introduktion til sygeplejerske-studerende på grunduddannelsesnivea om sundhedsplejerskers arbejdsområde, er der ikke tale om foreskrivende litteratur. Der eksisterer altså ikke nogen lærebog om sundhedsplejer-skevirksomhed til brug i videreuddannelsen til sundhedsplejerske – et forhold, jeg finder tankevækkende.

fordi de på anden vis siger noget om sundhedsplejerskers opfattelse af sundhedspleje. Det er disse undersøgelser, jeg præsenterer i det følgende.

Lichtenberg havde den intention at definere, hvad kernen er i vore dages sundhedspleje, da hun mener en sådan definition ikke findes beskrevet. For at finde frem hertil beskriver og sammenligner hun to tidsperioder i sundhedsplejens historie, idet hun analyserer skriftlige kilder af flere forskellige typer. På baggrund heraf opstiller hun en model, der definerer sundhedspleje som at imødekomme dimensionerne omsorg, forebyggelse, fremme af sundhed, vækst og trivsel for børn og børnefamilier i interaktion med samfundet gennem vejledning og rådgivning. Sundhedsplejersken fremstår som en ekspert, der har viden om de for børn, familier og samfund "relevante emner", og kernen i sundhedspleje er at formidle denne viden videre gennem vejledning og rådgivning. (Lichtenberg 1998).

Munck har undersøgt, hvordan sundhedspleje fremstår af sundhedsplejerskeordningens lovgrundlag med tilhørende retningslinier for praksis. Det er hendes forventning, at ordningens strukturer og handlinger repræsenterer og afspejler den til enhver tid eksisterende viden og holdning m.h.t. synet på børn, børns sundhed, forebyggelse og sundhedsfremme, og at den moderne opfattelse af børn som selvstændige individer med personlige og sociale kompetencer derfor afspejles i den seneste lovgivning. Hun konkluderer imidlertid, at dette ikke er tilfældet, idet lovgivningen især afspejler en medicinsk funderet antagelse om, at befolkningens sundhed kan varetages ved, at borgerne får anvisninger af eksperter. Sundhedspleje er således - foruden funktionsundersøgelser, overvågning af børns sundhed og opsporing af særlige behov - at give oplysning og belæring til alle børneforældre. I praksis fokuserer sundhedsplejersker altså på udbredelse af sundhedsbudskaber, kontrol og fejlfinding, med baggrund i det medicinske vidensfelt og en generel praktisk erfaringsviden om børn og forældres behov. (Munck 1998)

Guldager undersøgte effekten af sundhedsplejerskers hjemmebesøg hos børnefamilier. Dette skete bl.a. ved at undersøge forældres viden og handlen m.h.t. pleje og omsorg for deres børn og ved at vurdere denne i relation til de anbefalinger herfor, der

gives af Sundhedsstyrelsen. Eftersom sundhedsplejerskers vejledning og rådgivning sker i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger, definerer Guldager i udgangspunktet sundhedspleje som det at få forældre til at efterleve anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen. Undersøgelsen foregik i to sammenlignelige distrikter, som adskilte sig derved, at der i det ene havde været aflagt hjemmebesøg i sædvanligt omfang, mens det var sket i reduceret omfang i det andet. Forældres viden viste sig at være størst og i bedst overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger i det distrikt, hvor der havde været aflagt hjemmebesøg i sædvanligt omfang, og på baggrund heraf konkluderes det, at sundhedsplejerskens indsats har (positiv) effekt. Det var især "sårbare forældre" (ibid:108), der profiterede af sundhedsplejerskens indsats, og dette kom til udtryk ved, at det var blandt disse forældre, undersøgelsen viste størst diskrepans mellem de to distrikter. (Guldager 1992)

Buus undersøgte samspillet mellem sundhedsplejersker og småbørnsforældre, idet hun fokuserede på den forestilling, sundhedsplejersker har om, at de, ved at danne mødregrupper, kan skabe netværk for forældrene - noget de betragter som en vigtig forebyggende indsats. Hun konkluderer, at sådanne bestræbelser, fremfor at virke fremmende på trivselen, tværtimod kan have tendens til det modsatte, fordi de kan have skadelige konsekvenser for forældrenes eksisterende netværk. F.eks. på den måde, at fædre holdes udenfor (mødre)grupper, eller at bedsteforældre skubbes i baggrunden, fordi tiden bruges på at pleje de nye bekendtskaber. Sundhedsplejerskers praksis m.h.t. gruppevirksomhed synes derfor at være mindre hensigtsmæssig i relation til børnefamiliers behov, og derfor anbefaler Buus sundhedsplejersker at ændre bl.a. organiseringen af grupperne, hvis de fortsat vil arbejde netværksskabende, men hun rejser også spørgsmålet, om det overhovedet er muligt at skabe netværk for andre. (Buus 1994).

Også i Plates undersøgelse er omdrejningspunktet sundhedsplejerskers gruppeaktiviteter, idet også hun undersøger, hvilken "netværkseffekt" (Plate 1994:110) disse ser ud til at have. Det konkluderes, at grupper tilsyneladende ikke medvirker til skabelse af tætte relationer mellem deltagerne, og desuden profiterer de svageste famili-

er heller ikke af sundhedsplejerskers gruppeaktiviteter. Plate påpeger, at sundhedsplejersker som de middelklassekvinder, de er, synes at fastholde forældre i et traditionelt familiebillede gennem deres formidling af "middelklassens normer og værdier" (Plate 1994:100), og et sådan billede føler nogle familier - bl.a. de ressourcetsvage - måske ikke, de passer ind i. Plates undersøgelse afslører således en sundhedspleje, der ikke synes at være helt hensigtsmæssig set fra borgernes synsvinkel, og især ikke fra de ressourcetsvage borgeres. (Plate 1994)

Axelsen beskæftiger sig med sundhedsplejerskers arbejde med såkaldt belastede børnefamilier. Denne undersøgelse viser, hvordan sådanne familier kun i nogen grad profiterer af sundhedsplejerskens arbejde, fordi det er sundhedsplejerskens normer og opfattelser, der sætter sig igennem og styrer, bl.a. hvad der bliver trukket frem og talt om under sundhedsplejerskens besøg hos dem. I lighed med Plate peger også Axelsen på, hvordan sundhedsplejerskers arbejde kan ses som "nogle middelklassekvinders bestræbelser på at få belastede familier til at "gøre det rigtige" (Axelsen 1994), dvs det, der er den dominerende norm i vort samfund - noget, der ikke nødvendigvis modsvarer de belastede familiers vilkår og behov. Axelsen forklarer denne tendens ud fra sociologen P. Bourdieus habitusbegreb⁶, idet hun forklarer sundhedsplejerskers praksisudøvelse som at de gennemsætter deres habitus som middelklassekvinder. Hun peger derfor på, hvor vigtigt det er, at sundhedsplejersker får/har høj bevidsthed om deres egen habitus for at kunne undlade at påtrykke andre deres egne normer og virkelighedsopfattelse. (Axelsen 1994).

Ravn Olesen beskæftiger sig med kommunikationen mellem sundhedsplejersker og småbørnsforældre, der tilhører middelklassen. Ravn Olesen skriver, at sundhedsplejersker lægger vægt på, at sundhedspleje er et tilbud, og at deres særlige opgave er at rådgive og give omsorg til familierne. Derfor anser de deres emotionelle og relationelle forhold til familierne for afgørende. Familierne skal modtage bekræftelse og accept. Det er derfor vigtigt for dem at kunne agere i overensstemmelse med de normer, der

⁶ Med habitus menes de normer og den virkelighedsopfattelse, man bærer på som ubevidst og underforstået viden, og som sætter sig igennem i ens daglige gørem og laden, hvis man

hersker i det enkelte hjem, og at der ikke opstår disharmoni. Af disse årsager føler sundhedsplejerskerne sig frem og optræder prøvende og konsensussøgende, og i den udstrækning, de mener, deres egne følelser og personlige ønsker og behov vil kunne spille negativt ind på relationen, undertrykker de disse eller skubber dem i baggrunden. De undviger problemer og undlader at konfrontere i forhold til forældrene og undlader også at lægge vægt på fagligt indhold og faglige mål. Herved, påpeger Ravn Olesen, kontrollerer sundhedsplejerskerne situationen – det bliver sundhedspleje på sundhedsplejerskens præmisser. Men hermed bliver værdien af deres indsats begrænset, og de får problemer med at kunne legitimere deres faglige indsats og opnå anerkendelse for den. Sundhedsplejersker er således gennem deres rådgivende og konsensussøgende, undvigende og undladende adfærd i praksis i færd med at ødelægge faggruppens berettigelse i familier i mellemlaget. (Ravn Olesen 1997).

Salter analyserer mødet mellem sundhedsplejerske og mor, og i lighed med Axelsen finder også hun, at samfundets dominerende normer sætter sig igennem i sundhedsplejerskers samspil med (her forskellige typer) mødre. (Salter 1996). For at sundhedsplejerskerne skal undlade at påtrykke andre deres egen virkelighedsopfattelse og normer, påpeger Salter vigtigheden af, at sundhedsplejersker har høj bevidsthed om egne normer og habitus. I Salters empiri er der eksempler på sundhedsplejerskers tendens til at undvige problemer og undlade konfrontation – det Ravn Olesen peger på som en uhensigtsmæssig praksis.

Sammenfatning

Guldagers undersøgelse viser, at sundhedspleje gør en (positiv) forskel (1992), men ifl. andre undersøgelser synes sundhedsplejerskers praksis ikke altid hensigtsmæssig i forhold til borgernes behov. (Buus 1994; Ravn Olesen 1997; Plate 1994; Axelsen 1994; Salter 1996; Munck 1998)

Selv om sundhedsplejersker forstår sig selv som omsorgsgivere og 'støttere' i forhold til børnefamilier, tenderer de i praksis mod at undvige problemer og undlade

ikke er opmærksom derpå.

konfrontation (Salter 1996; Ravn Olesen 1997). Herved kommer de i høj grad til at afgøre, hvad der tales om eller undlades at tale om. Det er sundhedspleje på sundhedsplejerskens præmisser. Også andre undersøgelser viser, at sundhedsplejersker styrer og kontrollerer, om end det er på en anden måde. Det sker bl.a. ved, at de finder fejl, kontrollerer (Munck 1998) og giver anvisninger til børnefamilier om (den rette) måde at opnå sundhed på (Guldager 1992; Munck 1998; Lichtenberg 1998), og ved at fastlægge hvad der siges og gøres i relation til forældrene (Buus 1994; Plate 1994; Axelsen 1994; Salter 1996; Ravn Olesen 1997; Munck 1998).

Litteraturgennemgangen tegner altså ikke primært et billede af sundhedspleje som omsorg og støtte af børns og børnefamiliers ressourcer, sådan som sundhedsplejerskers eksplicite fremstilling lyder. Snarere peger litteraturen på, at sundhedspleje indebærer hvad sundhedsplejersker benægter og tager afstand fra, nemlig både kontrol/styring og fejlfinding. Der synes således at være belæg for min mistanke om, at der er uoverensstemmelse mellem sundhedsplejerskers eksplicite selvopfattelse og den, de viser i praksis. Samlet peger litteraturgennemgangen på det nødvendige i, at sundhedsplejersker forholder sig kritisk stillingtagende til deres fagudøvelse, og arbejder på evt. at ændre denne, eftersom de ikke ser ud til at imødekomme borgernes behov på en helt hensigtsmæssig måde.

I det følgende kapitel præsenterer jeg min undersøgelses videnskabssteoretiske fundament og de metodeovervejelser, jeg har foretaget i relation til valg af datamateriale, frembringelse af data og tolkningen heraf.

KAPITEL 2: VIDENSKABSTEORETISKE OG METODISKE OVERVEJELSER

INDLEDNING

Med henblik på at fremanalysere den i sproget indlejrede opfattelse af sundhedspleje, har jeg som tidligere nævnt valgt at lade mig inspirere af

kulturvidenskaben. Som humanvidenskabelig disciplin beskæftiger man sig her med at opnå indsigt i meningsindholdet i menneskelige fænomener gennem analyser af den studerede befolkningsgruppes udtryk og handlinger, idet menneskelige udtryk og handlinger ses som meningsfulde. En sådan indsigt eller forståelse nås gennem fortolkning, og derfor er der ikke tale om frembringelse af objektiv, entydig og endegyldig viden. Videnskabelige iagttagelser og tolkninger er altid udtryk for forskerens bagvedliggende teori – teori, der ikke nødvendigvis skal forstås som udsagn om lovmæssigheder, men som den bestemte synsvinkel, ud fra hvilken, han undersøger virkeligheden. (Collin og Køppe 1995:29). Fordi forskeren dermed foretager udvælgelser og tolkninger og kaster lys på visse elementer, lader han samtidig andre glide i baggrunden, og videnskabelige iagttagelser kan dermed altid kun dække et udsnit af virkeligheden. (Collin og Køppe 1995:29; Leiulfsrud og Hvinden 1996:226).

For at sikre arbejdets videnskabelighed stilles der derfor krav om intersubjektivitet - andre skal kunne nå frem til de samme resultater af et videnskabeligt arbejde, hvis de indtager samme synsvinkel som forskeren (Ibid:29). Forskeren må således give andre denne mulighed ved at gøre materialet gennemskueligt og bl.a. gøre rede for den videnskabsteoretiske og metodiske ramme, han arbejder inden for.

I det følgende gør jeg rede for den ramme, jeg arbejder indenfor i min undersøgelse.

Jeg har valgt hermeneutikken som videnskabsteoretisk fundament, fordi fortolkning er central i forhold til mit formål med undersøgelsen.

HERMENEUTIK, FORTOLKNING, FORSTÅELSE

Hermeneutikken blev indført i 1600-tallet som en metode til at tolke teologiske og juridiske tekster, men siden er den udviklet til at være en mere generel videnskabsteori for humanvidenskaberne til fortolkning af meningsindholdet i menneskelige fænomener. (Pahuus 1995:110).

I vor tid har den tyske filosof Hans Georg Gadamer's tænkning præget hermeneutikken. (Pahuus 1995). Det er Gadamer's grundtanke, at man kun kan forstå et andet

menneske, dets aktiviteter eller produkter, ud fra sine egne forforståelser. Disse rummer den forståelse, man på det givne tidspunkt har af sig selv og af mennesker og ting i verden, såvel som opfattelser af værdier, muligheder og begrænsninger i verden. Oftest er man sig ikke denne forståelseshorisont bevidst, idet der er tale om en form for tavs baggrundsforståelse, man er bærer af. Man medbringer altså sin horisont af forforståelser i mødet med verden og andre mennesker, og uundgåeligt ligger den bag og leder én i den måde, hvorpå man tænker om og omgås sig selv og andre mennesker (Pahuus 1995:119).

Det centrale i forståelse er at forstå en sag - en sag, der f.eks. kan angå en persons bestemte opfattelse af verden eller hans måde at forstå sig selv på. Men dette er kun muligt, hvis man har en sag fælles med ham eller gør den til fælles sag (Pahuus 1995:119), og hvis man stiller sig åben og sætter sin forforståelse i spil. (ibid). Gadamer anser sprog som det medie, der aktualiserer forståelse. Med sprog mener han ikke kun tale, men alle former for ytringer. Han anser dog samtale som "sproglighedens prototype" (Hass 1979:50), fordi det er gennem samtale, der kan skabes forståelse. Der er således tale om, at forståelse er noget, der produceres. For at der kan skabes forståelse er det naturligtvis en betingelse, at samtalepartnere kan forstå, hvad den anden udtrykker. Begge må kunne forstå det sprog, der bruges - betydningerne af ord og vendinger og de grammatiske regler - men da der i enhver samtale meddeles mere end det, der siges med ord, må samtalepartnere også kunne opfatte og forstå metakommunikationen, der angiver, hvordan det sagte skal forstås⁷. De skal kunne forstå alt det usagte og underforståede, som f.eks. det, der meddeles gennem måden, hvorpå noget siges. Det kan være den markering, der gives ved hjælp af tonefald, mimik, gestik, pau-

⁷ Metakommunikation indrammer og afgrænser kommunikation. Dette gælder i enhver sammenhæng, hvor der forekommer et budskab, en hændelse eller adfærd. Eksempelvis udpeger, afgrænser og benævner de omgivelser og den situation, man aktuelt befinder sig i, det, man foretager sig. 'Indholdet' rammes ind og trækkes derved i forgrunden, og heri ligner metakommunikation andre former for rammer. F.eks. udpeger og afgrænser en billedramme maleriet fra væggen, hvorved den tillader motivet at træde frem, i og med den udpeger, hvad der hører med inden for den. Metakommunikation siger om det indrammede: 'det, der er på færde her, er ...', og henfører dermed 'indholdet' til en bestemt kategori - f.eks. en bestemt tekstgenre. (Bateson 1972:177-193; Bateson 1991:114-117, 144; Ølgaard 1991:54-73)

sering eller sproglig stil, men det kan også være medbetydningerne af ord, der fortæller, om ordet skal opfattes positivt eller negativt. Hass skriver, at samtale kan betragtes som et "spil", hvis underforståede spilleregler begge parter må kende for at kunne spille (Hass 1979:45-66). Samtalepartnere kan altså ikke nå til forståelse, hvis deres samtale beherskes af forskellige forudsætninger, men deres uenighed kan åbne mulighed for en problematisering af deres forforståelser - og dermed kan de gøre erfaring gennem samtalen. (ibid:45). Man kan således gennem forståelsesprocessen tilegne sig øget indsigt og opnå en merforståelse, der kan føjes ind i ens forståelseshorisont (Pahuus 1995:120-121; Jensen 1990:136), men en betingelse er, at man sætter sine forforståelser i spil.

Gadamer mener, at tekster kan betragtes som en form for samtalepartnere, med hvem, det er muligt at frembringe forståelse. Tekster kan nemlig udspørges og udgøre kilder til forståelse af en sag, og tekster stiller også spørgsmål til læseren om hans forståelse af sagen. Det betyder, at fortolkeren, på samme måde som når han kan opnå forståelse ved at stille sig åben i en samtale, kan producere forståelse ved at spørge en tekst om, hvorledes den forstår en sag, og lytte til dens svar, men også ved at lade teksten stille spørgsmål til ham om hans forståelse af sagen. (Hass 1979:54-66). Teksten og fortolkeren kan altså gensidigt stille hinanden spørgsmål og lytte til svar. (Pahuus 1995:114, 121-122; Jensen 1990:137). Ikke alle tekster er dog lige egnede som samtalepartnere om den sag, man søger at forstå - det er ikke ligegyldigt, hvilken genre, teksten tilhører. Genrer udgør et alment accepteret, men skjult sæt regler, der "dels sætter rammen for, hvordan noget foregår eller forventes at foregå i en tekst, dels rammen for, hvordan teksten skal bruges og forstås" (Stigel 1993). Derfor har genrer den evne, at de fremkalder bestemte forventninger m.h.t. det indholdsmæssige i teksten og m.h.t. måden, hvorpå dette skal forstås, såvel hos tekstforfatterne som hos fortolkere. Genren sender altså metakommunikative signaler, der angiver, hvordan det, en tekst siger, skal forstås, og med hvilken alvor, tiltro, energi m.m., man kan forholde sig til teksten og

dens budskaber⁸. (Stigel 1993:41-42; Becker Jensen 1997:46-49). Det er således vigtigt at være opmærksom på, hvilken genre ens samtalepartner-tekst tilhører, for at man kan vide, hvilken tiltro, man kan have til den. I forskningssammenhæng betyder det bl.a., at man må være opmærksom på, hvilken genre ens empiriske materiale tilhører.

Tolkning beskrives som en fantasifuld, associerende og kreativ-intuitiv proces, der foregår på flere niveauer. (Hass 1979:58-59; Ehn og Löfgren 1982:95ff; Kvale 1984; Hastrup 1989; Leiulfsrud og Hvinden 1996:233; Holter 1996:17-18). Kvale beskriver således tre tolkningsniveauer, hvor første tolkning sker på et beskrivende, fremstillende niveau. Her tager forskeren ord og udtryk for pålydende og foretager en indledende systematisering efter deres umiddelbare meningsindhold. På andet tolkningsniveau inddrager forskeren det, der ligger underforstået i materialet: det, som teksten ikke umiddelbart siger, men som forskeren mener står "mellem linierne" (Kvale 1984:60). Hun får øje på dette ved at bruge sin fantasi og intuition og ved at associere spontant. Denne tolkning kan munde ud i en ny og mere kvalificeret systematisering af materialet - i en helhed, der kan pege på en ny måde, hvorpå det er muligt at forstå sagen. Det er på dette niveau, det er tydeligst, at der samtales med teksten i en hermeneutisk proces, hvor tekstens delelementer sættes i relation til dens helhed, og jeg mener, det er på dette niveau, tolkningen tydeligst er skabende og kreativ. På det højeste tolkningsniveau trækkes der teoretisk materiale ind til at kaste lys over den producerede forståelse/tolkning. Her er der tale om tolkning som en mere systematisk proces, hvor det empiriske materiale tolkes i samspil med det teoretiske materiale. Herved åbnes der mulighed for at opnå en udvidet forståelseshorisont med dybere indsigt i den sag, man ønsker at forstå.

