

Sundhedsplejen i et brugerperspektiv

Titel: SK10791 - Specialeafhandling

Katja Nyby Mortensen – Studienummer: 64592

Nanna Sofie Garnov Andersen – Studienummer: 51721

Vejleder: Steen Baagøe Nielsen

Anslag: 203.975

Roskilde Universitet 1. juni 2021

Indhold

Abstract.....	4
Kapitel 1: Indledning	5
1.1 Motivation for specialet	5
1.2 Afgrænsning, fokus og problemformulering.....	6
1.3 Problemformulering:.....	7
1.4 Sundhedsplejen i et historisk perspektiv	7
1.5 Sundhedsplejen som tilbud	9
1.6 Forskningsfelt og litteratursøgning.....	12
1.6.1 Litteratursøgning	12
1.6.2 Specialets placering i forskningsfeltet	16
1.7 Sundhedsplejen som social intervention	17
Kapitel 2: Videnskabsteori (Nanna).....	18
Kapitel 3: Metodologiske overvejelser (Katja).....	21
3.1 Praksisforskning.....	21
3.2 Kvalitativt interview	22
3.3 Rekruttering af medforskere	24
3.4 Præsentation af medforskere.....	25
3.5 Metodekritiske overvejelser	26
3.6 Ethiske overvejelser	27
3.7 Validitet af specialet	28
3.8 Analysestrategi.....	29
3.8.1 Transskribering	29
3.8.2 Kodning og meningskondensering.....	30
Kapitel 4: Teoretiske overvejelser (Nanna)	31
4.1 Introduktion til livsførelse.....	31
4.2 Rutiner & Cyklisk organisering af livsførelsen	32

4.3 Betingelser, begrundelser og betydninger.....	33
4.4 Betingelses-, betydnings- og begrundelsesanalyse	34
4.5 Handlemuligheder & Handleevne.....	35
4.6 Selvførelse	38
Kapitel 5: Diskuterende analyse	39
5.1 Analysetema 1 – Moderskab og relationer (Katja)	39
5.1.1 Livsførelse som nybagt mor.....	39
5.1.2 Relation og privatsfære	41
5.1.3 Moderrolle og selvførelse	42
5.1.4 Efterfødselsreaktioner	44
5.1.5 Relation til sundhedsplejen og handlemuligheder	46
5.1.6 Meningsfuldhed i sundhedsplejen.....	53
5.2 Analysetema 2 – Kontrol & kassetænkning (Nanna).....	55
5.2.1 Kontrol	56
5.2.2 Hjemmepasning vs. Institution	59
5.2.3 Kassetænkning	63
5.2.4 Tiltro og tillid.....	66
5.2.5 Mangelfuld vejledning	69
Kapitel 6: Konklusion	74
Perspektivering (Katja)	76
Litteraturliste.....	78
Kilder	78
Websider	80
Bilagsoversigt	83

Abstract

In the current thesis, we aim to understand the mothers' point of view on how health nurses affect the mothers conduct of an everyday life and self-understanding. We aim to reach a user perspective by making qualitative interviews with four mothers. We have used critical psychology as a theoretical base, that will reflect our whole process, method and conclusion. We include some of the founders, such as Klaus Holzkamp, Ole Dreier, Vibeke Jartoft and Morten Nissen. Our work concludes that the health nurses on some mothers have positive effect and on others can have a negative effect on their self-understanding and conduct of everyday life. Furthermore, we conclude that future research about health nurses should be based on a qualitative cooperation between researchers and practice, but it is also essential to involve the user perspective.

Kapitel 1: Indledning

1.1 Motivation for specialet

Specialet er udsprunget af en række personlige erfaringer, men også som en faglig forankret nysgerrighed omkring sundhedsplejen som social intervention set fra brugernes (mødres) perspektiv. Vi ønsker at tage udgangspunkt i brugernes førstepersonsperspektiver og tage disse seriøst som kilder til vigtig og brugbar viden om sundhedsplejens meningsfuldhed i et brugerperspektiv.

Bag specialet er vi to kvinder med forskellige erfaringer med børn og familieliv både privat og fagligt. Erfaringerne er grundlaget for vores inspiration til specialet. Fælles for os er, at vi begge er mødre, der gennem egne personlige erfaringer og samtaler med omgangskreds, familie og venner har oplevet forskelligartede fortællinger om sundhedsplejen. Hvert forløb har sin historie, på godt og ondt. Vi finder det interessant at få disse fortællinger frem i lyset, da vi er overbeviste om at disse erfaringer er vigtige for den meningsfulde sundhedspleje og udvikling af feltet.

Vores indtryk har været, at sundhedsplejen er meningsfuld og rigtig god for nogle familier, der oplever sundhedsplejen være en relevant støtte. Hvorimod det hos andre familier har været anledning til mistillid, usikkerhed på egne forældreevner - og hvor besøgene har manglet mening eller på forskellig vis haft negativt udfald. Disse forståelser har sat refleksioner i gang, hos os, omkring sundhedsplejen som tilbud - hvordan den kan anskues som en social intervention.

Udover egne erfaringer og dem fra vores omgangskreds, har vi ligeledes fulgt med på diverse medier de seneste år. Her har vi også fået indtrykket af forskelligartede historier - igen med både negative og positive beretninger. Dette har været medvirkende til at skabe en undren omkring sundhedsplejens praksis og relevans i et brugerperspektiv. Denne undren er baggrunden for, hvordan ideen til specialet opstod. Vi har uundgåeligt forforståelser i kraft af, at vi selv er mødre, der har haft takket ja til sundhedsplejerske. Disse forforståelser havde vi inden specialets begyndelse (*Jf. Indledningen*). Derudover også gennem vores arbejdsliv, hvorfra vi begge har erfaring i arbejdet med børn og dermed også forældresamarbejdet. Derfra opstod nysgerrighed på brugerperspektivet, hvor barnet er omdrejningspunkt for arbejdet, og forældre står på den ene side som brugere og de professionelle på den anden. Dette ligger til grundlag for ønsket om at dykke nærmere ned i en social intervention som denne, hvor det er mødrene, som er brugere og børnene, der er omdrejningspunktet.

Feltet med sundhedsplejen for øje, er et krydsfelt, der rummer såvel børne- og familieområdet samt sundhedsområdet. Vores problemfelt vil derfor indebære en historisk indføring af sundhedsplejen i Danmark, en beskrivelse af sundhedsplejen som nutidigt tilbud i Danmark, samt en introduktion til forskningsfeltet og vores litteratursøgning. Først og fremmest vil vi dog indlede med at præsentere, hvordan vi har valgt at afgrænse os i forhold til vores fokus i specialet, og dertil problemformuleringen samt tilhørende arbejdsspørgsmål.

1.2 Afgrænsning, fokus og problemformulering

I specialet ønsker vi at dykke nærmere ind i mødres fortællinger og dermed deres egne oplevelser med sundhedsplejen (jf. Metodologiske overvejelser). På baggrund af eget empiriske forarbejde, samt søgning af litteratur på området, har vi valgt at fokusere på mødre, da vi i empiriindsamlingen udelukkende fik tilbagemeldinger fra mødre (Bilag 5). Derudover er det ifølge KVINFO, som er Danmarks videns- og udviklingscenter for køn, ligestilling og mangfoldighed (KVINFO 2018), primært mødre, der holder den længste barsel (ibid.). I gennemsnit holder kvinder 91% af barslen, hvorimod det kun er 9% af mændene, der holder barsel. Procentsatsen indikerer at det er mødrene, som har mest kontakt til sundhedsplejersken, eftersom besøgene ofte foregår i dagtimerne, når fædrene er på arbejde. Derfor bygger vores undersøgelse udelukkende på perspektiver fortalt af mødre.

Vi ønsker at arbejde kvalitativt med en helhedsorienteret forståelse af mennesket.