SKABELSE AF DATA OG UDFORSKNING AF EGEN KULTUR

Ét er overvejelser omkring det empiriske materiale, noget andet er, hvilke

⁸ Vi læser f.eks. reklamer på en anden måde end lærebøger, fordi vi ubevidst ved, at reklamer følger genrebestemte regler for propaganda, mens vi forventer at finde sagligt-faglige oplysninger i lærebøger.

ytringer heri, man kan trække frem og lade udgøre data i relation til den sag, man studerer. For data er jo ikke noget, der blot ligger og venter på at blive opdaget. Data er noget, der skabes i samspil mellem forskeren og det empiriske materiale, idet det altid er bestemt af, hvad det er muligt for forskeren at få øje på - dvs afhængigt af hendes synsvinkel og forståelseshorisont. (Kvale 1984; Collin og Køppe 1995:29; Ploug Hansen 1995 b:39-47)⁹.

Elementer, som kan være centrale og derfor væsentlige at trække frem fra det empiriske materiale og lade udgøre data, er indforståetheder og selvfølgeligheder. Eftersom sådanne jo må være forståelige for alle i det sociale fællesskab, må de vise hen til tankebilleder, som alle er fælles om, og dermed må de netop være udtryk for bagvedliggende implicitte opfattelser og antagelser (Ehn og Löfgren 1982: 13-15). Også ord og udtryk, der går igen, og forhold, der beskrives om og om igen, kan betragtes som fulde af information om implicitte opfattelser og antagelser, fordi de må angå noget, medlemmerne af det sociale fællesskab selv tillægger betydning, når de har prioriteret at udtrykke sig om netop dette frem for om meget andet muligt. Noget må jo gøre netop dette værd at meddele, og dette 'noget' hænger sammen med det underliggende felt af implicitte opfattelser. (Knudsen 1989:44-45).

Det kan imidlertid være vanskeligt at få øje på, hvad der fremstår som selvfølgeligheder, eller hvad der tales om igen og igen, hvis man vil udforske sin egen kultur, d.v.s. hvis man selv tilhører det sociale fællesskab, hvis implicitte opfattelser, man vil undersøge. (Ploug Hansen 1989). For i og med at man er socialiseret ind i dette fællesskab, har man fået internaliseret de fælles implicitte opfattelser, så disse er blevet selvfølgeligheder også for én selv. De er blevet såkaldt blinde pletter, fordi man - på samme måde som en fisk ikke ser det vand, den svømmer i - er blevet "blind[e] for den måde, de sociale relationer, vi er et produkt af, optræder i vores tænkning" (Hoffmeyer 1991:41). For at overvinde dette problem, må man sørge for distance til sit empiriske

⁹ I sin udvælgelse af de elementer, der skal udgøre data, fravælger forskeren dermed også nogle elementer. Bl.a. fordi disse ikke bliver belyst, er det kun muligt at opnå indsigt i udsnit af virkeligheden. (Collin og Køppe 1995:29; Leiulfsrud og Hvinden 1996:226)

materiale. Ved afstand, såvel i rum som i tid, øges muligheden nemlig for, at man kan få øje på, hvad det er væsentligt at trække frem som data. (Jensen 1990:138-143; Ploug Hansen 1995 a:121). Ploug Hansen gør endvidere opmærksom på, at det også er vigtigt at undlade forhåndsudpegning af, hvilket teoretisk materiale, der senere skal inddrages til kontekstualisering af datamaterialet. Dette vil nemlig kunne bevirke en anden form for "blindhed" – nemlig den form for blindhed, der ligger deri, at man vil kunne komme til at lede efter de elementer, som teorien beskæftiger sig med - og dermed hæmmes man i at forholde sig åbent og udforskende til materialet. (Ploug Hansen 1995b:20, 37).

MIN FREMGANGSMÅDE

Når jeg, som nævnt i indledningen, valgte FS10's medlemsblad Sundhedsplejersken som empirisk grundlagsmateriale, var det ud fra overvejelser om, hvilken genre, der var mest egnet til at give adgang til sundhedsplejerskers implicite viden/opfattelser.

Et medlemsblad er en genre, der kan kaldes intern, eftersom den kun distribueres indenfor kredsen af medlemmer, og tekster deri ofte er skrevet af medlemmerne selv. Et medlemsblad kan antages at være et af de steder, hvor medlemmerne kommunikerer med hinanden om det, de finder vigtigt og derfor prioriterer at tale om frem for andet. Desuden kan et medlemsblad antages at være et medie, hvor både skribenter og læsere kan forventes at kende den underforståede grammatik, der gælder som spilleregler i medlemsskarens samtaler med hinanden - at de som fagfæller kommunikerer med hinanden på grundlag af et vist fælles lager af underforstået genkendelsesmateriale. (Becker Jensen 1997: 52). Dette gør, at man, når man læser en tekst, skrevet af et medlem af ens egen faggruppe, intuitivt forstår, hvad den betyder, men også, at skribenter, der henvender sig til sin egen faggruppe, kan benytte sig af en sprogbrug, hvor underforståede præmisser ikke behøver at blive ekspliciteret.

Det var således min forventning, at sundhedsplejersker, der skriver tekster i Sundhedsplejersken, vil udtrykke sig indforstået, selvfølgelig og måske genkommende, og da det netop er sådanne udsagn, det kan være væsentligt at trække frem som

data, faldt mit valg på Sundhedsplejersken. Bladet beskæftiger sig med emner og problemstillinger af faglig interesse for sundhedsplejersker. Der findes leder, debatindlæg og orienteringer, artikler, referater fra generalforsamlinger og møder eller kurser, rejsebeskrivelser og boganmeldelser samt rapporter fra studieophold o.lign. i Sundhedsplejersken - d.v.s. flere tekst kategorier med hver sine genrebestemte normer, der alle må være kendte og accepterede af sundhedsplejersker. Jeg begrænsede mit materiale til årgangene 1991 til medio 1999, d.v.s. ialt 50 numre. Nogle af teksterne i bladene er skrevet af ikke-sundhedsplejersker, men disse har jeg ikke ladet indgå i datagrundlaget, fordi det er i tekster, hvor sundhedsplejersker udtaler sig, jeg ifl. ovenstående kan forvente at finde informationsfulde udtryk.

Som beskrevet kan der være særlige problemer forbundet med at udforske sin egen kultur, sådan som jeg gjorde. Jeg har tilegnet mig sundhedsplejerskers felt af implicite opfattelser og forestillinger gennem min uddannelse og mangeårige praksis som sundhedsplejerske, og derfor ligger disse indlejret i mine forforståelser. For at undgå blindhed og blive seende, så jeg kunne få øje på min egen faggruppes implicite opfattelse af sundhedspleje, måtte jeg derfor nødvendigvis sætte mine forforståelser i spil. Jeg måtte forholde mig åbent og spørgende til mit materiale - noget der som nævnt ikke er nemt, men som fremmes gennem afstand i både tid og rum. Eftersom jeg som studerende havde været væk fra faget og mine fagfæller i nogen tid, mente jeg at have opnået nogen grad af distance, men det viste sig, at processen med at få teksterne til at producere data, slet ikke var så let endda. Således passerede en strøm af hændelser forbi mit blik under mine første gennemlæsninger af materialet. Den række af ledere, referater fra generalforsamlinger, møder og kurser, artikler, rejsebeskrivelser og boganmeldelser, jeg læste, forekom mig på én eller anden måde at repræsentere noget dagligdags og kendt, og det, jeg læste, forekom mig umiddelbart indlysende. Jeg læste med indforståethed og havde vanskeligt ved at se, hvori data bestod.

Jeg måtte derfor tvinge mig til at skabe yderligere distance til materialet for at kunne frembringe data. Konkret gjorde jeg derfor det, at jeg prøvede at se på materialet, som om det var et helt fremmed land, jeg var turist i, og hvor intet var indlysende for

mig. På samme måde som en turist kan være nødt til at spørge igen og igen til fænomener, han ikke forstår, for at kunne begå sig - fænomener, der for de lokale beboere er helt dagligdags og selvfølgelige - stillede jeg nu spørgsmål til teksterne, **som om** jeg ikke forstod ordenes og udtrykkenes betydning. Jeg lod med andre ord som om alt i de tekster, jeg læste, var fremmed og krævede, at jeg spurgte til det. Det var først, da jeg på denne måde legede turist og var åben og spørgende, at det blev muligt for mig at få øje på noget i teksterne, det var centralt at trække frem og lade udgøre data.

Jeg gik frem på den måde, at hver gang, jeg fik øje på noget i en tekst, markerede jeg det med highlighter. Denne analyse kan betragtes som det, der ifl. Kvale er første tolkningsniveau. Efter på denne måde at have været hele det empiriske materiale igennem, gennemlæste jeg de markerede tekststykker for denne gang at gruppere dem efter det meningsindhold, jeg fandt, de havde, når jeg læste dem i deres tekstmæssige helhed og inddrog, hvad jeg læste mellem linierne. Denne del af processen svarer til det, der ifl. Kvale er det andet tolkningsniveau.

Denne proces med gruppering var vanskelig, forvirrende og langvarig. F.eks. var der flere af de markerede tekststykker, der kunne høre til i mere end én kategori, og der var også nogle, jeg pludselig forstod på en ny måde, da jeg fik læst mig ind på, hvad deres meningsindhold kunne være. Når jeg i næste kapitel præsenterer mine data, er det i de grupper - tema'er - jeg endte med at kategorisere de markerede tekststykker efter en lang tolkningsproces. Temaerne peger på en ny helhed, et mønster, der således er resultatet af min tolkning på de to første tolkningsniveauer, jfr. Kvale.

Da det som nævnt er vigtigt at kunne lade sit materiale "tale til sig", har jeg undladt at udpege teori til kontekstualisering heraf på forhånd. Det er udvalgt efter formuleringen af den nye helhed, som de tematiserede data syntes at udgøre, idet jeg fandt, materialet "pegede" herpå. Ud over lov materiale, inddrager jeg teoretisk materiale på tredje tolkningsniveau, der beskæftiger sig med magtforholdet mellem samfundet og borgerne, og i den efterfølgende diskussion inddrages der dels teori om sammenhængen mellem magt og omsorg, dels teori om sundhedsfremme og forebyggelse til belysning af det perspektiv, hvorfra sundhedsplejersker synes at forstå

sundhedspleje.

Sammenfatning

Metodisk har jeg altså søgt at indfri undersøgelsens formål gennem:

1) Datagenerering ved fremanalysering af ord og udtryk, som sundhedsplejersker bruger igen og igen i deres tekster, af ord og udtryk, der fremstår som selvfølgeligheder eller indforståetheder og udtryk, der virker overtalende eller som er flertydige.

2) Databearbejdning og -systematisering i temaer gennem kreativ-intuitiv tolkning af de frembragte datas betydningsindhold og sammenfatning heraf i en sammenhæng, en ny helhed.

3) Kontekstualisering af data i lyset af teoretisk materiale, jeg har fundet denne helhed pege på.

KAPITEL 3: PRÆSENTATION AF DATA

INDLEDNING

Min præsentation af datamaterialet er som tidligere nævnt tematisk, idet præsentationen tilstræber at give et billede af den mening, jeg fandt dataene udtrykke. Temaerne har derfor fået benævnelser, overskrifter, som jeg finder kan rumme dette meningsindhold. Disse er: 1) Holde øje med, 2) Bedømme og klassificere/sortere, 3) Gripe ind og 4) Styre og guide. Jeg redegør for temaerne i rækkefølge efter med hvilken hyppighed, de forekommer i materialet, men jeg præsenterer dog kun dele af det samlede datamateriale. Dette udgøres af 433 tekststykker fra de ialt 50 numre af Sundhedsplejersken, og herfra trækker jeg ord og udtryk frem, evt. som citater, som jeg finder sigende for temaerne. Citater angives i citationstegn, mens jeg bruger enkelt-citationstegn omkring ord og udtryk, der henviser til temaets overskrift og forekommer i datamaterialet, uden at jeg direkte citerer i min præsentation af temaerne.

TEMA 1: HOLDE ØJE MED

Jeg har kaldt temaet 'holde øje med' på baggrund af udtryk som 'se', 'følge', 'udføre observationer', 'have opmærksomhed på', 'have fokus på', 'iagttage', 'opdage', 'opspore' og 'have kontakt med'.

I en rapport, udgivet af en arbejdsgruppe bestående af sundhedsplejersker, hedder det, at sundhedsplejersker "har ansvaret for den tidlige observation.....samt opsporing ...[af] unormale tilstande hos såvel mor som barn..." (Arbejdsgruppe 1996:19). Af den grund har de måttet aflægge et stigende antal hjemmebesøg i takt med, at flere kvinder føder ambulantly. Men da de ikke er blevet tilført ekstra ressourcer i takt hermed, har de måttet reducere antallet af hjemmebesøg til deres øvrige børnefamilier, og i stedet øget gruppeaktiviteterne til disse. Dette finder de imidlertid ikke tilfredsstillende, for i en gruppe er det ikke muligt at udføre "grundig observation af barnet" (Arbejdsgruppe 1996: 27) på en "tilfredsstillende måde" (Mortensen 1991:3). Det er heller ikke muligt at have tilstrækkelig god "opmærksomhed på mor/barn-forholdet" (ibid; Lomborg 1998:19). Sundhedsplejersker kan derfor komme til at "tabe nogle familier" (Mortensen 1991:3), hvis de erstatter hjemmebesøg med grupper og ikke holder fast i "det privilegium" (ibid), det er at "komme i" (ibid) alle hjem med børn.

Sundhedsplejersker er også blevet nødt til at skære ned på deres "kontakt med skolebørnene" (Arbejdsgruppe 1996:27), og de ser således skolebørn sjældnere. Dette finder arbejdsgruppen "betænkeligt" (ibid), for da der "under hele barnets opvækst" (ibid) kan opstå problemer med trivsel eller udvikling, er det vigtigt at 'holde øje med' børnene jævnlige. I deres hidtidige årlige "kontakt med" (ibid) skolebørnene har sundhedsplejerskerne netop 'haft fokus på', om der skulle være tegn på, at der var opstået trivsels- eller udviklingsproblemer hos børnene - de har 'holdt øje med', om alt var normalt hos hver enkelt elev. Sundhedsplejersker har også kontrolleret elever i hele skoleklasser, f.eks. ved screeningsundersøgelser for lus, idet de har "se[t] børnene efter" (Borup 1996a:26) for, om de havde lus i håret.

Da mange af "de problemer, vi ser hos børnene i skolealderen og senere i livet..... hos hovedparten [er] opstået i spæd- og småbarnsalderen." (Malmgren 1995 a:11),

finder sundhedsplejerskerne det uheldigt, at mange børn mellem 8 mdr's alderen, og indtil de begynder i skole, er uden "kontakt med" en sundhedsplejerske (Arbejdsgruppe 1996:19). For hvis hjemmebesøgene ophører, når børnene er ca. 8 mdr. gamle, "øges risikoen for" (ibid), at "fejludvikling ikke opspores" (ibid). For at fejludviklinger kan blive 'opsporet' hurtigst muligt efter deres opståen, bør sundhedsplejersken altså have 'kontakt med' børnene i slippet mellem 8 måneders alderen og skolealderen. Desuden "fortabes muligheden for at opspore vanskeligheder hos de børn/unge/familier, der ikke længere hører med til målgruppen" (Michelsen og Guldager 1996:14)¹⁰, hvis sundhedsplejersken ophører med at have 'kontakt med' alle børnefamilier. De børn, der hører til målgruppen, er dem, der ifl. sundhedsplejerskens vurdering har vanskeligheder - og dermed særlige behov. Der advares altså mod, at sundhedsplejersker ophører med at have 'jævnligt kontakt med' alle børn/unge/familier, dvs også dem, hvor børnene er mellem 8 mdr. og skolealderen. For hvis de gør det, kan de jo ikke "holde[r] øje med" (Lomborg 1998:20) dem og 'opdage' evt. vanskeligheder eller særlige behov hos dem.

Sundhedsplejersker har da også taget forskellige initiativer med henblik på fortsat at kunne 'se' og 'holde øje med' alle børn ud over 8 mdr's alderen. Forskellige projekter er sat i værk, så de kan komme i 'kontakt med' småbørnene, f.eks. projekter, hvor alle børn tilbydes besøg, når de fylder 2½ og 4 år. Sådanne besøg, hvorunder sundhedsplejersken bl.a. "undersøger [børnenes] sanser, sprog, motorik og adfærd" (Ryberg 1998:47) ud fra et "færdigt og afprøvet undersøgelsesmateriale"¹¹(ibid), giver hende mulighed for at 'se' alle børn én gang i deres 2. eller 4. leveår. Derved kan hun "opspore børn med særlige behov" (ibid) og være med til at undgå, at familier bliver "problemfamilier" (ibid)¹¹. Et andet initiativ er, at en sundhedsplejerske har oprettet en le-

¹⁰ Den ene af forfatterne til denne tekst, Niels Michelsen, er socialoverlæge, men da Else Guldager er sundhedsplejerske, har jeg medtaget teksten i mit datagrundlag.

¹¹ Det ser ud som om, det her underforstås, at hvis børns særlige behov, som f.eks. afvigelser i den sansemotoriske eller sproglige udvikling eller problemer m.h.t. adfærd, ikke findes (opspores), vil de kunne accelerere og gøre familierne til problemfamilier.

¹² D.v.s. børn, som ikke er i én eller anden form for daginstitution, hvor de er i forbindelse med andre offentlige fagpersoner, der dermed kunne 'holde øje med' dem.

gestue for børn, der ”går hjemme”¹² (Voetmann 1993:12), bl.a. fordi det vil give hende adgang til at ’se’ disse og ”finde [dem] med manglende udvikling” (ibid). Hun vil uopfordret ’kigge ind’ i legestuen for at ”følge” (ibid), de børn, hvor hun er ”i tvivl om udviklingen...” (ibid), og hun vil tage videooptagelse til hjælp hertil. Ved at videofilme børnene nogle gange med et vist tidsinterval forventer hun nemlig at kunne ”få en oplevelse af, om børnene har udviklet sig” (ibid:13) - underforstået, om de har udviklet sig, som det er normalt at gøre.

For at sundhedsplejersken kan ’opsøre’ fejludviklinger er det nødvendigt, at hun, udover at have træning i ”grundigt undersøgelsesarbejde” (Michelsen og Guldager 1996:12-13), også har viden om, ”hvilke opgaver barnet skal nå at mestre” (ibid:11,13) - underforstået, at børn skal nå noget bestemt i bestemte aldre for at have udviklet sig normalt. Generelt synes sundhedsplejerskers ’holden øje med’ dog ikke at kunne baseres alene på sundhedsplejerskers viden og grundige undersøgelsesarbejde, men må ske på baggrund af modeller eller statistiske normalbeskrivelser, der da fungerer som en form for facitlister for et normalt barn. F.eks. fortæller Nandrup-Bus og Thorsen, hvor glade de er for at anvende et afkrydsningsskema til at ”registrere [de færdigheder, børn] bør have tilegnet sig...i bestemte aldre” (1997:45), fordi et sådan skema viser, hvad der ”bør observeres hos det enkelte barn fra 0 til 5 år.” (ibid). I et projekt i skoleregi, hvor formålet var at ”finde børn med sansemotoriske vanskeligheder så tidligt som muligt” (Sundhedsplejen. Sønderhald Kommune 1998:18), har man ”iagttaget” (ibid) alle børnehaveklassebørn på grundlag af et ”undersøgelsesmateriale” (ibid), der beskriver børns normale sansemotoriske udvikling. En gruppe sundhedsplejersker udtrykker, at de håber, at de ved at bruge en ”depressionsvurderings-skala” (Tietze 1998:48) kan blive bedre til at ’holde øje med’, om mødre psykisk afviger fra det normale og derigennem ”opsøre” efterfødselsreaktioner. (ibid). Det anbefales også varmt at anvende videooptagelse som en måde at ’holde øje med’, om forældres samspil med deres børn er normalt, idet sundhedsplejersker gennem analyse af filmen kan blive ”bevidst om” (Bakke 1998:25), hvad der går godt, og hvad forældrene evt. ”mangler at

lære" (ibid).