Teoretisk tager vi udgangspunkt i den kritiske psykologi, hvoraf vi inddrager Klaus Holzkamp, Ole Dreier, Morten Nissen, Ole V. Rasmussen og Vibeke Jarftoft. I den kritiske psykologi optræder blandt andet handlemuligheder og livsførelse som analytiske begreber, hvilket vi finder relevante. I forlængelse af det, ønsker vi at gå kvalitativt til værks, og gennem interviews med brugerne (mødre) af sundhedsplejen spørge ind til deres personlige oplevelser i mødet med sundhedsplejen, ud fra ønsket om at belyse og analysere disse beretninger. Vi afgrænser os fra at tage sundhedsplejersker med som respondenter, blandt andet, da vi som beskrevet, ønsker at være tro mod kvindernes førstepersonsperspektiver. Vi ønsker altså ikke at diskutere sandhedsværdi, men i stedet at give ordet til en gruppe kvinder, der ønsker at blive hørt. Dette er vi bevidste om implicerer nogle særlige forståelser, idet sundhedsplejerskerne ikke repræsenteres - ej heller fædre eller børnene.

Disse overvejelser vil ligeledes blive yderligere uddybet i vores metodologiske overvejelser samt i perspektivering. Specialets opmærksomhed er således rettet mod kvindernes egne begrundelser for, hvordan sundhedsplejen har betydning for moderskabet, samt hvilke

betingelser kvinderne oplever som værende betydningsfulde og meningsfulde, for dem i deres familier. På baggrund af vores motivation, samt vores afgrænsning og fokus, har specialet en eksplorativ tilgang, der fører til følgende problemformulering:

1.3 Problemformulering:

Hvorvidt kan sundhedsplejen i Danmark anskues fra et brugerperspektiv som en social intervention, der bidrager meningsfuldt til mødres selvforståelse samt livsførelse?

Arbejdsspørgsmål:

- Hvordan begrundes mødrene at skulle organisere sig på ny, efter der er sket et brud på den daglige livsførelses cykliske organisering efter de er blevet forældre?
- Hvordan begrundes mødrene, at deres selvforståelse og handlemuligheder påvirkes af sundhedsplejerskens vejledning?
- I hvilken grad oplever mødrene sundhedsplejens tilbud som meningsfuld?

1.4 Sundhedsplejen i et historisk perspektiv

Indledningsvist vil dette afsnit give et billede af sundhedsplejen i en historisk kontekst.

Formålet er her at give et indblik i, hvordan sundhedsplejen så dagens lys som en eksperimenterende social intervention og forebyggende indsats - og hvorledes den sidenhen har udviklet sig frem til i dag som fast tilbud til alle kommende og nybagte forældre i Danmark.

Sundhedsstyrelsen udgav i 1922 en vejledning, hvis formål var at informere nybagte mødre om ernæring og pleje, med forhåbning om, at det kunne nedbringe den høje dødelighed blandt børn i deres første leveår (Lichtenberg 2002: 13). Desværre udeblev denne effekt og derfor blev der sat andre tiltag i gang, som kunne nedsætte dette. Sundhedsstyrelsen undersøgte hvordan lande som eksempelvis USA, England og Finland havde tilrettelagt deres sundhedsarbejde. Landene havde det til fælles, at de havde sundhedsplejersker, som vejledte i pleje og ernæring (Lichtenberg 2002: 13-14).

I Danmark i 1930'erne og 1940'erne blev der, fra politisk side, indført mange forebyggelsesindsatser, med baggrund i en bekymring for befolkningen. Forskellen gik altså fra oplysning gennem udleveret skriftlig information til reel relationel vejledning, hvor brugeren blev involveret i praksis. Siden begyndelsen af århundredet var antallet af børn, som

kvinder kunne forventes at føde dalet fra fire til to og politikere frygtede, at der på sigt ville mange hænder nok til at forsørge de ældre (Valgård 2002: 305). Derudover var de bekymrede for kvaliteten af befolkningen – dels at forældre med dårlige arveanlæg fik for mange børn og dels af forældre ikke kunne varetage pleje og opdragelse i en grad, der ville give velfungerende og sunde voksne (ibid.). Staten så et behov for at involvere familierne, og gøre forældre til brugere af denne ordning, hvilket blev gjort gennem oplysning og uddannelse af mødre. På den måde blev pleje af spædbørn et anliggende for den enkelte familie selv, med støtte og tilsyn fra kommunale sundhedsplejersker, der blev indført (ibid.). Danmark fandt inspiration i Finlands model, grundet kulturel lighed og tilpassede modellen det danske samfund. Den finske model henvendte sig til familier med børn i alderen 0-3 år, hvor sundhedsplejersken kom på besøg i hjemmet, samt at skolebørn blev undersøgt af en sundhedsplejerske på skolen (Lichtenberg 2002: 14).