Sammenfatning/konklusion.

Sundhedspleje indebærer altså at 'holde øje med', om børn og børnefamilier er normale, idet sundhedsplejersken skal 'opsøre' vanskeligheder, unormale tilstande, problemer og fejludviklinger. I tilfælde af, at der forekommer afvigelser fra det normale i form af f.eks. problemer, fejludvikling, sygdomme... hos børn eller børnefamilier, må de 'opdages' tidligt, d.v.s. så hurtigt som muligt efter deres opståen. Da afvigelser angiveligt kan opstå når som helst i et barns liv, er det nødvendigt, at sundhedsplejersker jævnligt og kontinuerligt har 'kontakt med' børn og børnefamilier, for at kunne 'holde øje med', om det skulle ske. Hun kan gøre dette på forskellig måde, bl.a. ved under hjemmebesøg eller andre kontakter at videofilme børn/forældre eller undersøge børnene mere metodisk med udgangspunkt i modeller, der definerer og beskriver det normale barn, det normale forældre/barn-samspil og den normale nybagte mors psykiske tilstand.

TEMA 2: BEDØMME OG KLASSIFICERE/SORTERE

Jeg har kaldt dette tema 'bedømme og klassificere/sortere' på baggrund af ord og udtryk som 'vurdere', 'skelne', 'afgøre', 'afvigende', 'høre til normalområdet', 'gråzonebørn' eller 'hører til målgruppen', 'almene behov', 'velfungerende familier', 'risikobørn', 'behovsbørn', 'børn med særlige behov', 'problemfamilier' og 'hvem, der kræver intervention'.

Som det er omtalt under tema 1, har sundhedsplejersker ansvaret for at opsøre "unormale tilstande hos såvel mor som barn..." (Arbejdsgruppe 1996:19), og de skal se børn jævnligt for at kunne konstatere, om disse har problemer med trivsel eller "fejludvikling" (ibid). Sundhedsplejersken må altså være i stand til at 'bedømme', hvornår der foreligger trivselsproblemer eller fejludvikling, og hvornår noget må betegnes som en unormal tilstand. Hun skal 'udpege' de børn/ familier, der har "særlige behov" (Ryberg 1998:47) og som derfor kan udvikle sig til "problemfamilier" (ibid).

Hermed 'klassificerer' hun disse børn/familier som 'afvigende' fra de normale - dem, der henregnes til kategorien 'almene behov'.

Michelsen og Guldager påpeger, at hvis sundhedsplejersker ophører med at have jævnlig kontakt med alle børnefamilier, så mister de muligheden for at opspore vanskeligheder hos de børn og familier, der "ikke længere hører med til målgruppen" (1996:14). Med "målgruppen" menes de børn/unge/familier, sundhedsplejersken har 'klassificeret' som havende særlige behov. Det er gennem jævnlig kontakt med alle børn og børnefamilier, at det kan "afgøres, hvilke børn/unge/familier, der er i gråzoneområdet og hvilke familier, der kræver intervention af mere indgribende art..." (ibid). Sundhedspleje består også i at 'bedømme' forældres interesse for og evne til at give omsorg, idet sundhedsplejersker har "opmærksomhed på mor/barn-forholdet" (Arbejdsgruppe 1996) og på om "forældreoven er ... aktiv ... eller ...ikke aktiv" (Michelsen og Guldager 1996:14). På baggrund heraf er det deres opgave at "afgøre om et barn/familie er i en risikosituation" (ibid: 14). Sundhedsplejersken 'afgør' med andre ord, hvem der har almene behov og derfor ikke tilhører målgruppen, og hvem der har særlige behov og da enten tilhører kategorien gråzone eller den kategori, hvor der kræves mere indgribende intervention.

Det synes imidlertid at være problematisk for sundhedsplejerskerne at foretage denne 'klassificering'. Især er det vanskeligt at 'skelne' indenfor målgruppen, hvem der skal have let øget indsats (gråzone), og hvem, der skal have intervention af mere indgribende art. Således skriver en ledende sundhedsplejerske, at hun savner en "model til definition på "risikobørn", "gråzonebørn" og "behovsbørn"." (Lauritsen 1997:24), fordi der hersker usikkerhed m.h.t., hvordan man skal "skelne" (ibid) behovsbørn fra ikke-behovsbørn. Hun mener, sundhedsplejersker foretager denne skelnen for tilfældigt, og ønsker med en model at eliminere de afgrænsningsproblemer og den tilfældighed og personbundethed, hun ser, der ligger til grund herfor. Hun synes således at forestille sig den mulighed, at grænsen mellem 'det normale' og 'det afvigende' og graden af afvigelse kan fastsættes i en model - en model på baggrund af hvilken, sundhedsplejersker kan 'skelne' på en mindre tilfældig måde. Denne forestilling om, at

grænsen mellem normalitet og afvigelse kan defineres, røber sig også i sundhedsplejerskernes anbefaling til hinanden af at anvende modeller, afkrydsningskemaer eller andet undersøgelsesmateriale. På baggrund heraf mener de, at de hurtigt kan 'afsløre', hvem der er "behovsbørn" (Nandrup-Bus og Thorsen 1997:45), fordi disse kan 'skelnes' fra de børn, der kan afkrydses inden for normalområderne og derfor er 'ikke-behovsbørn'. Således er f.eks. de børn, der ikke lever op til modellen for 2½ og 4 årige ved undersøgelserne i 2½- og 4-års besøgene (f.eks. Ryberg 1998:47), børn der 'afviger fra' definitionen på det normalt udviklede barn - og derfor 'klassificeres' de som 'behovs-børn'.

Sammenfatning/konklusion

Sundhedspleje indebærer altså at 'bedømme' børn og børnefamiliers normalitet og 'skelne' dem, der p.g.a. fejludvikling eller vanskeligheder er i en såkaldt risikosituation, fra dem, der ikke er det. De børn og børnefamilier, som sundhedsplejersken finder 'afvigende' fra det normale, 'udsortere' og 'klassificerer' hun i 'kategorier' som behovsbørn/-familier, risikobørn, gråzonebørn, problemfamilier..... Fælles for dem er, at de er blevet udsorterede som børn/familier, der har 'særlige behov', men ordet 'behov' refererer dog ikke til noget, børn/forældre selv føler, men er betegnelsen for den kategori af børn/familier, som sundhedsplejersken på baggrund af sine observationer m.m. har 'bedømt' som afvigende fra det normale.

Hvad der er normalt, og hvornår noget er afvigende, fremgår ikke af teksterne, men sundhedsplejersker synes at forestille sig 'normalitet' som noget objektivt og afgrænset, der kan defineres og sættes på model - f.eks. i form af afkrydsningsskemaer, undersøgelsesmateriale, iagttagelsesmodel m.m. Det fremgår, at det afvigende kan forekomme i flere grader, hvor den letteste er det næsten normale, der kaldes 'gråzonen', mens den sværeste ser ud til at være kategorien 'problembarn/-familie'.

TEMA 3: GRIBE IND

Jeg har navngivet dette tema 'gribe ind' på baggrund af ord og udtryk som 'tilbyde støtte', 'hjelpeforanstaltninger', 'afhjælp problemer', 'iværksætte behandling', 'indsats', 'intervention', 'henvise' og 'få andre til at tage over'.

De børn/familier, som sundhedsplejersken finder afviger fra det normale, tilskrives som nævnt at have behov for en særlig 'indsats' fra samfundets side, og derfor skal de 'tilbydes' en sådan. Det hævdes, at hvis man gør en "tidlig indsats på det rette tidspunkt i barnets/den unges liv" (Michelsen og Guldager 1996:9), vil man kunne forebygge sygdomme og fejludvikling. Derfor må børn og børnefamilier have "kontinuerligt tilbud om sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats..." (ibid), så sundhedsplejersken kan "intervenere" (ibid:11) "på det rette tidspunkt i barnets/den unges liv" (ibid:9). Hvis sundhedsplejersken altså har kontakt med børn/familier, kan der 'iværksættes indsats' "i tide" (Voetmann 1993:12), nemlig "så tidligt at det endnu er forholdsvis få ressourcer der skal til." (ibid). Hermed menes: så omkostningerne for samfundet bliver så små som muligt. Det fremhæves således, hvordan sundhedsplejerskers arbejde "sparer samfundet for mange penge og problemer" (Hansen og Mortensen 1991:3).

I et projekt, hvor sundhedsplejersken bedømte børns udvikling ud fra et undersøgelsesskema, 'greb' sundhedsplejersken 'ind' overfor børn, der ikke havde udviklet sig "svarende til korrigeret alder" (Skajaa 1993:23), ved at hun gav forældrene "yderligere [et] tilbud om en pædiatrisk undersøgelse af deres barn" (ibid:23). Sundhedsplejerskens 'indgriben' overfor børn/familier kan bestå i, at hun "henvise[r dem] til andre dele af sundhedsvæsenet" (Andkjær og Bertelsen 1999:35) og "få[r] andre til at tage over" (Udholm 1997:25), eller den kan bestå i, at hun 'iværksætter' mere eller mindre 'indgribende' "hjelpeforanstaltninger" (Michelsen og Guldager 1996:14) i form af "tværfaglige initiativer etc." (ibid). I relation til forældres omsorgsevne kan hjelpeforanstaltningerne enten gå ud på at "varme" (ibid:13) denne, hvis hjælperne blot anser den for "hvilende" (ibid), eller der kan være tale om "behandling af forældrene" (ibid). Måske skal samfundet helt "overtage[r] ansvaret for barnets opdragelse og omsorg"

(ibid). Sundhedsplejersken kan også 'gribe ind' ved selv at aflægge børnefamilierne flere besøg og give dem mere vejledning. Denne mere behandlende form for indgriben synes de dog ikke at opfatte som sundhedspleje af den rigtige slags. Således fortæller Lauritsen, at den 'indsats', der gennem lang tid er blevet gjort i hendes område, er af en karakter, så den må kaldes "sundhedsplejerskebehandling" (Lauritsen 1997:24), og det mener hun, er "en leg, der har varet for længe" (ibid). Ved at bruge ordet leg og sige, den har varet for længe, markerer hun den opfattelse, at sundhedspleje ikke bør indebære behandlende dimensioner.

Sammenfatning/konklusion

Sundhedsplejersker 'griber' altså 'ind' på baggrund af deres bedømmelse og kategorisering af børn/familier. De griber ind ved at sortere de børn/familier ud, der har afvigelser fra det normale og derfor tilskrives behov for 'indgreb' og for særlige 'hjælpeforanstaltninger' fra samfundets side, idet det skal tilstræbes at rette de afvigende til, så det kan blive muligt at klassificere dem som normale med almene behov. 'Indgreb' kan bestå i varmning, behandling eller andre hjælpeforanstaltninger, der f.eks. kan være tværfaglige initiativer. Men 'indgreb' kan også bestå i, at sundhedsplejersker giver flere ydelser og ydelser, der har karakter af behandling. Dette ser dog ikke ud til at tilhøre sundhedsplejerskers billede af, hvad deres arbejde – udøvelse af sundhedspleje – indebærer. Derimod synes de at forstå sundhedspleje som indgriben på den måde, at sundhedsplejersker skal 'sørge for', der 'tilbydes hjælpeforanstaltninger' osv til børn/familier. Altså at sundhedspleje indebærer en 'henvisende' funktion.

TEMA 4: STYRE OG GUIDE

Jeg har givet dette tema overskriften 'styre og guide' på baggrund af ord og udtryk som 'sikre', 'vejlede', 'rådgive', 'støtte', 'påvirke', 'lære', 'tilføre viden' og 'yde fremadrettet'.

Sundhedsplejersker kommer på hjemmebesøg hos børnefamilier, bl.a. for at 'yde' "råd og vejledning" (Arbejdsgruppe 1996:19) - noget de hævder, der er behov for i

stigende grad. Riise konstaterer således, at "Mange har brug for sundhedsplejerskens råd og vejledning ved problemer, ved opdragelse, søvn osv" (Riise 1993:19). Det er vigtigt at komme i børnefamiliernes hjem, for kun her er det muligt at give "helt personlig vejledning og støtte" (Arbejdsgruppe 1996:22). Gruppeaktiviteter kan dog være et supplement hertil, fordi de gør det muligt for sundhedsplejersken at vedligeholde kontakt til familierne, efter at hjemmebesøgene er ophørt. Dermed får hun mulighed for at opretholde adgangen til at "give råd og vejledning" (ibid) og dermed "sikre", at barnet trives. (ibid).

Ved at optage videofilm af forældres samspil med deres børn, og bagefter analysere filmen, kan sundhedsplejersken blive "bevidst om, hvad det er forældre kan, og hvad de mangler at lære" (Bakke 1998:25). På baggrund heraf kan hun så udbedre forældrenes manglende lærdom ved at "tilføre" (ibid) dem denne. Sundhedsplejersker hævdes at være den faggruppe, der har "de bedste muligheder for at påvirke børnefamilier" (Borup 1996b:30), og hun kan 'lære' forældre at "mestre livet med børnene" (Bakke 1997:6), ved at give dem "fremadrettede ydelser" (ibid). Ved at yde dem sundhedspleje styrer/guider hun altså børnefamilier hen imod "livet med børnene" (ibid) fremover - underforstået: det normale, almindelige liv som børnefamilie. Men hun styrer/guider dem også uden om "forskellige truende risikoforhold" (Michelsen og Guldager 1996:12).

Sammenfatning/konklusion

Sundhedspleje indebærer altså at styre og guide forældre på vej til at kunne mestre (det normale) forældreskab og børnefamilieliv, bl.a. ved at 'påvirke' dem gennem vejledning og rådgivning og ved at 'bibringe dem viden' om livet med børn. Sundhedsplejersker fremstilles som eksperter, der har denne (den rette) viden m.h.t. børn og børnefamilieliv, og ved at 'tilføre' forældre denne viden, vil disse kunne lære – blive i stand til – at håndtere livet som børnefamilie. Bedst synes deres styring og guidning at kunne ske ved helt personlig kontakt - noget, der tilsyneladende kun anses for muligt i en ramme af privathed - i børnenes hjem ved hjemmebesøg.

KAPITEL 4: TOLKNING AF DATA

INDLEDNING

Dette kapitel indledes med en skitsering af sammenhænge i materialet, en mulig måde at se helhed i materialet på. Afsnittet kan derfor betragtes som det, der ifl. Kvale, er resultatet efter 2. tolkningsniveau. Efterfølgende tolkes materialet på det, der ifl. Kvale er højeste tolkningsniveau, idet jeg inddrager teori, jeg har fundet relevant som tolkningskontekst, i og med datamaterialet synes at pege på det.

SAMMENHÆNGE I DATAMATERIALET – EN NY HELHED

De fire temaer, jeg har tolket frem og præsenteret, kan betragtes som en form for ”underliggende grammatik” (Knudsen 1987), der styrer sundhedsplejerskers udøvelse af sundhedspleje. Grammatisk regel nr. 1 tilsiger sundhedsplejersker at holde øje med børn og børnefamiliers normalitet, og grammatisk regel nr. 2, at de skal frasortere og klassificere de børn/familier, de bedømmer til at falde udenfor normalområdet. Regel nr. 3 bestemmer, at sundhedsplejersker skal gribe ind overfor disse og iværksætte særlig indsats, så de kan blive rettet op og blive ”normale”. Ifl. regel nr. 4 skal sundhedsplejersker undervise og påvirke forældre og derigennem guide og styre dem på vej mod normalitet og søge, at de undgår at falde udenfor ”det normale”.

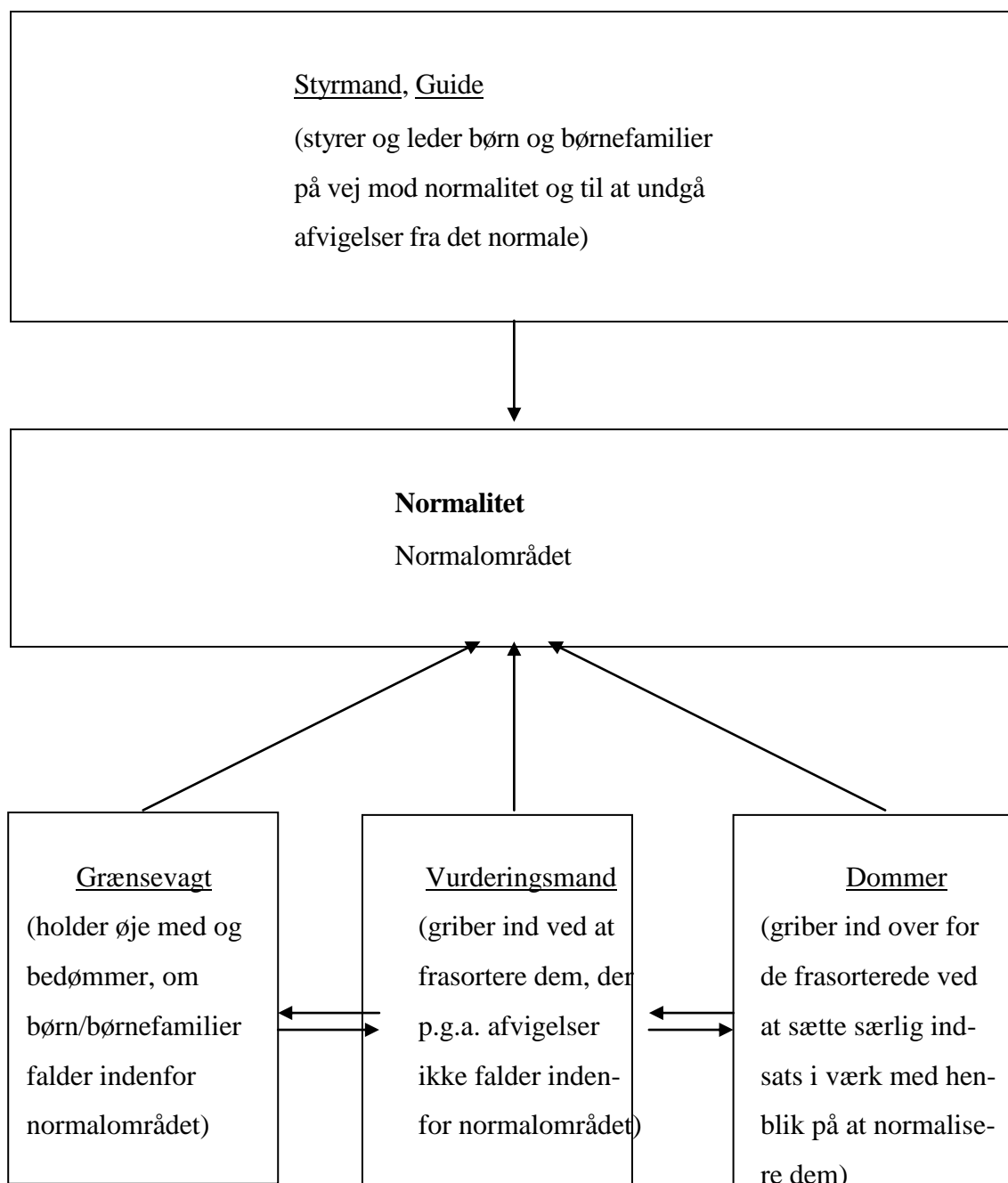
Alle fire grammatiske regler bestemmer altså, at sundhedsplejerskerne i deres praksis skal sigte mod, at børn og børnefamilier bliver og holder sig ”normale”. Reglerne kan betragtes som hørende sammen i indbyrdes forbundethed omkring målet normalitet, idet en ide om normalitet synes at ligge bag alle temaerne. En ide, der bygger på et ideal om, at det normale er noget attraktivt, der skal tilstræbes og opretholdes. Det fremgår ikke eksplicit, hvad der forstås ved normalitet, men eftersom sundhedsplejersker kan erkende fejludviklinger, sygdomme, problemer... og andre afvigelser fra det normale, synes det underforstået, at de er indehavere af en definition på

og afgrænsning af, hvad der er normalt m.h.t. børns udvikling, færdigheder, vækst m.m., og også hvad der er normal aktiv interesse og omsorgsevne hos forældre og hvad der er normal psyke hos nybagte mødre. De udtrykker dog også en vis usikkerhed m.h.t., hvor grænsen går mellem ”det normale” og ”det afvigende”. De omtalte undersøgelsesmaterialer, modeller, skemaer, skalaer m.m. kan ses som udtryk for forsøg på at fastsætte en sådan grænse.

Men der kan også ses en sammenhæng i materialet centreret omkring begrebet kontrol, idet hensigten med regel nr. 4 kan ses som styring (kontrol) af børns og børnefamiliers normalitet, og hensigten med reglerne 1-3 kan ses som overvågning og kontrol af, om regel nr. 4 har virket. Bag alle temaerne synes der altså også at være den ide, at normalitet kan kontrolleres, bl.a. gennem sundhedsplejerskers udøvelse af sundhedspleje.

Metaforisk kan sundhedsplejersker således beskrives som en slags grænsevagter, hvis opgave, det er at holde vagt og råbe vagt i gevær, hvis børn/børnefamilier overskrider grænsen mellem det normale og det afvigende. Herudover kan man beskrive dem som en slags vurderingsmænd og dommere, der skal bedømme og afgøre, hvem der er normale, og hvem der afviger fra det normale og derfor skal henregnes i den kategori, der skal gribes ind overfor gennem tilbud om særlig indsats. Sundhedsplejersker kan desuden beskrives som guider eller stjermænd, der, gennem påvirkning og undervisning af forældre, skal lede og styre børn og børnefamilier på vej mod normalområdet og til at holde sig her indenfor. Da alle metaforene henviser til kontrollerende funktioner, kan billedet af sundhedspleje, sådan som det afslører sig af sundhedsplejerskers sproglige ytringer, siges at være et billede, hvor kontrol af, at børn og børnefamilier opnår og bevarer normalitet, tydeligt træder frem.

Som afrunding og sammenfatning på ovenstående har jeg udarbejdet følgende figur, hvor de nævnte metaforer illustrerer dimensioner af sundhedspleje, der alle indebærer kontrol, og som alle retter sig mod idealet og målet om normalitet for børn og børnefamilier.



Figur af sundhedsplejerskers implicitte opfattelse af sundhedspleje. Udført af Hanne Sixhøj

TEORETISK KONTEKSTUALISERING AF DATAMATERIALET

Jeg finder det relevant indledningsvis at inddrage Lovmateriale til at belyse og vurdere de metaforer, hvormed jeg netop har beskrevet sundhedspleje, fordi sundhedsplejersker er ansat af det offentlige til at varetage bestemte opgaver. Disse fremgår af "Lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge" (Sundhedsstyrelsen 1995:48-50) og den tilhørende "Bekendtgørelse om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge" (Sundhedsstyrelsen 1995:51-55), som jeg redegør for i det følgende.

1. SUNDHEDSPLEJERSKENS OPGAVER IFL. LOV OG BEKENDTGØRELSE

Sundhedspleje har, som tidligere nævnt, fra ordningens start i 1937 været defineret som en speciel gren af sygeplejen, hvor der lægges særlig vægt på de "forebyggende og sundhedsfremmende aspekter." (Betænkning nr. 573, 1970:49). Selv om loven er ændret flere gange siden 1937, fremgår det også af den seneste lovgivning for området, der trådte i kraft 1. januar 1996, at sundhedsplejersker skal yde en indsats overfor børn og unge, der er generelt "sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende" (Sundhedsstyrelsen 1995:48). De skal, sammen med andre faggrupper i den kommunale og amtskommunale sundhedstjeneste, "fremme børnenes legemlige og psykiske sundhed og trivsel" (ibid:52) og derigennem bidrage til opfyldelse af lovens formål om at "sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse." (ibid:48).

Det fremgår, at sundhedspleje er en kommunal opgave, rettet mod alle børn og unge indtil undervisningspligtens ophør. Sundhedsplejersken indgår i den kommunale sundhedstjeneste sammen med læger, sygeplejersker og andet personale, og her er det hendes særlige opgave at tilbyde sundhedsvejledning, bistand og funktionsundersøgelser. Denne virksomhed skal hun i børns første leveår først og fremmest udøve ved at aflægge besøg i børnenes hjem. (ibid:48).

For at fremme børns legemlige og psykiske sundhed og trivsel skal sundhedsplejerskens virksomhed omfatte sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende foran-

staltninger over for børn og deres miljø i hjemmet såvel som i institutioner og skole, oplysning og vejledning til børn og deres forældre samt tilsyn med det enkelte barns legemlige og psykiske helbredstilstand. Sundhedsplejersken skal afdække eventuelle almene og individuelle sundhedsmæssige problemer, ved at have regelmæssig kontakt med børnene og de unge, og hun skal udføre funktionsundersøgelser af dem. Der foruden skal hun, sammen med forældre og andre faggrupper, vurdere, om et barn har særlige behov og derfor have tilbud om øget indsats. (ibid:48, 52). Denne øgede indsats kan bestå i, at sundhedsplejersken aflægger besøg i barnets hjem, også efter, at det er fyldt 1 år, og her yder forældrene mere rådgivning og udfører flere undersøgelser. Men den kan også bestå i, at hun henviser til læge, socialrådgiver, pædagog, psykolog eller anden sagkyndig. (ibid:48, 52)

TOLKNING AF LOVMATERIALET

Det kan umiddelbart konstateres, at det, samfundet ansætter sundhedsplejersker til, er at bidrage til børns og børnefamiliers trivsel og sundhed, så børnene kan få en sund voksentilværelse. Det fremgår imidlertid ikke eksplicit, hvad der menes med trivsel, sundhed og sund voksentilværelse. Trivsel og sundhed kan dog tolkes som funktionsdygtighed og problemfrihed m.h.t. legemlig og psykisk helbred, eftersom det fremgår af teksten, at sundhedsplejersker skal føre tilsyn med børns fysiske og psykiske helbredstilstand og foretage funktionsundersøgelser for at afdække, om de har sundhedsmæssige problemer. Hvad der forstås herved fremgår ikke, men det synes underforstået, at der er tale om afvigelser i forhold til et normalt og derfor uproblematisk helbred, legemligt, psykisk og m.h.t. funktion. En sund voksentilværelse synes at opfattes som en følge af og at forudsætte trivsel og sundhed i barndommen. Sundhedsplejerskers opgave er at undersøge, observere og vurdere børns helbred og funktionsniveau med det formål at afdække evt. sundhedsmæssige problemer. Finder hun børn med sådanne, skal hun handle for at medvirke til, at der iværksættes øget indsats fra samfundets side overfor dem. Herudover skal sundhedsplejersken vejlede

forældre og bibringe dem oplysninger om - underforstået - børns funktion og legemlige og psykiske helbred, for derigennem at bidrage til at undgå, at børn får sundhedsmæssige problemer. Det synes underforstået, at hvis forældre bliver vejledt og får sådanne oplysninger, så vil de handle sådan, at deres børn kan fungere normalt og få et normalt og uproblematisk helbred og dermed have opnået forudsætningerne for at få en sund voksentilværelse.

Samlet kan man sige, at sundhedsplejerskers opgave ifl. lovmaterialet er at bidrage til at indfri samfundets mål om sikring af børns trivsel og sundhed, og sundhedsplejersker kan således forstås som en del af samfundets personale til at tilvejebringe og opretholde børns funktionsduelighed og problemfrie helbred i legemlig og psykisk henseende. Det skal de gøre ved at:

1) vejlede og oplyse forældre, så børn undgår at mistrives helbredsmæssigt (fysisk og psykisk) og undgår at udvikle sig uheldigt m.h.t. deres funktion og dermed at få sundhedsproblemer.

2) afdække sundhedsmæssige problemer og sætte indsats i gang overfor de børn, de bedømmer har særlige behov for at modtage øget indsats fra samfundets side.

Datamaterialet i relation til lovmaterialet

Med disse (understregede) nøgleord fra lovmaterialet synes der god overensstemmelse til den opfattelse af sundhedspleje, jeg har tolket frem af sundhedsplejerskers tekster i Sundhedsplejersken, og som jeg har beskrevet ved metaforerne grænsevagt, vurderingsmand, dommer, styrmand eller guide, idet nøgleordene her er holde øje med, bedømme, klassificere, frasortere, gribe ind, iværksætte, styre, guide og lede. Dette tyder på, at der ligger den samme opfattelse af sundhedspleje bag lovmaterialet, som synes at ligge implicit i sundhedsplejerskers interne kommunikation i de tekster i Sundhedsplejersken, der har udgjort mit empiriske materiale. Det betyder, at sundhedsplejersker, hvis de i praksis handler på baggrund af denne opfattelse af deres fag, lever op til den opgave, de er ansat af det offentlige til at varetage. I og med de er ansat af samfundet til at holde øje med, bedømme og klassificere, gribe ind og

styre og guide i relation til børn og børnefamiliers normalitet, udøver de altså legitim kontrol – de er nogle af samfundets embedsmænd med ret og pligt til at udøve myndighed (magt) over for borgerne.

Den opfattelse af sundhedspleje, der i det foregående er blevet tolket frem som liggende implicit i sundhedsplejerskers indbyrdes kommunikation i tekster i Sundhedsplejersken, er således i modstrid med den opfattelse af sundhedspleje, sundhedsplejersker udtrykker eksplicit. Deres påstand om, at sundhedspleje ikke går ud på at finde fejl, stemmer ikke overens med mine fund, idet det fremgår, at det i høj grad netop går ud på at finde (selv de mindste) fejl, afvigelser eller uregelmæssigheder hos børn/familier. Min undersøgelse viser en opfattelse af sundhedspleje, der både indebærer at finde fejl og at udøve kontrol, og der afspejles ikke en sundhedsplejeopfattelse, hvis kendetegn er hjælp og støtte til eller styrkelse af børn/familiers ressourcer, sådan som sundhedsplejersker eksplicit fremstiller det, når de tager afstand fra og benægter, at sundhedspleje indebærer at udøve magt, i og med de fremhæver, at de ikke er kontrollanter. Som om det er odiøst at udøve magt.

Men er det da odiøst at udøve magt? Og hvad vil det sige at være myndighed og dermed have magtbeføjelser? På baggrund af disse spørgsmål, finder jeg det relevant nu at inddrage teori om (magt)forholdet mellem borgere og samfund som tolkningskontekst.

Jeg har her valgt teori af den franske idehistoriker Michel Foucault (1926-1984), der har afdækket og vist, hvordan en række institutioner, som samfundet har etableret til at varetage sine interesser i forhold til borgerne, virker gennem udøvelse af magt. Ifl. Michel Foucault har moderne kapitalistiske industrisamfund som de vestlige siden Oplysningstiden etableret en lang række institutioner, der har til opgave at styre og kontrollere samfundsmedlemmerne og at udnytte disses ydeevne på den mest effektive måde, idet effektivitet og høj ydeevne er vigtige værdier. Foucault mener således, at vor tids ”væsener” (f.eks. sundhedsvæsenet, skolevæsenet, socialvæsenet, rets- og fængselsvæsenet) er institutioner til maksimering af befolkningens nyttighed (Heede

1992:88) - en nyttemaksimering, der foregår gennem sådanne institutioners **disciplinering af** samfundsmedlemmerne.

I bogen "Surveiller et punir" (1975)¹³ gør Foucault fængselsvæsenet til genstand for analyse, men fængslet analyseres blot som eksemplarisk model for alle øvrige institutioner (f.eks. skolevæsenet, socialvæsenet, hospitalsvæsenet), idet Foucault mener, disse alle er "fængselsagtige" (Foucault 1995:273). For på trods af, at de tilsigter at hjælpe, lindre og helbrede, og derved tilsyneladende er forskellige fra fængslet (Foucault 1995: XII-XIII; Heede 1992:101-104), tilstræber de på samme måde som fængselsvæsenet at udøve normaliserende myndighed, og de benytter sig også af disciplinering af samfundsmedlemmerne. De udøver altså magt, selv om de tilsyneladende er hjælpe-institutioner.

I det følgende redegør jeg for udvalgt af Foucaults teori, idet jeg detaljerer centrale begreber, der skal indgå som tolkningsramme i relation til mit datamateriale. Disse er: **rumlig afgrænsning** og **opdeling af tiden.**, der begge er forudsætninger for effektiv disciplinering. Og det er **det hierarkiske blik, den normaliserende sanktion** og kombinationen af disse: **eksaminering**¹⁴, der alle er "teknikker", i hvis samspil disciplinering udøves.

2. DISCIPLINERING AF SAMFUNDSMEDLEMMER: FOUCAULTS TEORI OM SAMFUNDSINSTITUTIONERS UDØVELSE AF MAGT

RUMLIG AFGRÆNSNING OG OPDELING AF TIDEN

Rumlig afgrænsning - til f.eks. et fængsel, en skole, et hospital eller en nationalstat - afgrænser hvem, der skal overvåges, kontrolleres og styres. Hvis det er

¹³ Bogen er oversat til norsk "Overvågning og straff" (1995), og det er heri, jeg tager afsæt.

¹⁴ Det er vigtigt at være opmærksom på, at "teknikkerne" udøves i samtidighed. Når de her i min redegørelse måske kan fremstå som om, de udøves separat hver for sig, hænger det sammen med, at jeg har ønsket at fremstille teoriens centrale begreber på en sådan måde, at de kan anvendes som analyseramme i forhold til mit datamateriale.

muligt underopdeles der i f.eks. celler, afdelinger, sengepladser ... eller regioner, geografiske eller administrative. Herved lettes overvågning, kontrol og styring, fordi man ved at "omforme[r] en uryddig, unyttig eller farlig mengde mennesker til en ordnet mengde" (Foucault 1995:136), præcis ved, hvor man har samfundsmedlemmerne.

Også på kroppens niveau sker der afgrænsning og opdeling med henblik på kontrol, styring og effektivitet. Kroppens dele udspecificeres, og dette muliggør, at hver kropsdel eller hvert enkelt lem kan overvåges og disciplineres isoleret, et forhold, der har stor betydning bl.a. indenfor det medicinske område. (ibid:131-143).

I vort samfund skal tiden udnyttes effektivt. Man må ikke ligge på den lade side, for uvirksomhed betragtes som unyttighed. Tiden kan udnyttes maksimalt ved, at den inddeles, for så kan den styres helt ned til mindste enhed. Bestemte ting skal gøres eller indtræffe på bestemte tidspunkter, og forskellige handlinger skal foregå i bestemte tidsrum og i en bestemt rækkefølge. Ved således at strukturere tiden totalt, bliver det muligt til hver en tid at vide, hvad samtlige samfundsmedlemmer foretager sig, og at sørge for, at de udnytter tiden mest muligt effektivt.

Samfundsmedlemmerne indordnes med andre ord i en rumligt og temporalt opdelt struktur. (Heede 1992:106)

DET HIERARKISKE BLIK

Denne form for kontrolmekanisme går ud på at se uden selv at blive set. Foucault mener, den blev indført på den tid, hvor en række optiske instrumenter og teknikker blev opfundet, idet der hermed blev grundlag for Panoptismen¹⁵. Idet hver enkelt overvåges, installerer samfundets institutioner således den panoptiske mekanisme som

¹⁵ Panoptismen stammer fra englænderen Jeremy Bentham, der i 1791 udformede en plan over den ideelle moderne institution, hvor få kunne holde øje med mange. F.eks. kunne opsynsmanden fra et centralt tårn i en cirkelformet fængselsbygning overvåge samtlige indsatte ved hjælp af særlige lys- og spejlindretninger, og samtidig kunne ingen af de indsatte kommunikere med hinanden eller se opsynsmanden. Denne kunne derfor i princippet være hvem som helst - eller han kunne evt. være helt fraværende. Pointen er, at de indsatte herved fik indpodet permanent bevidsthed om, at de når som helst kunne være overvågede, og indoptog overvågningen som en slags indre instans, en slags samvittighed, der kunne overflødiggøre ydre kontrolinstanser. (Heede 1992:107-109)

en indre instans i det enkelte samfundsmedlem, hvor den virker som selvovervågning. Det sker ikke blot, når der er tale om indsatte i et fængsel, men også hos børn i skolen, patienter på hospitaler, klienter i sociale eller pædagogiske institutioner m.fl., når disse gennem en indefrakommende tilskyndelse tilstræber at være og opføre sig så normalt og lidt belastende som muligt. Overvågningen er "som et blik uden ansigt" (Foucault 1995: 189) selv usynlig, men den er allestedsnærværende og virker i det små og i det skjulte. Den er i stand til at gøre alt synligt, og derfor bliver samfundsmedlemmerne altid set eller de kan altid blive det.

DEN NORMALISERENDE SANKTION

Af hensyn til samfundets effektivitetsbestrebelse er der brug for normaliseringsmekanismer. Samfundsmedlemmerne må afrettes og indpasses, og afvigelser reduceres, idet selv de mindste fejl eller uregelmæssigheder anses for hæmmende for nyttighed og effektivitet. Eftersom de er belastende for samfundet må afvigerne udskilles og deres fejl og afvigelser korrigeres. De må underlægges normalisering, og derfor gennemsyres skoler, militæret, fængselsvæsenet, hospitaler, socialvæsenet... af disciplineringsmekanismer, der socialiserer ("dresserer" (Foucault 1995:172)), objektiverer, bedømmer, sammenligner og behandler ("omdresserer" (ibid)) samfundsmedlemmerne. Med det formål at nyttiggøre borgerne og udskille afvigerne, så de kan underlægges normalisering, er der således normaliseringsbestrebelse på spil overalt, udgående fra modsætningen patologisk-normal. Og det er ikke kun indenfor retsvæsenet, der er normalitets-dommere; de er til stede overalt (Foucault 1995:XIII) som "læge-dommere", "lærer-dommere" og "socialarbejder-dommere" (Heede 1992:109-113), hvor de fremstår som "tilsynelatende vennligsinnede, skjulte overvåkingsformer" (Foucault 1995:XVIII).

Da straf skal korrigere, og altså har den funktion at reducere afvigelser og normalisere, idømmes afvigerne straf i form af f.eks. behandling, opdragelse, oplæring, observation eller omskoling, selv ved de mindste forseelser i form af afvigelser fra det normale. (Foucault 1995:163; Heede 1992:30-32). Den straf, samfundsmedlemmer i

vor tid idømmes, benævnes behandling, et ord, der har et skin af "humanitet" (Foucault 1995:163) over sig. Foucault fremhæver, hvordan det hermed tilsløres, at der er tale om en påtvungen sanktion. Det enkelte samfundsmedlem er selv med til at fastholde disciplineringsinstitutionernes normaliserende sanktioner, for da ingen ønsker at blive straffet, søger de selv at blive straffrie gennem forskellige korrektionsbestræbelser. Ved at underkaste sig behandling (straf) kan de komme til at tilhøre kategorien normale og dermed være/blive straffrie og undgå behandling (straf).(ibid). De beder således selv om at modtage behandling, selv ved de mindste afvigelser fra normen. De underkaster sig m.a.o. selv disciplinering - stiller sig til rådighed for den.

Under henvisning til et reglement fra slutningen af det 17. århundrede, hvori det bestemmes, at alle borgere i byer, der var ramt af pest, skulle overvåges, kontrolleres og registreres, skriver Foucault (1995:176-179) at:

"Forekomsten av teknikker og institusjoner som skal måle, kontrollere og forbedre de unormale, gjør at de disiplinære virkemidlene som frykten for pesten i sin tid påkalte, tas i bruk. Alle de maktmekanismer som også i våre dager omgir den unormale for å merke ham ut og forandre ham, er sammensatt av disse to former, som de nedstammer fra." (Foucault 1995:179)

Man kan sige, at de pestramte er en slags forfædre for vor tids disciplinerede borger, for ligesom de pestramte skulle adskilles fra raske og forvises til bestemte gader, skal vor tids unormale også udpeges og adskilles fra de normale, så de kan kontrolleres og forbedres. Gennem separeringen fra raske (normale), bliver det muligt at overvåge de syge (unormale) ekstra intensivt, ligesom det bliver muligt for raske at beskytte sig mod besmittelse samt at bekræfte deres renhed og normalitet i forhold til dem. Dermed bidrager identificeringen og udgrænsningen af syge/unormale til at opretholde den sociale orden¹⁶, idet det normale defineres, og befolkningen tilskyndes til at holde sig inden

¹⁶ I dag taler vi om marginaliserede grupper, som er samfundsmedlemmer, hvis kropslige eller andre former for særegenheder, vi finder afvigende fra det normale, og som de derfor er uddifferentieret efter. Iøvrigt "artskendetegn", som den øvrige befolkning kan sige sig fri fra og dermed bekræfte sin egen normalitet igennem. (Heede 1992:35-36)

for rammerne af det normale. (Foucault 1995:178; Heede 1992:35-36). Men hermed kan identificeringen og kategoriseringen af syge/unormale som afvigere også medføre, at disse stigmatiseres med udstødelse og ignorering fra samfundets side til følge (Foucault 1995:178).