I Danmark var det i begyndelsen en forsøgsordning med udgangspunkt i behovet for en målrettet indsats med faglig fundering. Forsøgsordningen varede seks år, fra 1929-1935. Forsøget blev tilrettelagt som et interventionsprojekt og fik navnet "Forsøgsordningen" (Lichtenberg 2002: 14). Formålet med Forsøgsordningen var at konstatere, hvorvidt en målrettet social og hygiejnisk indsats udført af sundhedsplejersker kunne nedsætte spædbørnsdødeligheden (ibid.). Desuden var tilbuddet om at få besøg af en sundhedsplejerske gratis og henvendte sig til familier med nyfødte børn (Lichtenberg 2002: 14).

Geografisk blev Forsøgsordningen spredt ud på tre områder i Danmark. De tre områder var Give, Holbæk samt Vesterbro. Der blev oprettet kontrolområder i Hornslet, Vejle og Nørrebro. Kendetegnende for de tre områder var, at de var præget af fattigdom og arbejdsløshed, hvilket betød at familiernes eller kvindernes sociale og økonomiske netværk var mangelfuldt eller ikke eksisterende (Lichtenberg 2002: 14). Udover økonomisk krise var det også et mindretal af befolkningen, som havde modtaget undervisning, hvilket resulterede i at folk ikke havde den nødvendige viden om sundhed og sygdomme (Lichtenberg 2002: 14). Dette blev også påpeget som en af faktorerne til børns sygelighed og for tidlige død (ibid.). Forsøgsordningen konkluderede at spædbørnsdødeligheden faldt i alle tre områder. Dog er det vigtigt at bemærke, at Forsøgsordningen ikke havde målt spædbørnsdødeligheden i de tre områder inden forsøget blev igangsat, og derfor blev resultaterne sammenlignet med landsgennemsnittet (Lichtenberg 2002: 15-16). Sundhedsplejerskerne havde observeret og indsamlet empiri for at gøre det klart, at:

- Øget indsats over for gravide med fokus på kost, samt opsøge læge ved sygdomme kunne være medvirkende til at nedsætte spædbørnsdødeligheden.
- Der var mange rådgivnings- og vejledningsopgaver i forhold til småbørnene i familierne, som også burde være omfattet af sundhedsplejerskens tilbud.
- Behov for at undervise piger i de ældste klasser for “barnepleje”.

(Lichtenberg 2002: 16).

På baggrund af Forsøgsordningen blev loven, som ovenstående, vedtaget i 1937. Loven er en tro kopi af Forsøgsordningen (Lichtenberg 2002: 16). Det betyder altså, at sundhedsplejen har været en del af forebyggende familieindsatser ved lov siden 1937. I forlængelse af ovenstående afsnit omkring sundhedsplejens historiske udvikling, vil følgende afsnit *Sundhedsplejen som tilbud* præsentere hvordan sundhedsplejen har udviklet sig frem til i dag.

1.5 Sundhedsplejen som tilbud

For at afdække, hvorledes sundhedsplejens virke er udformet i dagens Danmark, har vi gennem vores litteratursøgning samlet viden om, hvordan tilbuddet formuleres i blandt andet nuværende lovgivning samt i nutidig litteratur, artikler, undersøgelser og lignende.

I dagens Danmark er sundhedsplejen et fast tilbud til alle vordende og nybagte forældre, der dog kommer til udtryk forskelligt afhængigt af kommune (Retsinformation A; VIVE A).