EKSAMINERING

Disciplineringsnøgleteknik er eksaminering, der ikke blot skal forstås som egentlig eksamination, men bredt som undersøgelse, f.eks. som når læger undersøger patienter på hospitalet. (Heede 1992:113). Der er her tale om en usynlig magt, hvis herredømme er sikret af samfundsmedlemmerne selv, idet disse selv underkaster sig eksaminering. Dermed kan de siges at være tvunget både udefra og indefra. (Foucault 1995:167-169).

Ved eksamineringen gennemses den enkelte for tegn på afvigelser gennem opmåling, studier og undersøgelser, udspørgen og forhør. Foucault skriver, hvordan den tidlige kristendoms "præstemagt" (Heede 1992:24) stillede krav om - som en ufravigelig betingelse for at sikre individet frelse - at få adgang til hans inderste tanker, forestillinger og hemmeligheder, bl.a. gennem skrifte- og bekendelsesprocedurer. På samme måde stiller også vor tids præstemagt (som de "videbegærlige befamlere" (Heede 1992:30) de er), krav om adgang til at "ransage[r] og blotlægge[r]" (ibid) hvert enkelt samfundsmedlems inderste. I dag er målet ikke frelse i det hinsidige, men "lykken i det dennesidige" (Heede 1992: 24), i form af bl.a. problemfrihed og normalitet. I vor tid er præstemagten øget enormt i antal og udbredelse, for overalt i samfundet findes det i skikkelse af "vidensproducenter, politi, vismænd, samlivs-, sex- og sundhedseksperter, medicinsk personale, socialarbejdere, pædagoger, psykologer, jurister, politikere, diverse velgørenhedsforeninger og socialfilantropiske grupper ..." (Heede 1992:24), der virker sammen i en slags netværk, der som repræsentanter for øverste myndighed tildeler og påtrykker den enkelte hans identitet. Gennem socialisation, overvågning, straf m.m. styrer de mod samme mål - målet om normalitet (Heede 1992:24). Eksamineringen danner baggrund for, at denne identitetstildeling kan

fungere, bl.a. gennem udøvelse af stemplingsprocedurer og etiketeringsmekanismer: kategorisering af individer, mærkning af dem med deres egen individualitet og påtvingelsen af dem af en sandhed, som de må vedkende sig, og som også andre må anerkende hos dem. (Heede 1992:22-34)

I forbindelse med eksaminering er der udviklet en række registrerings- og arkiveringsforanstaltninger som f.eks. journaler, rapporter, vidnesbyrd, registre, statistikker osv. Disse anvendes i hospitaler, skoler, fængsler m.m. til bl.a. at fastholde informationer fra eksamineringerne. Heri beskrives den enkelte systematisk, idet det ved hjælp af koder optegnes, f.eks. hvilke tegn eller særegenheder, lægen har fundet ved eksamineringen af en patients krop, eller hvilke præstationer, læreren har fundet en elev gøre under en eksamen. Skriftligheden gør det dermed muligt at fastholde varig viden om den enkelte, og den gør det muligt at sammenligne og gruppere samfundsmedlemmerne efter særegenheder og at udregne gennemsnit her ud fra. Dermed kan det skriftlige materiale bruges som grundlag for at beskrive, hvad der er mest almindeligt forekommende, og herudfra fastsætte normer¹⁷. Foucault kalder det, et sådan net af skrifter og dokumenter indeholder, for magtviden¹⁸, fordi det indebærer, at man til enhver tid kan få informationer om det enkelte samfundsmedlems nytteværdi ved at konsultere skrifterne. Dermed indgår disse i disciplinerings maskineri som det, Foucault kalder skriftmagt. (Heede 1992:114-117).

Indenfor lægevidenskaben vandt eksaminering indpas som teknik, da lægerne i slutningen af det 18. århundrede begyndte at aflægge "visitter" (Foucault 1995:167) på sygehusene for at tilse deres patienter. Disse visitter kan opfattes som forløbere for vor tids stuegang. Lægerne var dengang ikke ansat af sygehusene. Disse var institutioner,

¹⁷ Dermed har skriftligheden dannet basis for udviklingen af videnskab om mennesket og menneskelivet, men også for fastsættelsen af normalitet og afvigelse derfra. (Heede 1992:114-117)

¹⁸ Foucault peger på, hvordan den moderne disciplinære magt fungerer i tæt samspil med vidensproduktionen om mennesket, idet eksamineringen danner basis for vidensproduktionen. Denne virker igen tilbage på disciplineringen, fordi eksamineringers effektivitet er nøje forbundet med viden om mennesket. Magt er derfor tæt forbundet med viden. (Heede 1992:44)

hvor syge kunne få pleje, men med deres visitter blev lægerne en mere og mere dominerende faggruppe. Deres tilstedeværelse og dominans blev legitimeret gennem undersøgelsen af patienterne, og da de syge skulle observeres regelmæssigt, underkastede lægerne dem eksamination næsten ustandseligt. (ibid:167-168). Dermed trådte plejen og plejepersonalet i baggrunden til fordel for eksaminationen og lægerne. Foucault mener, at der på den måde opstod en ny faggruppe, nemlig sygeplejerskerne, der primært havde til opgave at assistere lægen ved undersøgelsen af patienterne.

MAGTEN OG DENS KONSEKVENSER

I vort moderne vestlige kapitalistiske samfund befinder vi os ikke kun i frihed i et demokrati, men også i demokratiets "bagside" (Heede 1992:118), overvågningssamfundet, hvor vi, som om vi var genstande, udsættes og udsætter os for eksaminering og måles, bedømmes, sammenlignes, beskrives og registreres, bl.a. i journaler. Vi differentieres i kategorier i forhold til vores nytteværdi, og denne søges optimeret ved, at vi idømmes normaliserende behandling, "om-dressering" (Foucault 1995:172). Lykkes normaliseringen ikke, kan vi idømmes udelukkelse eller stemping. (Foucault 1995:169-173). Vi er således underlagt magtudøvelse fra samfundets side, idet disse mekanismer varetages af samfundsinstitutioner. Derfor er magt et samfundsmæssigt grundvilkår, vi som samfundsmedlemmer ikke kan befri os fra. Vi har dog mulighed for at få indflydelse og yde modstand, for magt kan kun udspille sig, hvor der samtidig er mulighed for "modmagt" (ibid), og som principielt frie individer har vi adskillige måder, hvorpå vi kan reagere og handle (Heede 1992:37-38). Foucault taler således ikke om magt i de situationer, hvor én part har fuldstændig overtag over den anden, sådan som det f.eks. er tilfældet ved tortur eller slaveri, og han forstår heller ikke magt i betydningen konfrontation mellem modstandere. Han forstår snarere magt som "government" (Heede 1992:43), det at styre andre menneskers "mulighedsfelter." (ibid)¹⁹. Magt er altså ikke kun begrænsning, under-trykkelse og forbud, men en

¹⁹ Foucault ændrer opfattelse af magt gennem sit tredive år lange forfatterskab. Fra i 60'erne at se magt negativt, opfatter han den fra midten af 70'erne, hvor "Surveiller et punir"

instans, der går hånd i hånd med frihed og er positiv i den forstand, at den kan skabe og udvikle. (Heede 1992:41).

Modmagt kan imidlertid kun finde sted, hvis man kan lokalisere magtudøveren og få øje på magtens manøvrer (Foucault 1995:XVIII). Men i modsætning til den gammeltdags fyrstemagt, der virkede gennem sin synlighed med tydelige manifestationer og ødsel udfoldelse af pomp og pragt, gør den moderne magt de underkastede synlige, mens den selv er uigennemsigtig, diskret og anonym, og dermed er den mere lumsk og sværere at få øje på og øve modstand mod. Den fremkalder da heller ikke meget modstand, men gennemsætter sig rationelt og effektivt under samfundsmedlemmernes egen medvirken. (Foucault 1995:167-169; Heede 1992:109). Foucault påpeger, at videnskaben kan bidrage til lokalisering af magtudøveren og til at få øje på magtens manøvrer. Dermed kan videnskab indgå som et redskab blandt andre i kampen for frihed, bl.a. ved at den kan muliggøre opgør med en række af de forestillinger og begreber, der "usynligt, men uhyre effektivt fastholder os - og får os til at fastholde os selv - i undertrykkende positioner." (Utaker 1985:81, citeret i Heede 1992:26). Dermed påpeges det, at kampen for frihed ikke alene skal tage form af modstand mod udefrakommende uretfærdigheder, men også være en kamp mod os selv, fordi "'Ondets rod" ... i sidste instans [ligger] i os selv" (Heede 1992:26).

Datamaterialet i lyset af Foucault's teori

I Foucault'sk perspektiv kan sundhedsplejerskens funktion som grænsevagt og vurderingsmand ses som udtryk for, at de som en panoptisk instans overvåger forældre og børn med et hierarkisk blik. Når en sundhedsplejerske f.eks. vil følge børn, hvis udvikling hun er i tvivl om, ved at kigge ind i legestuen, mens børnene leger, kan det således forstås som overvågning - en overvågning, der meget tydeligt viser sig som

udkommer, som en positiv instans.

Foucault peger på, at mens magten før 1700-tallet primært lå i fyrstens ret til at råde over undersåtternes **død** - det var hans ret at henrette undersåtter, han fandt ulydige - fokuserer den i det moderne samfund snarere på **liv** - på maksimering af lykke og nytte, produktivitet og værdier, og også herigennem virker magt positivt. (Heede 1992:41)

panoptisme, når hun vil tage video til hjælp for at kunne holde øje med, om børnene udvikler sig normalt.

Sundhedsplejerskers fokus på, om børn skulle frembyde tegn på trivsels- eller udviklingsproblemer, og deres systematiske iagttagelser og undersøgelser af børn og forældre (ud fra skemaer og modeller) kan ses som eksaminationsteknikker, hvormed de undersøger, om der er særegenheder, hvorved børn/forældre afviger fra det normale. Gennem disse teknikker opsporer sundhedsplejersker dem, der gør det, og derigennem udfører de deres funktion som dommere. Ifølge teorien vil vi i vort samfund have selv de mindste fejl og uregelmæssigheder udbedret hos samfundsmedlemmerne for derved at optimere deres nyttighed. Derfor iværksættes der normaliserende sanktioner. Dette kan forklare, hvorfor fejl og uregelmæssigheder hos børn og børnefamilier skal opspores/findes "tidligt", idet der med tidligt forstås: så snart selv den mindste lille afvigelse fra det normale kan registreres af sundhedsplejersken. Det kan også forklare hvorfor der hurtigst muligt skal sættes ind over for sådanne fejl og uregelmæssigheder for at udbedre dem. Tankegangen er tilsyneladende, at man ved en sådan tidlig indsats kan foretage udbedring billigt, d.v.s. uden at belaste samfundets ressourcer for meget. Forestillingen synes at være, at små fejl vokser sig store, og at der kun skal bruges få ressourcer til at udbedre små (læs: nyopdukkede) fejl, mens det vil blive dyrere for samfundet at udbedre dem ved en senere indsats. Derfor må der hurtigst muligt sættes ind over for de børn/familier, hos hvem sundhedsplejersken konstaterer uregelmæssigheder eller fejl, og det indebærer, at de nøje og regelmæssigt skal overvåges og eksamineres for, om de skulle have pådraget sig sådanne. Sundhedspleje viser sig her tydeligt som varetægelse af samfundets (økonomiske) interesser.

At indsatsen skal være tidlig kan også ses som udtryk for, at ingen tid må gå til spilde. Den skal, som det fremgår af teorien, udnyttes maksimalt, hvorfor den opdeles i mindre enheder, hvori disciplinering kan foregå. Dette kan også forstås som forklaring på, hvorfor sundhedsplejerskens kontakter med skolebørn tilsyneladende helst skal være regelmæssige, og at børnefamilier skal besøges i deres hjem jævnligt. Det forklarer, hvorfor sundhedsplejersker beklager, at de ikke kan komme på hjemmebesøg

imellem børns 8-måneders alder og skolealderen, for derved bliver der jo et slip på 5-6 år, hvor de ikke kan overvåge børn/familier og gribe ind. Et sådant tidsmæssigt slip medfører brud i disciplineringsregelmæssighed og kontinuitet - og fordi tiden således ikke udnyttes effektivt, kan disciplineringen ("indsatsen") heller ikke udøves effektivt. Andre udtryk for tidens betydning afspejles muligvis i, at sundhedsplejersker forventer, at børn kan noget bestemt i bestemte aldre, og at de mener, der er et "rette tidspunkt" i barnets/den unges liv, hvor fejl skal findes og indsats ske. At sundhedsplejersken skal tilse børn jævnlige og kontinuerligt, kan også afspejle en tankegang lignende den, der lå bag, at læger i sin tid skulle tilse deres patienter hyppigt for at eksaminere dem.

Måske kan sundhedsplejerskers hjemmebesøg ses som en parallel til lægernes visitter på sygehusene - som en slags stuegang i hjemmene. Det fremgår af data-materialet, at sundhedsplejersker har flere rum at arbejde i, bl.a. børnefamiliers hjem, skoler og daginstitutioner/legestuer. Dette kan forstås som udtryk for, hvordan effektiv udøvelse af disciplinering baserer sig på rumlig opdeling. Når det hævdes, at sundhedspleje udøves bedst og mest personligt i børns hjem, kan det måske forstås som udtryk for det, teorien siger om, at den enkeltes inderste og mest private skal blotlægges og ransages, idet vi almindeligvis anser den enkelte borgers hjem som hans helt private område, hvortil andre kun har adgang, hvis de bydes indenfor. Det hedder, at sundhedsplejersken kommer som et tilbud, men i og med forældre tager imod dette ved at lukke hende ind i deres hjem²⁰, giver de hende selv grønt lys til at træde ind i og få mulighed for at blotlægge deres helt private domæne. Sundhedsplejerskens hjemmebesøg kan dermed ses som udtryk for, hvordan samfundet lader det hierarkiske blik overvåge helt ind i børns/børnefamiliers inderste, ved at sundhedsplejersker, som én af samfundets "videbegærlige befamlere", kommer og ransager og blotlægger dem i deres hjem og

²⁰ Mange forældre lukker sundhedsplejersken ind i deres hjem uden at stille spørgsmålstejn derved. De opfatter det som en selvfølge, at der skal komme en sundhedsplejerske hjem til dem - det er bare noget, der hører med til at have fået barn - og derfor tager de ikke stilling til, om hun skal ind i deres hjem. (Birk Mortensen og Birk Mortensen 1991)

bl.a. overvåger, om forholdene her er normale - bl.a. om forældrene har tilstrækkelig god og aktiv omsorgsevne. I lyset heraf kan det undre, at de kan nøjes med at møde børn i skolealderen uden for disses hjem, når det tilsyneladende er vigtigt at komme i hjemmene hos børn under skolealderen.

Sundhedspleje indebærer som nævnt en dommerfunktion, at bedømme, om børn og forældre er normale, eller om de viser tegn på afvigelser, problemer, fejl.... Gør de det, udskilles de og henføres til kategorien "behovs-", idet der hermed menes, at de skal have tildelt flere ydelser fra samfundets side end dem, der anses for normale og derfor havende "almene behov". I Foucault'sk perspektiv svarer dette til de mange dommeres udgrænsning af urene individer, som skal underkastes straf (behandling), og som de rene kan holde sig fri af for at undgå besmittelse, men også bekræfte deres egen normalitet i forhold til. Det kan derfor ses som udøvelse af vidensmagt, når sundhedsplejersken afgør, om et barn eller nogle forældre har behov for øget indsats, og gennem denne udøvelse af vidensmagt er sundhedsplejersken med til at opretholde social orden.

Det er sundhedsplejersken, der er autoriteten, i og med hun som ekspert, bl.a. i kraft af sin uddannelse, er indehaver af magtviden, den "rette" viden, som børn/forældre ikke antages at være i besiddelse af. Og de behov for indsats, børn/familier, ifl. hendes afgørelse har, er ikke nødvendigvis i overensstemmelse med, hvilke behov de selv oplever, de har. "Særlige behov" er noget, sundhedsplejersken tilskriver de udskilte børn/familier ud fra samfundets behov for at korrigere de afvigende samfundsmedlemmer for at optimere deres nyttighed. Ordet "behov" har et skin af humanitet over sig, og dette tilslører, at der ikke nødvendigvis er tale om noget, den enkelte borger selv føler, men om noget sundhedsplejersken som repræsentant for samfundet tilskriver og påtrykker ham. Når de udskilte skal underkastes normaliserende bestræbelser som f.eks. behandling, er det fordi, de skal korrigeres (om-dresseres) og blive normale, så de kan blive så effektive/ nyttige og så lidt belastende for samfundet som muligt. Dette kan forklare, hvordan det kan være, sundhedsplejersker skal gribe ind ved at udskille afvigende børn/familier, så de bliver målgruppe for øget indsats. Denne indsats kan ses som en normaliserende sanktion, der har til formål at korrigere

deres afvigelser og forandre dem til normale, nyttige eller ikke-belastende børn/familier. Måske kan man forstå udtrykket 'belastede familier' som en betegnelse for familier, der anses for belastende for samfundet? ²¹

Den øgede indsats kan bestå i, at barnet/familien får mere/flere ydelser af sundhedsplejersken, end børn/familier almindeligvis får. At hun underkaster dem intensiveret overvågning, flere eksaminationer og mere socialisering/dressur - altså "mere af det samme". Men der kan også være tale om, at hun henviser børn/forældre til andre faggrupper, f.eks. til læge. Ifølge Foucault blev sygeplejersker i sin tid opfundet, fordi lægen havde brug for én til at assistere sig ved undersøgelserne af de syge - ved hans eksaminering af hver enkelt. Det er måske muligt at se den funktion, en sundhedsplejerske har, som en lægeassisterende funktion, idet hun kan siges at assistere lægen ved at udføre en form for forundersøgelse af hvert enkelt barn/familie og ved at visitere dem til ham, der efter hendes vurdering skal ydes øget indsats overfor i form af lægehjælp. Dette kan f.eks. ses, når en sundhedsplejerske tilbyder forældre yderligere pædiatrisk undersøgelse af deres barn, hvis det ikke lever op til det normale ved hendes undersøgelse af det. Og eftersom lægen ikke behøver at overvåge og eksaminere alle dem, sundhedsplejersken frikender, letter hun ham i hans overvågning af befolkningen gennem sin forundersøgende virksomhed. På samme måde kan man sige, sundhedsplejersker udfører forundersøgelser og visitation i forhold til de øvrige faggrupper, hun henviser til – ”får til at tage over”.

Teorien siger, at samfundsmedlemmerne selv frivilligt underkaster sig overvågning, eksaminering m.m. med henblik på at kunne blive klassificerede som normale og dermed straffrie. Ingen ønsker at blive kategoriseret som afvigere/ unormale og blive straffet. Parallelt hermed kan man tale om, at forældre selv frivilligt underkaster sig samfundets normaliseringsbestrebelsler, for i og med de sikkert selv lader sundhedsplejersken komme indenfor i deres hjem, stiller de sig frivilligt til rådighed for hendes teknikker. De lader sig underkaste hendes socialisering/dressur, hendes

22 Axelsen et.al. stiller dette spørgsmål i artiklen ”Er de belastede familier en belastning for sundhedsplejersker?” (1992)

overvågning og bedømmelse af dem selv, deres familie og børn og også hendes evt. idømmelse af normaliserende sanktioner overfor dem. Og den godkendelse af dem, der ligger i sundhedsplejerskens klassificering af dem som havende "almene behov" kan være en eftertragtet bekræftelse af deres normalitet. Ligesom det gælder for brugen af ordet "behov", signaleres der humanitet med flere af de ord/udtryk, sundhedsplejerskerne bruger i deres tekster - f.eks. "besøg", "hjælpeforanstaltninger", at "varme", at "sikre" og at "behandle" - og ifølge Foucault tilslører brugen af sådanne ord/udtryk samfundets/institutionernes magt og indgriben. Det samme gør sig gældende for ordet "tilbud", for når dette ord bruges, er der tilsyneladende tale om frivillighed fra modtagerens side, eftersom et tilbud er noget, man kan afslå at tage imod. Dermed tilsløres det, at der ikke i alle tilfælde er tale om, at børn/forældre kan afslå tilbuddet om samfundets indgriben. F.eks. kan forældre "sættes af banen" ved, at samfundet overtager ansvaret for barnets opdragelse og omsorg, hvis samfundets dommere (bl.a. sundhedsplejersker) vurderer dem til ikke at have tilstrækkelig god eller aktiv forældre-evne. Gennem bl.a. en sådan forkastelse af forældre, hvor de forsynes med en form for etiket som "dårlige forældre", håndhæver samfundet sin magtposition. Ifølge teorien sker dette, hvis samfundets normaliseringsbestrebelselser ikke lykkes, idet de uforbederlige individer da marginaliseres og stemples som afvigende. Når sundhedsplejersker omtaler børn og forældre som "behovsbørn/behovsfamilier", "problembørn/-familier", "risikobørn", "gråzonebørn", etiketterer de dem i forhold til graden af deres afvigelse eller uforbederlighed. De tildeler og påtrykker dem dermed negativ identitet - og omvendt tildeler de positiv identitet til normale børn/familier, når de giver dem prædikatet "almene behov". Herved muliggør sundhedsplejersker, at normale/fejlfrie afgrænses og kan afgrænse sig fra unormale/afvigende, og de bidrager også til, at frikendte børn/forældre kan opfatte sig som normale og dermed bekræfte deres normalitet. Men de bidrager som vist også til stigmatisering og dermed til at skabe marginaliserede samfundsmedlemmer.

Når sundhedsplejersker anbefaler hinanden at bruge forskellige former for undersøgelsesmateriale (modeller, skemaer, skalaer) i deres

undersøgelser/eksaminering af børn og forældre, kan det ses som udtryk for, at de benytter skriftmagt. Deres efterspørgsel på skemaer eller modeller begrundes de med, at et sådan materiale skulle gøre det muligt for dem at skelne mindre usikkert og tilfældigt, når de skal kategorisere børn/forældre i forhold til, om de har almene behov eller er behovsbørn/familier - og i givet fald, i hvilken sværhedsgrad. Sundhedsplejersker oplever altså, hvad man kunne kalde grænseusikkerhed - noget der også kommer til udtryk, når de omtaler nogle børn/forældre som "gråzone-", idet udtrykket gråzone i dagligsproget bruges om noget, der er tvetydigt og uklart defineret. Denne usikkerhed mener de så, kan minimeres ved, at de henholder sig til skemaer m.m., og lader disse udgøre målestok eller facitliste for det normale, når de eksaminerer og bedømmer den enkelte. Et sådant undersøgelsesmateriale, der er udarbejdet på baggrund af beskrivelser og gennemsnitsberegninger, udviklet af videnskaben - og som derfor har status af magtviden - anser de altså for at kunne fastsætte, hvor grænsen skal gå mellem "det normale" og "det afvigende", fordi det vil fremgå, hvad børn skal nå at mestre og hvilke færdigheder, de bør have tilegnet sig. Og dermed gøre det muligt for sundhedsplejersken at udskille de afvigende fra de normale.

Udtrykkene "skal nå at mestre" og "bør have tilegnet sig" er normative, og når sundhedsplejersker anvender sådanne udtryk, tyder det på, at de anvender skemaernes og undersøgelsesmaterialets normalområder som målformuleringer. Ifl. teorien skal disciplinering ikke kun normalisere afvigere, men også "støbe" og socialisere samfundsmedlemmerne. Hver enkelt skal dresseres, så han bliver så normal, arbejdsduelig og nyttig - og dermed så lidt belastende for samfundet - som muligt. Sundhedsplejerskens funktion som styrmand, guide eller læremester, der indebærer at lede på vej gennem "fremadrettede ydelser", "påvirkning", "vejledning" og "rådgivning", kan ses som socialiseringsteknikker, hvormed sundhedsplejersker støber normale børn og forældre. De har, underforstået, viden om "det normale liv med børn" og indpoder på den baggrund forældre "den rette viden" om børn og forældreskab, "den rette måde" at være forældre på, "den rette måde" at opdrage, pleje og omgås børn på. De søger tillige herigennem at undgå, at børn/familier kommer i "risikosituationer" og at blive

"problemfamilier", d.v.s. at falde udenfor det, der er defineret som normalitetsområde. I deres udøvelse af socialiseringsteknikkerne benytter de sig af vidensmagt, fordi de, i kraft af deres uddannelse, er i besiddelse af (ekspert)magtviden(skab) om det normale m.h.t. børn og forældreskab. De benytter også denne magtviden, når de som eksperter overvåger normalitetsområdets grænser og påser, om børn/forældre holder sig derindenfor, og de benytter den, når de pågriber børn/familier, så snart disse er ved at overtræde grænsen og dermed i fare for at falde udenfor normalitetsområdet.

Sammenfatning

Ovenstående tolkning af datamaterialet i lyset af Foucaults teori, kan sammenfattes til, at:

Sundhedsplejersker **eksaminerer** og **udgrænser** de børn og børnefamilier, overfor hvem der, fordi de afviger fra det, der af videnskaben er beregnet til og defineret som det normale, skal iværksættes normaliserende sanktioner, så de kan blive om-dresseret og tilrettet og blive normale.

Sundhedsplejersker **griber ind**, i og med de **bedømmer**, hvem der skal **idømmes** normaliserende sanktioner, men også ved, at de **iværksætter** sådanne sanktioner. Bl.a. kan sundhedspleje ses som en lægeassisterende funktion, idet sundhedsplejersker kan siges at udføre en slags forundersøgelse af børn/familier, på baggrund af hvilken de **visiterer** og henviser dem, som de **udskiller** som afvigende fra det normale, til eksempelvis lægen.

Sundhedsplejersker kan bidrage til marginalisering og stigmatisering gennem deres **sortering** af børn og børnefamilier i kategorier som "almene behov" og "særlige behov" - betegnelser, der fungerer som en form for **etiketter**. Dermed er sundhedsplejersker med til at **tildele** og **påtrykke** den enkelte **identitet** som henholdsvis normal og afvigende.

Sundhedsplejersker tilstræber at udøve deres virksomhed regelmæssigt/jævnligt og kontinuerligt og dermed at **udnytte tiden** effektivt. De har flere **afgrænsede 'rum'** at ud-øve deres virksomhed i, og børnefamiliers hjem er blot ét af disse. Det synes dog

at være centralt at komme på hjemmebesøg hos børnefamilierne, for, idet sundhedsplejersker hermed går en form for stuegang i børns hjem, får de mulighed for at **føre tilsyn med** og **ransage** og **blotlægge** børn/familiers inderste og mest private. Forældre **underkaster sig** tilsyneladende selv frivilligt sundhedsplejerskers tilsyn, ransagning, indgriben osv. - og de udfører måske også selvovervågning i den hensigt at kunne godkendes af sundhedsplejersken i forhold til hendes normer for normalitet.

Gennem deres uddannelse er sundhedsplejersker blevet "indstillet på forebyggelse" og blevet **særligt indviede** i viden(skab) om børn og forældreskab. Derfor antages de at være eksperter i "det normale" (og derfor "rigtige") vedrørende børn og forældreskab. Det normalitetsbegreb, de går ud fra, ser ud til at være udledt af videnskabeligt beregnede gennemsnit. D.v.s. at normen for det normale - og derfor rigtige - er udledt af, hvad der er mest almindeligt forekommende. Som eksperter benytter sundhedsplejersker således **magtviden** og **skriftmagt**, når de bedømmer, om børn og børnefamilier afviger fra det normale, og når de gennem vejledning og påvirkning søger at **guide/styre** børn og forældre på vej til at opnå og bevare denne normalitet.

KONKLUSION

Sundhedspleje består altså både i at socialisere/dressere og at overvåge børn og børnefamilier og i at gribe ind, hvis disse viser tegn på afvigelser fra det normale, og det består i at sætte normaliserende sanktioner i værk, så de afvigende børn/forældre kan blive reparerede og omdresserede og igen blive normale. Sundhedspleje kan dermed ses som **normalitets-guidning** (styring/dirigering) og **normalitets-kontrol**. Sundhedsplejersker kan derfor betragtes som én af det moderne samfunds "præsteskab", der som én af "magtens agenter" har til opgave at disciplinere børn og børnefamilier, så de kan være/blive så normale og dermed så lidt belastende og så effektive og nyttige for samfundet som muligt. Vi befinder os således i demokratiets bagside, hvor hvert enkelt barn/familie overvåges som om de var genstande, og bedømmes, sammenlignes, beskrives, registreres og kategoriseres efter deres nytteværdi eller

deres belastning for samfundet. Det enkelte barns/families samfundsbelastning søges minimeret og dets nytteværdi optimeret gennem normaliserende sanktioner, og lykkes dette ikke, kan barnet/familien idømmes udelukkelse og stempling. Herved er der risiko for, at børn og forældre gøres afhængige og lydige - altså det modsatte af frie og autonome, og sundhedsplejersker bidrager hertil. Sundhedspleje kan altså ses som en fagudøvelse, der på samfundets vegne er med til, gennem disciplinering af børn og børnefamilier, at forme de typer af individer, samfundet har brug for - snarere end den er omsorg, hjælp og støtte til hvert enkelt barn/familie og varetagelse af familiernes interesser.

Set i lyset af Foucaults teori indebærer sundhedsplejerskers implicite selvopfattelse altså **udøvelse af magt**, og dette er i modstrid med sundhedsplejerskers eksplicite selvopfattelse.

KAPITEL 5: DISKUSSION

OM AT HAVE OG AT UDØVE MAGT

Begrebet magt har i det daglige ofte en negativ værdiladning, og ord som magtmenneske, magtsyge og magtkamp fremkalder negative associationer, siger den norske sociolog og lektor ved Tromsø Helsefaghøgskole Greta Marie Skau (1992:38). Brug af magt er imidlertid hverken negativt eller positivt i sig selv, men p.g.a. magtbegrebets negative klang og den moderne velfærdsstats "hjælperideologi" (ibid:13), bliver magtaspektet ofte underkommunikeret og tilsløret. F.eks. er mange sygeplejersker så bange for magten, at de afviser den, selv når de har den (ibid:21). De undgår at definere sig selv som personer med magt og foretrækker at opfatte sig som hjælpere (ibid:13)²². Det fremgår bl.a., når en norsk sygeplejestuderende udtaler, at "Som sygepleiere er vi vant til å tenke på oss sjøl som hjelpende personer. Det er lik som greit, ikke problematisk. Men det at vi har makt over pasientene, det snakker vi lite

²² Også den danske teolog og filosof K.E.Løgstrup skriver, hvordan sagkyndige næppe tænker om deres egen fagudøvelse som magtudøvelse. (Løgstrup 1993)

om. Men det er jo sant likevel, vi har magt. Alltid. Uansett." (Skau 1992:13).

Skau mener, at det nok er særligt fristende at afvise, at man har magt indenfor det professionelle hjælpeapparat, der hvor det kun er lidt synligt, sådan som det f.eks. er tilfældet indenfor forebyggende og opsøgende virksomhed (ibid). Idet sundhedspleje er defineret som forebyggende virksomhed, kan det således tænkes at være fristende for sundhedsplejersker at frasige sig, at de besidder magt. Når de fremstiller sundhedspleje som et servicetilbud til børn og børnefamilier om omsorg og støtte af ressourcer med understregning af, at de ikke er kontrollanter og fejlfindere, kan det opfattes som underkommunikation af magtaspektet, og som udtryk for at de helst vil opfattes som hjælpere. Det ser således ud til, at sundhedsplejersker betragter det at besidde og udøve magt som noget negativt og illegitimt, som de må tage afstand fra. Men da deres implicite opfattelse af sundhedspleje kan konstateres at være i overensstemmelse med den opgave, de er ansat af samfundet til at varetage, kan deres magtudøvelse faktisk med rette anses for positiv og legitim set fra samfundets perspektiv.

Det er en farlig strategi at benægte og underkommunikere magtaspektet, siger Skau, for magten er alligevel altid til stede, alene i og med at alle det offentliges tilbud til borgerne om hjælp hænger sammen med og indebærer tilsyn med disse²³. Som alle faggrupper, der arbejder med andre mennesker, bevæger sygeplejersker sig på et kontinuum mellem hjælp og magt i udøvelsen af deres fag, og er de ikke bevidste herom, vil deres magtudøvelse være umulig at kontrollere og evt. ændre. Skau fremhæver, at det er nødvendigt at "demaskere" (ibid:38) de professionelle hjælpers magt ved at få dem til at reflektere over og bearbejde deres egne og andres erfaringer og evt. korrigere deres fremtidige handlinger. Skau er her i overensstemmelse med Foucault, der netop påpeger nødvendigheden af at identificere og bevidstgøre magtens centrum og virkemåde, fordi det er ved, at magten og dens mekanismer kommer frem i lyset, at magtudøvelse kan have positive implikationer og være kilde til dynamik og udvikling.

²³ Flere har beskæftiget sig med dette forhold mellem hjælp og magt i det offentliges tilbud til borgerne, bl.a. Schmidt og Kristensen 1986; Lihme 1988; Egelund 1997; Eskelinen og Koch 1997; Faureholm 1999.

(Foucault 1995). Mange institutioner har imidlertid en indbygget resistens imod selvkritiske refleksioner, og derfor er det en udfordring for den enkelte professionsudøver at undgå at falde for fristelsen til at slippe for den krævende, men nødvendige refleksion over egen praksis (Skau 1992:23).

Indenfor sygeplejen generelt har man gennem længere tid beskæftiget sig med magt og magtens implikationer og konsekvenser. Således har to nulevende sygeplejeteoretikere, der i mange år har været fremtrædende i dansk sygepleje, begge beskæftiget sig med magt i sygeplejen. Det drejer sig om den norske sygeplejerske og filosof Kari Martinsen og den danske sygeplejerske og filosof Merry Scheel. Med afsæt i K.E.Løgstrups etik og filosofi, ser de mennesket som sammenflettet med andre mennesker i indbyrdes afhængighed, i og med det er født ind i menneskeligt fællesskab. I en sådan indbyrdes afhængighed vil det ene menneske – alene i kraft af sin livsudfoldelse - udøve magt over andre, og derfor kan livsudfoldelse ikke adskilles fra magtudøvelse. Magt er uundgåelig: vort liv med hinanden består i, at hver enkelt af os er udleveret den anden, og ethvert menneske er således både udøver af magt og genstand for magtudøvelse. (Løgstrup 1991). Magt over andre er altså et allestedsnærværende fænomen, som det er "ugørligt at slippe for at have" (ibid:65).

Magt i sig selv står således udenfor diskussion - den er et menneskeligt grundvilkår. Derimod er måden, hvorpå vi udøver magt i vores omgang med hverandre, vigtig at beskæftige sig med, for magten kan både udøves sådan, at den undertrykker det andet menneske og derved hæmmer hans livsglæde og livsudfoldelse og ødelægger hans livsmuligheder, og den kan udøves, så den tager vare på og beforder disse. (ibid:27-30). I relation hertil påpeger Løgstrup, at der er en uudtalt, etisk fordring om at tage vare på det andet menneskes liv, og man må derfor lade magten tjene den anden. (ibid:27-68). Derfor skal magt "tæmmes" (Scheel 1994:176), så den udøves på en måde, så den gavner det andet menneske.

Magt kan antage mange former og kan udøves både direkte og indirekte. Der er den form for magt, der udøves mellem personer, når et menneske får et andet til at gøre noget, det ellers ikke ville have gjort, og den form, hvor han undlader at foretage sig

noget i forhold til det andet menneske. Men der er også den form for magt, der udøves indirekte gennem social kontrol, overlevering af livsformer og normer gennem bl.a. undervisning og opdragelse, politiske strategier og professionelle autoriteters viden og handlinger, samt den direkte politiske, statslige magt, som udøves gennem formuleringen af love og håndhævelsen heraf. I frihed og demokrati er alle borgere med til at udøve magt via de statslige opgaver, og det er farligt for demokratiet, hvis borgerne ikke kan eller vil være med til at påvirke og bestemme den magt, som tildeles statslige organer.(Løgstrup 1991). Gennem offentlig diskussion og fri opinionsdannelse har alle mulighed for at få indflydelse på, hvordan de statslige organer bruger deres magt. Disse skal sørge for, at forholdene og betingelserne i omgivelserne og samfundet lægges sådan til rette, at menneskers muligheder for at udfolde deres liv, fremmes og støttes. Styrer og dirigerer de mere end nødvendigt, vil menneskers initiativ og foretagsomhed hæmmes. Derfor er det afgørende, at staten tjener borgerne gennem debatterende og bevidstgørende vejledning og ikke ved at underkaste dem pression²⁴.(Løgstrup 1993)

Som statslige repræsentanter har sygeplejersker fået delegeret en særlig magt gennem den opgave, det offentlige har ansat dem til at varetage (Scheel 1994), og en opgave-bundet magt er ikke negativ (ibid:176-177). Risikoen for, at sygeplejersker udøver magt i negativ og undertrykkende form er imidlertid stor, fordi de borgere, de skal varetage deres opgave overfor, oftest befinder sig i en svagere position end vanligt p.g.a. sygdom, krise, tab eller andre belastninger. (ibid:119-120). Det er derfor afgørende, at sygeplejersker er sig deres magtposition og det ansvar, de har, meget bevidst og forvalter deres magt i overensstemmelse med den etiske fordring, De må tage vare på og lade magten tjene den anden. Det betyder ikke, at sygeplejersker skal undlade at handle i forhold til den anden, og ej heller at de skal overtage hans ansvar eller tage hans selvstændighed fra ham, men at de skal skærpe deres opmærksomhed på

²⁴ Pression kan også udøves indirekte, f.eks. gennem list og lokken. Og denne form for pression er alvorligere end direkte magtudøvelse, skriver Løgstrup, for aldrig er man under større og mere fuldkommen indflydelse udefra, end når man ikke er sig det bevidst, fordi man derved er sat ud af spillet. Der er i sådanne tilfælde ikke tale om demokrati, men om camoufleret diktatur. (Løgstrup 1993)

den moralske side af deres fagudøvelse og på baggrund af deres faglige viden og indsigt udøve deres magt til bedste for den anden og i overensstemmelse med den opgave, de er stillet overfor. (ibid:176-180). Martinsen påpeger, at det vil være negativ og uetisk udøvelse af magt, hvis sygeplejersken formynderisk tager over for den anden, men det vil også være det, hvis hun undlader at gribe ind. En etisk forsvarlig forvaltning af den magt, hun som professionel har i sine hænder, vil være at balancere mellem disse to udartninger af magtudøvelse, og balancen kan således godt bestå i, at sygeplejersken går imod den andens ønsker, hvis hendes faglige viden fortæller hende, at det er til den andens bedste. Martinsen taler om, at sygeplejersken skal handle med svag paternalisme: at hun, for at handle etisk forsvarligt og til den andens bedste, somme tider må handle mod hans ønske. (Martinsen 1990)

Sundhedspleje og magtudøvelse - konklusion og perspektivering

Eftersom sundhedsplejersker som offentligt ansatte og gennem lovgivning er blevet pålagt en opgave, der indebærer magtudøvelse, er der delegeret legitim magt til dem. Magten er i sig selv indiskutabel og ikke noget negativt, de skal være bange for, benægte eller forsøge at afskaffe. Men det er vigtigt, de tager måden, hvorpå de forvalter deres magt i agt og tæmmer magten, så den står i opgavens tjeneste og udøves i overensstemmelse med den etiske fordring. For åbent at kunne forholde sig til magtens udøvelse, er det nødvendigt at blive klar over magten, dens centrum og virkemåde - at erkende og acceptere magten. Hvordan den skal udøves bør besluttes i demokratiske drøftelser, og bl.a. ved at fagpersoner bekender (synliggør) deres magtbeføjelser udadtil, gøres det muligt for såvel borgerne som faggruppen selv at forholde sig til udøvelsen af faget og derigennem vinde frihed ved at være med til at bestemme denne. Hermed gøres det tillige muligt at udøve modmagt. Ved åbent at melde ud, at sundhedspleje indebærer magtudøvelse, kan sundhedsplejersker således bidrage til at "dynamisere" magten, som Foucault formulerer det.