Uddannelsen til sundhedsplejerske er en efteruddannelse for sygeplejersker, hvilket betyder, at sundhedsplejersker oprindeligt er uddannet som sundhedsprofession (Retsinformation B). Ifølge lovens “Bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge” kap. 3, §8. Stk. 2., skal den sundhedstjeneste (som sundhedsplejen hører under) omfatte følgende:

- “1) Sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger over for børnene og deres miljø i hjem, daginstitution, kommunal dagpleje og skole.*
- 2) Oplysning og vejledning til børn og forældre med det formål at fremme børnenes fysiske og psykiske sundhed og trivsel.*
- 3) Tilsyn med det enkelte barns fysiske og psykiske helbredstilstand.”* (Retsinformation A).

VIVE (Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd) har i 2017 udgivet et “Øjebliksbilledet 2017” som er skrevet i et samarbejde mellem Fals (foreningen for ledere af sundhedsordninger for børn og unge i Danmark) og CRUNCH (Center for Research in Universal Child Policies) (VIVE A). Denne rapport giver et overblik over, hvordan sundhedsplejen tilbydes i Danmark fordelt over kommunerne. Sundhedsplejen skal ved lov tilbydes, men det er kommunernes opgave at forvalte den, hvilket også betyder at tilbuddet ser forskelligt ud fra kommune til kommune. Det beskrives blandt andet i rapporten, hvorledes sundhedsplejen, i 68 % af kommunerne er placeret under børneområdet, mens man i 32 % af kommunerne har sundhedsplejeordningerne under sundhedsområdet (VIVE A: 13). Det anser vi, som udtryk for, hvad vi tidligere beskrev, nemlig at sundhedsplejen befinder sig i et krydsfelt af flere fagområder. Sundhedsplejens generelle tilbud i dagens Danmark er formuleret meget lig det oprindelige, men dog med bredere fokus, som nu også krydser sundhedsfagets grænser, og der arbejdes således i højere grad tværfagligt.

Ifølge rapporten “Øjebliksbilledet 2017” (VIVE A), lægger sundhedsstyrelsens vejledning op til, at kommunerne tilbyder mindst fem hjemmebesøg i barnet første leveår (VIVE A: 17). Dette tager sig praksis ud på den måde, at der for førstegangsfødende er 86% af kommunerne der angiver, at de tilbyder disse fem (eller flere hjemmebesøg i barnets første leveår) (ibid.). I 92% af kommunerne tilbyder man åbent hus/konsultation, hvor familierne kan få rådgivning hos sundhedsplejen. I nogle af disse kommuner tilbyder man kun dette ved spidsbelastningsperioder, som eksempelvis ferie blandt personalet samtidig med mange fødende (VIVE A: 18). Udover hjemmebesøg efter fødsel, tilbyder 14% af kommunerne besøg til alle gravide, og derudover angav 73% af kommunerne, at de tilbyder graviditetsbesøg ud fra en behovsvurdering, derimod svarede 5%, at de slet ikke tilbød graviditetsbesøg (VIVE A: 15). Sundhedsplejerskens opgave er at følge og støtte op om forældrenes varetagelse af deres børns sundhed og trivsel. Det indebærer blandt andet at rådgive forældre om søvn, pleje, daglige rutiner samt kost og ernæring. Til sidstnævnte formål har Sundhedsstyrelsen blandt andet udgivet håndbogen “*Ernæring til spædbørn og småbørn – en håndbog for sundhedspersonale*” (SST 2019). I denne håndbog står der blandt andet et afsnit om modermælk, modermælkserstatning og overgangskost. Dertil beskrives følgende:

“På WHO's vækstkurver er vægtstigningen høj de første par levemåneder, fordi kurverne er baseret på børn med et vellykket ammeforløb. Det er vigtigt at det ikke medfører, at fuldt ammede børn med en lidt lavere vægtstigning får tilskud af modermælkserstatning fordi de

ikke har helt den samme vægtstigning de første par måneder. Disse børn skal vurderes både mht. deres vækstkurveforløb, deres trivsel, og om hvorvidt amningen fungerer godt, før man beslutter sig for at give tilskud.” (SST 2019: 15).