Snarere end at benægte magten må sundhedsplejersker altså erkende og acceptere, at de har magt, og åbent beskæftige sig med, hvordan de forvalter og udøver

den. Hvis det blev klart for enhver, også dem selv, at de udøver magt, bl.a. gennem normalitetskontrol, -guidning og indgriben, ville borgerne kunne lokalisere magten og få øje på dens manøvrer, og dermed få mulighed for at yde modmagt og kæmpe for frihed og demokrati. Det er negativt, hvis magten udøves i det skjulte, for kun hvis det er åbenlyst, er modmagt mulig. Magtudøvelse skal ikke undgås, men forvaltes. Det, at borgerne får øje på sundhedsplejerskers magtudøvelse, er en betingelse for, at de på demokratisk vis kan beslutte magtens omfang og udøvelse - og kan de få øje på de positive implikationer i sundhedsplejerskers magtudøvelse, vil det tillige kunne være med til at sikre faggruppens overlevelse. Derfor er det vigtigt, at sundhedsplejersker bliver bevidste om og vedkender sig deres magtbeføjelser - og står ved dem og lader dem komme frem i lyset over for borgerne. Herved vil sundhedsplejerskerne også selv få mulighed for at forholde sig kritisk reflekterende til deres fags udøvelse, tage stilling og bringe deres udøvelse af sundhedspleje i overensstemmelse med borgernes behov. Hermed vil de selv kunne bidrage til at sikre deres eksistens som faggruppe. Sundhedsplejersker må erkende, at de er en samfundsinstitution, der er tillagt (strukturel) magt, allerede i og med, at ordningen overhovedet eksisterer som etableret institution. Men de må også være bevidste om den personbundne magt, den enkelte udøver i konkrete praksissituationer. Det er her moralen kommer ind. De må ikke formynderisk styre og dirigere børn og børnefamiliers livsudfoldelse, for derved vil de kunne hæmme denne, men de må heller ikke manipulere gennem list og lokken, f.eks. ved at undlade konfrontation, ved at uddele ros o.lign., sådan som Ravn Olesen skriver, sundhedsplejersker gør. (Ravn Olesen 1997). De skal kunne balancere i vippepositionen mellem formynderi og det at undlade handling på baggrund af deres faglige indsigt. Ved at handle med svag paternalisme og gennem debatterende og bevidstgørende dialoger kan sundhedsplejersker støtte de kræfter og det initiativ, der er til stede i de enkelte børn/familier, og derved fremme og befordre den lyst til livsudfoldelse, disse allerede er i besiddelse af. De kan også være med til at fremme og støtte børn og børnefamiliers muligheder for livsudfoldelse gennem politisk virksomhed, idet sundhedsplejersker kan bidrage til at tilvejebringe og bevare støttende og befordrende

betingelser for børn og børnefamilier, bl.a. ved at gøre deres faglige indsigt gældende på politisk plan. Herunder hører at de må være med til at give borgerne mulighed for at påvirke og bestemme sundhedsplejerskers opgave og dermed hvilken magt, der skal delegeres til dem, og hvordan den skal udøves.

Martinsen og Scheel argumenterer ikke som Foucault for modstand mod magten, men jeg mener, at de, ligesom han gør det, også taler for en dynamisering og synliggørelse af magten, idet de mener, sygeplejersker må blive bevidste om deres magt og forvalte den etisk forsvarligt. Som også Skau påpeger, må både den enkelte sundhedsplejerske og faggruppen reflektere over deres daglige praksis. Det er vigtigt at beskæftige sig med, hvordan de udøver magt over andre, og vigtigt at være sig magten bevidst. Sundhedsplejersker må derfor overvinde en evt. indbygget modstand herimod, der kan være i institutionen. De må have det fornødne mod til at betragte og reflektere deres egne handlinger og evt. ændre disse, så idealsundhedspleje og realsundhedspleje bringes i større overensstemmelse med hinanden end det ser ud til at være ifølge min undersøgelse.

Ifølge min gennemgang af litteratur peges der på nødvendigheden af ændringer i sundhedsplejerskers fagudøvelse, og også derfor må sundhedsplejerskefaggruppen tage faglige værdier og praksisformer op til bevidst refleksion og kritisk behandling, ligesom de må diskutere deres faglige selvopfattelse. Der må tilstræbes overensstemmelse mellem den eksplicite opfattelse og implicitte opfattelse, hvis sundhedsplejerskefaget skal fremstå troværdigt og opnå anerkendelse. Sundhedsplejersker må stå ved, at de som repræsentanter for samfundet har fået delegeret en opgave, der indebærer at udøve magt i relation til børn og børnefamilier, men de må arbejde med og diskutere måden, hvorpå de udøver deres magt, så den udøves i overensstemmelse med den etiske fordring og så de får mulighed for at fremstå troværdigt og får mulighed for at gøre sundhedspleje synlig. At være synlig medfører at være i søgelyset, at være under andres beskuelse. Også derfor er det vigtigt, at sundhedsplejersker udøver deres opgave, sådan som den er besluttet i demokrati. Netop ved at vedkende sig magten og bekende den åbent udadtil, vil de tillige kunne

være med til at fremme demokratiet og borgernes frihed og ansvar.

OM AT ARBEJDE MED ET SUNDHEDSFREMMEPERSPEKTIV ELLER ET FOREBYGGELSESPERSPEKTIV

Begreberne sundhedsfremme og forebyggelse anvendes ofte i flæng, som om de var synonyme, men der er tale om to forskellige – men dog indbyrdes sammenhængende - fænomener, idet såvel mål som midler er forskellige. (Jensen og Johnsen 2000). Mens sundhedsfremme har med livet at gøre og retter sig mod trivsel og vitalitet (glæde ved og lyst til at leve) og følelsen af at kunne håndtere livets mange udfordringer og situationer, er forebyggelse overvejende knyttet til, om kroppen er syg eller rask. (Jensen og Johnsen 2000:5-7). Målet med forebyggelse er at holde mennesker raske, at holde deres helbred fejlfrit. Det er en stræben mod at hindre og undgå noget uønsket, og forebyggelse er således drevet af frygt og risikotænkning (ibid:7). Til forskel herfra er målet med sundhedsfremme primært at styrke menneskers livsmod, livsglæde, handleevne og fornemmelse af overskud i hverdagen. Sundhedsfremme er således en stræben mod at opnå noget ønskværdigt og ”drevet af håb og mulighedstænkning” (ibid).

Denne opfattelse af sundhedsfremme bygger på den israelske læge Aaron Antonovskys opfattelse af sundhed som en følelse af sammenhæng (Jensen og Johnsen 2000), idet der med sammenhængsfølelse menes det at have 1) fornemmelse af, at livet og dets udfordringer/problemer er meningsfuldt og værd at investere energi i 2) fornemmelse af, at verden er ordnet og i almindelighed til at begribe og 3) fornemmelse af handlekraft og af, at man råder over sådanne ressourcer, som der er brug for, for at man kan klare de krav, man bliver udsat for gennem livet. Herunder, at man kender andre mennesker, som man kan trække på.

Spændinger, tab, lidelse, kriser, sorg, sygdomme og død vil altid være en del af livet, og det vil aldrig blive muligt ved nok så mange forebyggende tiltag at fjerne alle sygdoms- og problemforvoldere og hindre sygdomme/problemer i at opstå. Indsatsen skal derfor i højere grad være sundhedsfremmende og fokusere på at mobilisere det

positive overskud, der gør mennesker robuste over for livets tilskikkelser, sådan at de kan klare sig igennem disse, uden at det ødelægger deres helbred. For at være effektiv skal sundhedsfremme derfor understøtte menneskers sammenhængsfølelse og få dem til at ”vokse” – i betydningen: det modsatte af at ”krympe” (ibid).

For at gøre dette, skal den professionelle, der arbejder med et sundhedsfremmeperspektiv, anvende samværs- og samtaleformer, hvor dynamisk tænkning og dialog er centralt. Hun skal som reflekterende praktiker spørge ind til den andens identitet for at frembringe forståelse og få et billede frem af, hvem den anden er eller ønsker at være, og af hvad der betyder noget for ham i livet. Igennem en sådan hermeneutisk proces vil begge parter kunne gøre sig erfaringer og få øget indsigt og forståelse af sig selv og den fælles sag, fremme af sammenhængsfølelse. En sådan samtale vil i sig selv kunne understøtte følelsen af at vokse (ibid:11).

I et forebyggelsesperspektiv er det den professionelle, der er eksperten og ham, der ved, hvad der er bedst for den anden og derfor kan fastsætte regler for, hvordan folk bør leve. Ekspertes oplyser borgerne herom – de afleverer sundhedsbudskaber til borgerne - bl.a. gennem vejledning, rådgivning, belæring, undervisning og kampagner. Dermed kan forebyggende arbejde have et autoritært islæt²⁵, der let kan avle modstand hos borgeren eller få ham til at krympe. Tankegangen er, at oplysthed og mere viden fører til ændrede holdninger, som igen fører til andre handlinger, men denne handlingsmodel holder ikke, påpeger Jensen og Johnsen. (ibid:11). Derimod vil borgeren måske, hvis han har en stærk sammenhængsfølelse, selv vælge - og også være i stand til at følge - ”de velmente råd, eksperterne giver ham i forebyggende øjemed” (ibid:8). Derfor er sammenhængsfølelse en vigtig forudsætning for at foretage valg og handle med hensyn til eget liv og egen livsførelse og dermed have den robusthed, der skal til for at bevare et godt helbred på trods af hændelser, problemer og krav, man udsættes for gennem livet. Og selv om raskhed og sundhed ikke er det samme, så er de to fænomener dog indbyrdes forbundne – noget der f.eks. viser sig ved, at folk, der har en stærk følelse af sammenhæng (meningsfuldhed, håndterbarhed og

begribelighed), er robuste og bevarer et godt helbred på trods af påvirkninger og levevilkår, som andre ville være blevet syge af. (ibid)

Sundhedspleje – sundhedsfremme og/eller forebyggelse? Konklusion og perspektivering

Når sundhedsplejersker hævder og fremhæver, at sundhedspleje er at støtte folks ressourcer, kan det forstås som en hævde af, at sundhedspleje er vækstfremmende – sundhedsfremmende. Det er imidlertid ikke den opfattelse, at sundhedsplejersken som reflekterende praktiker søger at indgå som samtalepartner i vækstfremmende dialoger, der kommer til udtryk i min empiri. Her har jeg fundet, sundhedsplejersker opfatter sundhedspleje som at holde øje med, at bedømme og klassificere, at gribe ind og at styre og guide i forhold til børn/unges og børnefamiliers normalitet. Fokus er på helbred og raskhed/problemfrihed (normalitet), og det er sundhedsplejersken som ekspert, der overvåger og bedømmer denne og vejleder, rådgiver og belærer børn/forældre med det mål, at de bevæger sig imod og holder sig indenfor ”det normale”. Sundhedsplejerskers implicite faglige selvforståelse må derfor ifølge ovenstående opfattes som udtryk for et forebyggelsesperspektiv, ikke et sundhedsfremmeperspektiv – dette synes at være et ønskebillede, empirien ikke er i overensstemmelse med.

AFSLUTNING

Jeg har fundet, at der ikke er overensstemmelse mellem det billede af sundhedspleje, sundhedsplejersker ønsker at give – idealsundhedspleje – og det billede af sundhedspleje, de afslører i deres sproglige ytringer – realsundhedspleje. Uoverensstemmelse mellem den reale praksis og den ideale selvfremsstilling kan udspringe af et ønske om legitimitet og overlevelse, idet den eksplicite fremsstilling kan have til hensigt at fremme egne interesser gennem demonstration af egen betydningsfuldhed og nyttighed. (Wackerhausen 1994:43-44, 67; Wackerhausen 1996;

26 Se også f.eks. Schmidt og Kristensen 1986; Lihme 1988; Schmidt 1990.

Muschinsky 1995:261).²⁶ Wackerhausen påpeger, hvordan eksplicitte opfattelser kan være en form for sproglasur, der er hældt ud over en praksis, der ikke stemmer overens dermed, og som måske er som den plejer at være (Wackerhausen 1994:67), og kan siges at være en ""ubevidst" marionet af fagets tradition og legemliggjorte antagelser" (Wackerhausen 1997:5). Den kan således være ude af trit med de behov, faget skal imødekomme hos borgerne og de krav, der stilles til det af borgerne/omverdenen, og faggruppen kan komme til at fremstå utroværdigt og komme i miskredit i befolkningen..

Jeg finder det derfor foruroligende for sundhedsplejerskefaggruppen, at der er uoverensstemmelse mellem sundhedsplejerskers eksplicitte fremstilling af sundhedspleje og det billede af faget, de afslører i deres praksis, for hvis der ikke er overensstemmelse mellem det, de eksplicit står for, og det, de faktisk gør og siger, kan det altså betyde, at de som faggruppe kan komme til at fremstå utroværdigt. Og de vil kunne blive mødt af skepsis fra befolkningens side og risikere at komme i miskredit, og dermed komme til at bidrage til deres egen faggruppes destruktion og undergang. Derfor er det nødvendigt, at sundhedsplejerskefaggruppen tager deres egen fagforståelse og -udøvelse under kritisk behandling. Dels for at kunne imødekomme borgernes behov og krav og dels for faggruppens egen skyld, for at opnå anerkendelse, troværdighed og legitimitet. Når sundhedsplejersker gennem flere år har talt intensivt om behovet for og vigtigheden af at synliggøre sundhedsplejen, kan dette jo ses som udtryk for et behov for anerkendelse og legitimering - et behov de muligvis søger imødekommet gennem deres selvfremstilling. En selvfremstilling, hvor de ønsker at fremstå som havende vilje og evne til nytænkning og være parate til at leve op til nye ”bølger” i samfundet. (Wackerhausen 1996).

Indenfor sygeplejen har det i en del år været god tone at forstå faget på baggrund

27 Jeg har tidligere beskæftiget mig med sundhedsplejerskers selvfremstilling, idet jeg analyserede billederne i en bog om sundhedspleje, og det budskab, jeg fandt billederne sende, var en demonstration af, hvor betydningsfuld og nyttig, sundhedspleje er (Sixhøj 1994).

af omsorgsrationalitet²⁷ (Ploug Hansen 1995b:81; 1996), og denne "bølge" ønsker også sundhedsplejersker måske at demonstrere deres evne og vilje til at leve op til. Min undersøgelse viser imidlertid, at der implicit i sundhedsplejerskers fagudøvelse ligger formålsrationalitet, idet den bagvedliggende ide med arbejdet er, at børn og børnefamilier når og bevarer et mål, nemlig "normalitet". En sådan rationalitet er uforenelig med ideologien om omsorgsrationalitet, og derfor skal sundhedsplejerskers eksplicite selvfremsættelse nok snarere ses som dække over faggruppens eget ønske om legitimitet og overlevelse end som udtryk for realiseringen af en omsorgsrational praksis.

På baggrund heraf mener jeg, det er vigtigt, at sundhedsplejerskefaggruppen kommer i gang med bevidst og kritisk refleksion og stillingtagen med hensyn til deres selvforståelse og værdier, opfattelser og handlemåder i udøvelsen af faget. Eventuelt må de ændre herpå, og - som Knudsen påpeger - er dette muligt, fordi bagvedliggende opfattelser ikke er "arvestykker", man er "gidsel hos" (1996:6-7).

METODEKRITIK

Der er visse forbehold at tage i relation til ovennævnte konklusion og til min undersøgelse i øvrigt. Selv om der indgår mange tekststykker i min empiri, er det trods alt kun et lille udsnit af hele sundhedsplejerskefaggruppen, der har skrevet disse i Sundhedsplejersken. De opfattelser, der kommer frem, er derfor måske ikke repræsentative for hele faggruppen, hvilket medfører, at det ikke er muligt at generalisere om sundhedsplejerskefaggruppens opfattelse af sundhedspleje ud fra min undersøgelse. Dog må de sundhedsplejersker, der ytrer sig i bladet, nok betragtes som toneangivende, fordi de netop ved at skrive i Sundhedsplejersken er med til at tegne faget både udadtil og i egen faggruppe. De er med til at rejse debatter, cementere "sandheder" og bestemme, hvilke emner/problematikker, der skal fokuseres på inden for faget, og gennem bladet har de indflydelse i relation til fagforeningen (DSR) og i relation til medier, samarbejdspartnere, Sundhedsstyrelsen og politikere.

28 I modsætning til en formålsrational praksis, hvor arbejdet skal føre til mere eller mindre fastsatte resultater, er det samhandlingen mellem hjælperen og klienten, der er det

Mine resultater stemmer overens med de konklusioner, jeg kunne drage på min litteraturgennemgang. Alle mine fire temaer genfindes i Munck's konklusion, og temaet "guide/styre" genfindes hos Lichtenberg og Guldager. "Guide/styre" findes også sammen med "gribe ind" hos Axelsen, Plate og Buus, hvor "gribe ind" kommer til udtryk som det at ville "skabe" netværk for folk. Ifølge min litteraturgennemgang indebærer sundhedspleje både kontrol/styring og fejlfinding, og min undersøgelse viser, at sundhedsplejersker også har en sådan bagvedliggende opfattelse af deres fag.

Jeg finder den videnskabsteoretiske og metodiske tilgang relevant og egnet i forhold til formålet med min undersøgelse. Min tolkning af materialet er naturligvis præget af min forforståelse, men jeg mener, jeg har redegjort så grundigt for denne, at andre vil kunne opnå samme indsigt i dette udsnit af sundhedsplejerskers virkelighed og komme til samme resultat som jeg er kommet til, hvis de indtog samme synsvinkel som jeg. At jeg med andre ord har opfyldt kravet om intersubjektivitet.

Jeg har opnået mit formål om øget indsigt i sundhedsplejerskers opfattelse af sundhedspleje, og jeg er blevet bevidst om problematikken omkring magt i sundhedsplejen og omkring det at sige ét og vise noget andet. I løbet af processen er jeg blevet mere bevidst om det uundgåelige i at udøve magt og om magtudøvelsens positive implikationer. Jeg er tillige kommet til bevidsthed om, hvordan bevidsthed om egne bagvedliggende opfattelser er en forudsætning for, at man kan behandle disse reflekteret og nuanceret, og for at man kan tage kritisk stilling til sin egen fagudøvelse. Forhåbentlig har jeg viderebragt dette i nærværende specialeafhandling.

Der kunne have været arbejdet med andre begreber end magtbegrebet. Begrebet normalitet er her helt centralt, fordi det ser ud til at være målet for sundhedsplejerskevirksomheden. Men det er ikke ligegyldigt, hvordan sundhedsplejersker opfatter normalitet – om de f.eks. forstår det som fejlfrihed eller som statistisk middelværdi. Også med hensyn til normalitetsopfattelse kan der være tale om såvel eksplicite som implicite opfattelser.

I fremtidige undersøgelser ville det derfor være relevant at beskæftige sig

hermed, men her afstod jeg derfra af afgrænsningshensyn.

RESUME

Med udgangspunkt i en undren over, om sundhedsplejerskers eksplicite fremstilling af deres fag er i overensstemmelse med det billede, de afslører i deres daglige udøvelse af faget, undersøges det hvilken implicit, bagvedliggende faglig selvforståelse, der kommer til syne i sundhedsplejerskers sproglige ytringer i tekster, hvor de kommunikerer med hinanden internt i faggruppen. Datamaterialet består af tekster, sundhedsplejersker har skrevet i FS10's medlemsblad Sundhedsplejersken.

Med en hermeneutisk analytisk-fortolkende tilgang til datamaterialet udledes fire temaer, som tilsammen tegner et billede af sundhedspleje, hvor kontrol af børn/unge/familiers normalitet er det centrale. I den eksplicite fremstilling afviser sundhedsplejersker, at sundhedspleje indebærer kontrol, og der er således uoverensstemmelse mellem sundhedsplejerskers eksplicite fremstilling af deres fag og deres implicite, bagvedliggende faglige selvforståelse. Set i relation til de lovmæssige rammer, sundhedspleje skal udøves indenfor, er kontrolaspektet centralt og legitimt i sundhedspleje, og derfor er sundhedsplejersker som samfundsinstitution i en magtposition i forhold til borgerne. Til belysning af samfundsinstitutioners magt og magtens mekanismer og konsekvenser, inddrages teori af Michel Foucault, og med denne teori som analyseramme tydeliggøres det, på hvilke måder sundhedsplejersker ifl. de fremanalyserede temaer udøver magt.

Magtbegrebet og magtens implikationer og konsekvenser diskuteres i relation til professionel omsorgsudøvelse, og det konkluderes, at magt er et uundgåeligt fænomen, der skal forvaltes etisk forsvarligt, og bl.a. derfor skal gøres bevidst. Endelig diskuteres det kort, om den udledte sundhedsplejeopfattelse har sundhedsfremme- eller forebyggelsesperspektiv. Konklusionen er, at der ikke er tale om et sundhedsfremmeperspektiv, sådan som sundhedsplejersker ellers giver udtryk for, når de fremstiller deres fag eksplicit. Der er derfor også her uoverensstemmelse mellem sundhedsplejerskers eksplicite fremstilling af faget og den udledte, bagvedliggende og

implicitte opfattelse af sundhedspleje.

Da en sådan uoverensstemmelse kan medføre, at faget fremstår utroværdigt og kan miste sin berettigelse, men også fordi det er vigtigt, at faget imødekommer befolkningens krav og behov, anbefales det sundhedsplejerskefaggruppen at arbejde bevidst og kritisk stillingtagende med fagets grundlæggende antagelser og faglige selvforståelse. Bl.a. må sundhedsplejersker erkende og åbent vedkende sig, at sundhedspleje uundgåeligt indebærer at udøve magt, og de må arbejde med måden, hvorpå den udøves.

SUMMARY

From a standpoint of curiosity, it is investigated as to whether health visitors explicit description of their own profession is in accordance with the general picture they portray in their daily duties and activities by analysis of their underlying implicit professional self-knowledge. The implicit professional self-knowledge was evaluated by analysis of articles published by members of the representative professional body of health visitors "FS10's" in their publication "Sundhedsplejersken".

By applying a hermeneutic, analytical and interpretational approach to the experimental data, four different themes are derived which together draw a picture of health care in which management of normality is the central activity. Since within their own explicit job description, health visitors reject the idea that health care involves management, there is some discrepancy between the health visitors explicit perception of their own profession and their implicit professional self-knowledge. Within the legal framework of public health care, this aspect of control is a central and legitimate requirement, therefore health visitors (as a social institution) are in a position of power in relation to the users of the health care system. In order to shed light upon the power and the mechanisms and consequences of this power, a theory originally developed by Michel Foucault, was applied within the context of this assignment. Within this theoretical framework it is made clear by which mechanisms health visitors exercise their influence over the users of the health service in relation to the previously

mentioned four themes.

The implied consequences and concept of this power are discussed in relation to professional health care and it is found that this power is an inevitable and unavoidable phenomenon which has to be administered in an ethically responsible way, and therefore health workers should be aware of this fact. Finally it is briefly discussed as whether the derived conception of health care has a health promoting or a health preventing effect. The conclusion is that the derived conception of health care does not possess a health promoting perspective which is what health visitors express when they explicitly describe the role of their own profession. There is therefore also a discrepancy between the health visitors explicit description of their own profession and that derived from the underlying implicit conception of health care.

Such a discrepancy can lead to a loss of credibility of the public health care system, with a consequent loss of legitimacy. It is also important that the health visitors, as a profession, are obliged to accept and meet the demand of its users. It is therefore recommended that the professional body works consciously and takes a critical standpoint towards the profession's fundamental principals and self-knowledge. Amongst other things health visitors have to realise and openly acknowledge that health care inevitably involves the application of power and they should therefore consider the way in which it is applied.

REFERENCER

Andrup, Lone. 1997. Konference i Arras 13-15 november 1996. I Sundhedsplejersken nr. 2, s.41-44. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker

Andkjær, Ulla og Karen Marie Bertelsen. 1999. Parents as Teachers. I Sundhedsplejersken nr. 1, s. 34-36. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker

Arbejdsgruppe nedsat af Dansk Sygeplejeråd, Viborg amt. 1996. Arbejdsgruppe vedrørende sundhedsplejerskers arbejdsforhold. I Sundhedsplejersken nr. 2, s. 19-29. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker

Axelsen et.al. 1992. Er de belastede familier en belastning for sundhedsplejersker? Indlæg i Sundhedsplejersken nr. 5, s. 19-34. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker

Axelsen, Inga. 1994. "... især tilgodese børn med særlige behov". Masterafhandling. Nordiska Hälsovårdshögskolan, Göteborg

Bakke, Lone, Ellen Jespersen, Helle Kersting og Flemming Svejstrup. 1992. Sund-

hedsprofil i Ribe amt. Delrapport 9. Sundhedsplejerskens arbejdsmetoder og de sundhedsproblemer, de ser i familier i Ribe amt. Ribe Amtsråd/Sydjysk Universitetscenter.

Bakke, Lone. 1993. Præsentation af kandidater til bestyrelsesvalg for Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker. I Sundhedsplejersken nr. 1, s. 9. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker

Bakke, Lone. 1997. Marte Meo. I Sundhedsplejersken nr. 1, s. 3-6. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker

Bakke, Lone. 1998. Skrigebørn. I Sundhedsplejersken nr. 1, s. 22-25. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker

Bateson, Gregory. 1972. A Theory of Play and Fantasy. Kap. 4 i Steps to an Ecology of Mind. Ballantine Books, New York

Bateson, Gregory. 1991. Ånd og Natur. Rosinante/Munksgaard. København

Becker Jensen, Leif. 1997. Indføring i tekstanalyse. Roskilde Universitetsforlag, Roskilde

Betænkning nr. 573. Sundhedsplejerskeinstitutionen. Statens Trykningskontor. 1970

Birk Mortensen, Aase og Ella Birk Mortensen. 1991. Sundhedsplejersken: Damen med vægten eller social kontrol? I Social kritik nr. 12, s. 42-46

Bisgaard, Asta. 1997. Præsentation af kandidater til bestyrelsesvalg for Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker. I Sundhedsplejersken nr. 1, s. 13. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker

Bisgaard, Asta. 1998. Hvordan pokker sælges en vare. Leder i Sundhedsplejersken nr. 1, s. 3. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker

Borup, Ina K. 1996a. Lus. I Sundhedsplejersken nr. 4, s. 26-27. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker

Borup, Ina K. 1996b. Conference on the Status of Nordic Health Promotion Research 22-24 august 1996 og studietur til Bergen. I Sundhedsplejersken nr. 6, s. 9-10. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker

Bruun, Ina et.al. 1992. MFR-vaccination. I Sundhedsplejersken nr.4, s. 18. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker

Buus, Henriette. 1994. Det ufødte barns netværk. Begreber om børn, familie og socialt netværk i kulturmødet mellem sundhedspleje og børnefamilier. Institut for

kommunikation. Roskilde Universitetscenter, Roskilde

Collin, Finn og Simo Køppe. 1995. Indledning. I Collin, Finn og Simo Køppe (red): Humanistisk Videnskabsteori. Danmarks Radio Forlaget, København

Duer, Hanne. 1999 a). Kommentarer til velkomstpjecen "Til Far". I Sundhedsplejersken nr. 1, s. 22-23. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker

Duer, Hanne. 1999 b). Til Far. Pjece. Vedhæftet Sundhedsplejersken nr. 1. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker

Egedal, Henning. 1992. Ressourcer i samfundet. Leder i Sundhedsplejersken nr. 1, s. 3. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker

Egelund, Tine. 1997. Beskyttelse af barndommen: socialforvaltningers risikovurdering og indgreb. Kbh. Hans Reitzels Forlag.

Ehn, Billy og Orvar Löfgren. 1982. Kulturanalys. Ett etnologiskt perspektiv. Glerups. Uppsala

Eskelinen, Leena og Anna Koch. 1997. Samspillet mellem den enkelte borger og socialforvaltningen – en analyse baseret på nordisk forskning. Kbh. AKF Forlaget.

Faureholm, Jytte. 1999. Forældrekompetence i udsatte familier. Empowerment i praksis. Systime. Århus

Fjeldmark, Tina. 1990. Gud! Sundhedsplejersken kommer i dag! I Sundhedsplejersken nr. 4. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker

Fjeldmark, Tina. 1991. Du er ikke alene. I Sundhedsplejersken nr. 1, s. 14. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker

Foucault, Michel 1995 (1975). Overvågning og straff. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.

Guldager, Else. 1992. Sundhedsplejen på vægten. Munksgaard. København

Hansen, Birgit og Mary-Ann Mortensen. 1991. Gør jer synlige. Leder i Sundhedsplejersken nr. 2, s. 3. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker

Hansen, Birgit. 1994. Præsentation af kandidater til bestyrelsesvalg for Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker. I Sundhedsplejersken nr. 1, s. 9. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker

Hass, Jørgen. 1979. Interpretation og perception. Gadamer's teori om forståelsens sproglighed. I Symposium. Tidsskrift for filosofi, nr. 1

- Hastrup, Kirsten. 1989. Kultur som analytisk begreb. I Hastrup, Kirsten og Kirsten Ramløv (red): Kulturanalyse. Fortolkningens forløb i antropologien. Akademisk Forlag. København
- Hastrup, Kirsten og Kirsten Ramløv. 1989. Indledning. I Hastrup, Kirsten og Kirsten Ramløv (red): Kulturanalyse. Fortolkningens forløb i antropologien. Akademisk Forlag. København
- Hastrup, Kirsten. 1990. Videnskabens magi. En antropologisk diskussion af årsag og virkning i verden. I Fink, Hans og Kirsten Hastrup (red): Tanken om enhed i videnskaberne. Kulturstudier 9. Aarhus Universitetsforlag, Århus
- Hastrup, Kirsten. 1992. Det antropologiske projekt om forbløffelse. Gyldendal Intro. København
- Heede, Dag. 1992. Det tomme menneske. Introduktion til Michel Foucault. Museum Tusulanums Forlag, København
- Hoffmeyer, Jesper. 1991. Naturen i hovedet. Om biologisk videnskab. 2. udg. Rosinante paperbacks, Munksgaard, København.
- Holter, Harriet. 1996. Fra kvalitative metoder til kvalitativ samfunnsforskning. I Holter, Harriet og Ragnvald Kalleberg (red): Kvalitative metoder i samfunnsforskning. Universitetsforlaget. Oslo
- Jensen, Torben K. 1990. Sygepleje som etisk know-how. Hermeneutik og livsverden, menneskesyn og metode. I Jensen, Torben K., Jensen, Lars Ulrik og Kim, Won Chung (red): Grundlagsproblemer i sygeplejen. Etik, videnskabsteori, ledelse og samfund. Forlaget Philosophia. Institut for Filosofi, Århus
- Jensen, Torben K. og Tommy Johnsen. 2000. Sundhedsfremme i teori og praksis. En lære-, debat- og brugsbog på grundlag af teori og praksisbeskrivelser. Ringkøbing Amt, Sundhedsfremmeafdelingen
- Kampmann, Jan. 1995. Fagidentitet, praksis og køn inden for sygeplejefeltet. I Petersen, Karin Anna (red). Praktikteori i sundhedsvidenskab. København, Akademisk Forlag
- Knudsen, Anne. 1987. Det uskrevnes grammatik. Kulturanalyse og etnografi. I Undr. Tema: Kulturanalyse. Nyt Nordisk Forum nr. 51, c/o Forlaget Klim, Århus
- Knudsen, Anne. 1989. En Ø i Historien. Korsika. Historisk antropologi 1730-1914. Basilisk, København
- Knudsen, Anne. 1996. Her går det godt, send flere penge. Gyldendal. København

Kvale, Steinar 1984. Om tolkning af kvalitative forskningsinterviews. I Tidsskrift for Pædagogisk Forskning nr. 3-4

Lauritsen, Else. 1997. Ønskes af Sundhedsplejen i Viborg kommune. I Sundhedsplejersken nr. 1, s. 24-25. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker

Lauvås, Kirsti og Lauvås, Per. 1994. Tverrfaglig samarbeid. Perspektiv og strategi. Oslo, Tano A/S

Leiulfsrud, Håkon og Bjørn Hvinden. 1996. Analyse av kvalitative data: Fiksérbilde eller puslespill? I Holter, Harriet og Ragnvald Kalleberg (red) Kvalitative metoder i samfunnsforskning. Universitetsforlaget, Oslo

Lichtenberg, Anne. 1998. Sundhedsplejen i går, i dag og med perspektiver til sundhedsplejen i morgen - en beskrivelse af sundhedsplejens kerne. Specialeafhandling. Skriftserie fra Danmarks Sygeplejerskehøjskole nr. 76

Lihme, Benny. 1988. Midt i en forebyggelsestid – mod nationens velvære eller mere social kontrol? I Fasting, Ulla, Niels Michelsen og Dion Sommer (red) Oprør fra Knæhøjde. Kbh. Munksgaard.

Linde, Mary-Ann. 1993. Sundhedsplejerske og Amtsbestyrelsesmedlem i DSR regi! I Sundhedsplejersken nr. 2, s. 14

Lomborg, Anne-Marie. 1990. Sundhedsloven. I Sundhedsplejersken nr. 3, s. 3. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker

Lomborg, Anne-Marie. 1998. Sygeplejefaglig vejledning - en metode til at forhindre udbrændthed på. I Sundhedsplejersken nr. 6, s. 19-20. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker

Lyager, Grete og Grethe Wolf. 1994. Sundhedsministeren inviterede - til en konferen-ce om fremtidens sundhedsordninger for børn. I Sundhedsplejersken nr. 2, s. 7-9. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker

Løgstrup, K.E. 1991. Den etiske fordring. Gyldendal, København.

Løgstrup, K.E. 1993. Norm og spontaneitet. Etik og politik mellem teknokrati og dilettantokrati. Gyldendal, København

Løkke, Anne. 1998. Døden i barndommen. Gyldendal. København

Malmgren, Linda. 1994. Sundhedsplejen. Børnefamilier og skolesundhedstjenesten. Munksgaard. København

Malmgren, Linda. 1995 a. Møde med sundhedsministeren. I Sundhedsplejersken nr.

1, s. 1-5. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker

Malmgren, Linda. 1995 b. Sundhedsloven. I Sundhedsplejersken nr. 2, s. 13. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker

Malmgren, Linda. 1996. Retningslinierne til "Lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge". I Sundhedsplejersken nr. 1, s. 3. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker

Malmgren, Linda. 1997. Omkring generalforsamlingen. I Sundhedsplejersken nr. 2, s. 9-16. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker

Martinsen, Kari. 1990. Omsorg i sykepleien - en moralsk utfordring. I Person, Bente, Jytte Petersen, Ruth Truelsen (red) Fokus på sygeplejen. Munksgård, København

Martinsen, Kari. 1991. Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk - filosofiske essays. Tano, Oslo

Michelsen, Niels og Else Guldager. 1996. Hvad er sund udvikling og hvornår er der tale om en risikosituation? - et forsøg på at indkredse behovsbegrebet. I Sundhedsplejersken nr. 4, 1996. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker

Mortensen, Mary-Ann. 1990. Præsentation af kandidater. I Sundhedsplejersken nr. 5, s. 9. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker

Mortensen, Mary-Ann. 1991. Grupper kan ikke stå alene. Leder i Sundhedsplejersken nr. 5. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker

Munck, Karin. 1998. Fremtiden konstitueres af vore valg af handlinger; en institutionel analyse af sundhedsplejen ud fra Anthony Giddens strukturationsteori. Specialeafhandling. Danmarks Sygeplejerskehøjskole, Århus.

Muschinsky, Lars Jakob. 1995. Omsorgen som det moderne møde mellem fremmede. I Petersen, Karin Anna (red). Praktikteori i sundhedsvidenskab. København, Akademisk Forlag.

Nandrup-Bus, Inge og Gitte Thorsen. 1997. Dokumentation og kvalitetssikring i småbørnssundhedsplejen. I Sundhedsplejersken nr. 2, s. 45-46. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker

Nilausen, Inger. 1993. Kommentar til debatten i "Sundhedsplejersken" december 92. I Sundhedsplejersken nr. 1, s. 10-12. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker

Nilausen, Inger. 1997. Konsulentrollen i institutionen. Leder i Sundhedsplejersken nr. 4, s. 3. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker

Nørby, Brunhild. 1992. Kommentarer til nogle af de svar Kirsten Stallknecht giver i et interview i "Sundhedsplejersken" august 1992. I Sundhedsplejersken nr. 6, s. 18-20. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker

Pahuus, Mogens. 1995. Hermeneutik. I Collin, Finn og Simo Køppe. Humanistisk Videnskabsteori. Danmarks Radio Forlaget, København

Plate, Chirstin. 1994. Mennesker imellem. Sundhedsplejerskers gruppeaktiviteter set i forhold til sociale netværk. Specialeafhandling. Danmarks Sygeplejerskehøjskole, Århus

Ploug Hansen, Helle. 1989. Feltarbejde i egen kultur. Specialerække nr. 21, Institut for Antropologi. København

Ploug Hansen, Helle. 1995 a. Feltarbejde som forskningsstrategi. I Lunde, Inga Marie og Pia Ramhøj Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab. Kvalitative metoder. Kbh. Akademisk Forlag

Ploug Hansen, Helle. 1995 b. I grænsefladen mellem liv og død. Gyldendal Undervisning. København

Ploug Hansen, Helle. 1996. Sygeplejekultur på omsorgsbølge. I Kristeligt dagblad 23.11.96

Ravn Olesen, Birgitte. 1997. Omsorg som profession - en studie af roller og replikker i sundhedsplejerskebesøget. Munksgaard. København

Riise, Sigrid. 1993. Hvem gemmer sig bag radiostemmen? I Sundhedsplejersken nr. 2, s. 19. Faglig sammenslutning af sundhedsplejersker

Ryberg, Hanne. 1998. Tidlig opsporing og indsats i Langå. I Sundhedsplejersken nr. 6, s. 47

Salter, Anne. 1996. Dansen omkring barnet. Muligheder og barrierer i mødet mellem moder og sundhedsplejerske. Specialeafhandling. Danmarks Sygeplejerskehøjskole, Århus

Salter, Anne and Marianne Widenmann. 1997. The Danish approach to supporting families. I Health visitor, vol. 70, number 8, august 1997.

Scheel, Merry. 1994. Interaktionel sygeplejepsaksis. Vidensgrundlag - etik og sygepleje. Munksgaard. København

Schmidt, Lars-Henrik. 1990. Det sociale selv, invitation til socialanalytik. Århus. Århus Universitetsforlag

- Schmidt, Lars-Henrik og Jens E. Kristensen. 1986 . Lys, luft og renlighed; den moderne socialhygiejnes fødsel. Kbh. Akademisk Forlag
- Sixhøj, Hanne. 1995. Når en faggruppe vil sælge sig selv. I Sygeplejersken nr. 27, s. 26-34
- Skau, Greta Marie. 1992. Mellom makt og hjelp. En samfunnsvitenskapelig tilnærming til forholdet mellom klient og hjelper. Tano, Oslo
- Skajaa, Elisabet. 1993. Sundhedsprofil af småbørn i Århus kommune. I Sundhedsplejersken nr. 3, s. 23. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker
- Stigel, Jørgen. 1993. Er skriften til at få i tale? I Alrø, Helle og Marianne Kristiansen (red): Personlig kommunikation og formidling. Aalborg Universitetsforlag, Institut for Kommunikation. Aalborg
- Sundhedsplejen. Sønderhald kommune. 1998. Ha' det rart med skolestart. I Sundhedsplejersken nr. 4, s. 17-18. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker
- Sundhedsstyrelsen. 1995. Lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. Bilag 1, p. 48-50. I Forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. Retningslinier.
- Svinkløv, Helle. 1997. Brev til Hovedbestyrelsen Dansk Sygeplejeråd. I Sundhedsplejersken nr. 3, s. 26-27. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker
- Tietze, Marianne. 1991. Præsentation af kandidater. I Sundhedsplejersken nr. 5, s. 12. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker
- Tietze, Marianne. 1998. Interessegruppe - efterfødselsreaktioner. I Sundhedsplejersken nr. 6, s. 48. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker
- Udholm, Dorrit. 1997. Tanker efter endnu en overenskomst. I Sundhedsplejersken nr. 3, s. 25-26. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker
- Utaker, Arild. 1985. Foucault og filosofien. I Schmidt, Lars-Henrik og Kristensen, Jens Erik (red) Foucaults blik. København
- Voetmann, Charlotte. 1993. Socialt netværksarbejde i lokalsamfundet for "hjemme-gående" børn. I Sundhedsplejersken nr. 2, s. 10-13. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker.
- Wackerhausen, Steen. 1994. Et åbent sundhedsbegreb - mellem fundamentalisme og relativisme. I Juul Jensen, Uffe og Fuur Andersen, Peter (red): Sundhedsbegreber. Filosofi og praksis. Philosophia, Århus

Wackerhausen, Steen. 1996. Sundhed i fokus - retorik eller realitet? I Juul Jensen, Uffe og Fuur Andersen, Peter (red). Forskelle og forandring - bidrag til humanistisk sundhedsforskning. Århus, Philosophia.

Wackerhausen, Steen. 1997. At se sig selv bagfra. Perspektiver på videnskabsteoriens brugsværdi. I Afspændingspædagogen nr. 7

Weigelt, Geske. 1993. Søhøjlandsgruppen fortsætter – fordi vi ikke kan undvære det. I Sundhedsplejersken nr. 3, s. 19-21

Willadsen, Karen og Bente Søgaard. 1997. Helse for alle. Vision eller virkelighed? I Sundhedsplejersken nr. 2. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker

Wolf, Grethe. 1990. Præsentation af kandidater. I Sundhedsplejersken nr. 5, s. 9. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker

Wolf, Grethe. 1992. Flere huller i børns tænder, forebyggelse? I Sundhedsplejersken nr. 2, s. 20. Faglig Sammenslutning af sundhedsplejersker

Ølgaard, Bent. 1991. Kommunikation og økomentale systemer - ifølge Gregory Bateson. 2. udgave. Akademisk Forlag, København