Håndbogen kommer således med konkret viden og anbefalinger ud fra internationale succeskriterier, som sundhedsplejersken kan tage direkte med i sin praksis og vejledning til forældrene. Vi finder denne håndbog interessant for at få en forståelse for, hvilken rådgivning sundhedsplejerskerne giver og hvad de bygger denne på. Vi fandt ikke yderligere håndbøger hos Sundhedsstyrelsen henvendt til brug af sundhedsplejen som omhandlede andre emner end amning og ernæring.

1.6 Forskningsfelt og litteratursøgning

For at give et overblik over forskningsfeltet, er vi trådt tilbage i tiden, fordi vi mener, at for at forstå vores samtid, må vi have et vist kendskab til de historiske tendenser, der ligger bag samfundets udvikling. Der har, i Europa, de seneste 350 år hersket denne opfattelse af kroppen og sjælen som dualistisk (Stokkebæk 2002: 113). Netop denne dualisme og forståelse af kroppen som adskilt fra sjælen blev i den medicinske videnskab viderebygget. I den biomedicinske sygdomsmodel opfatter man kroppen mekanisk, og sygdom forstås deraf som fejl. Sygdomsbehandling forstås derfor i den medicinske videnskab som fejlbehandling uden involvering af individets psyke (Stokkebæk 2002: 113-114). Ifølge Stokkebæk (2002) er denne logik utilstrækkelig i visse kontekster. Mange, især nyere, sygdomme har komplekse årsagssammenhænge (Stokkebæk 2002: 114). Vi finder dette interessant, idet traditionerne for almen medicinsk forskning danner grundlaget for sundhedsplejens virke, da det udspringer fra det sundhedsfaglige område. Sundhedsplejen i dagens Danmark afspejler en mere nuanceret og helhedsorienteret tilgang og altså en udvidelse af det traditionelle sundhedsbegreb (jf. Sundhedsplejen som tilbud). Dette falder også i tråd med, at man i nyere tid, har fået mere holistisk forståelse af krop og psyke, og dermed også sundhed. WHO, som sundhedsstyrelsen og sundhedsplejen læner sig op af, har udformet en begrebsforståelse af sundhed, som følgende citat beskriver: *“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”* (WHO 2021). Sundhedsplejen skal forstås som værende et krydsfelt mellem flere områder, der dækker en helhedsforståelse af mennesket. For at begribe forskningsområdet bag sundhedsplejen, har vi læst og orienteret os i relevante artikler, forskning og undersøgelser. Følgende afsnit vil således præsentere vores litteratursøgning, forstået således, at vi her fremhæver den litteratur,

der på særlig vis har bidraget til vores refleksioner og videre arbejde med specialet.

1.6.1 Litteratursøgning

Overordnet har vi arbejdet med en indledende litteratursøgning, og dertil en systematisk litteratursøgning, som er en mere indsnævret søgning. I den indledende fase brugte vi blandt andet fagbøger, gamle projektrapporter (både egne og andres), samt internetsøgninger. Internetsøgningerne var i begyndelsens præg af “brede søgeord”, der var baseret på vores egne erfaringer, interesser og forforståelser. I begyndelsen af litteraturstudiet foretog vi søgninger på eksempelvis: “sundhedspleje”, “sundhedsplejersker”, “forskning”, “undersøgelse”, “brugerperspektiv”, “kvalitet”, “praksis” og lignende. Dernæst foretog vi en mere systematisk søgning, hvor vi søgte på specifikke emner, såsom “brugerperspektiv”, “forældre”, “forældreperspektiv” etc. kombineret med “sundhedspleje”. Søgningerne foregik i multiple databaser, som Google Scholar, studenterrapportdatabasen ved Roskilde Universitetsbibliotek, Det Kongelige Bibliotek (RUB), Bibliotek.dk, og VIVE. Disse databaser bidrog til et samlet overblik over forskning, samt relevante teoretiske- og analytiske begreber.

I vores litteratursøgning kom der blandt andet en del resultater fra VIVE som noget af det første, og derfor vil følgende afsnit præsentere disse søgeresultater. Vi er bevidste om at VIVEs forskningstilgang tilskriver en særlig bestræbelse på kvantitative data. Vi finder det interessant, at meget af den viden, der er tilgængelig om sundhedsplejens praksis er med udgangspunkt i klassisk positivistisk tilgang, som vi mener ikke kan stå alene, set i lyset af bestræbelse på en dualistisk forståelsesramme.

Det første resultat, en artikel fra VIVE, er udarbejdet i samarbejde med seniorforsker og Ph.d. i økonomi Miriam Wüst: *“Sundhedspleje med vidtrækkende betydning”* (VIVE C). Artiklen sætter fokus på sundhedsplejen som intervention, samt at indsatsen mod at nedbringe spædbørnsdødeligheden har haft en betydelig virkning (VIVE C). Wüst udtaler, på baggrund af analysens resultater, at sundhedsplejerskerne og interventionen bag har været med til at nedbringe dødeligheden blandt spædbørn med 17-29% (ibid.). På baggrund af denne undersøgelse og resultaterne, er vi blevet nysgerrige på, hvordan denne intervention stadig har berettigelse anno 2021, hvor spædbørnsdødeligheden er markant mindre nu, end den var for omkring 80 år siden, hvor indsatsen blev sat i værk (ibid.)

I en anden rapport fra VIVE (A), som vi også tidligere inddrog i afsnittet *“Sundhedsplejen som tilbud”*, konkluderes det blandt andet, at man i dag ved for lidt om den betydning som de forskellige elementer i sundhedsplejen har for børnene og familiernes sundhed og udvikling (VIVE A: 8). Dette gælder både på den almene indsats og de specialiserede tilbud til sårbare familier. Dertil står der, at:

“Selvom der er stor opmærksomhed på betydningen af tidlige indsatser for børns udvikling og sundhed på kort og længere sigt, så ved vi ikke meget om, hvilke former for indsats vi skal satse på i Danmark. For at sige mere om sundhedsplejens effekter – både i den brede, universelle indsats og i den målrettede indsats for sårbare familier – skal vi fortsat have fokus på et bedre samarbejde mellem praksis og forskning.” (VIVE A: 8-9).

Dette finder vi interessant, da VIVE her understreger den forforståelse vi havde om, at der mangler viden om betydningen af sundhedsplejen - viden som er nødvendig udviklingen af sundhedsplejen fremtidigt. VIVE's logik følger, at der skal et fortsat bedre samarbejde mellem praksis og forskning – hvilket er et perspektiv vi også finder interessant at have i mente, når vi beskæftiger os med litteraturen.

Vi fandt derefter en anden, og nyere undersøgelse VIVE, som blev udgivet i 2020. Formålet var at afdække hvorledes data fra sundhedsplejen i Danmark kan anvendes i forskning om sundhedsplejens indsatser og virkning (VIVE 2020). I rapporten understreges det dog, at der er en udfordring omkring sammenligningsgrundlag i forskningen, da det er svært at sikre sig en ensartet data der er sammenlignelig, som er succeskriterium for VIVE. Den forskelligartede data skyldes blandt andet, at kommunerne har forskellige registreringspraksisser, da de har forskellige ressourcer og tilbud (VIVE 2020: 5). VIVE beskriver ligeledes, at eksisterende studier om målrettede indsatser for udsatte børn og familier viser, at en tidlig indsats i høj grad kan være gavnlige (ibid.). De understreger ligeledes, hvordan der mangler viden om særligt danske universelle ordninger (som eksempelvis sundhedsplejen) og dertil en bedre forståelse af, hvordan, at de specifikke elementer i indsatserne har virkning. Dertil beskrives, at:

“Det er afgørende for at udvikle sundhedsplejen, at vi skaber mere evidens omkring disse emner. Uden viden om betydningen af det universelle sundhedsplejetilbud risikerer vi, at vi ikke baserer fremtidens tidlige indsats i Danmark på tilstrækkelig evidens og derfor ikke anvender ressourcerne optimalt.” (VIVE 2020: 5).

Derudover beskrives det i rapporten, hvordan der trods sundhedsplejersken lange historie og dertilhørende udvikling findes forholdsvist begrænset viden om effekten for børnene og familierne på både kort og lang sigt (VIVE 2020: 7). Dette finder vi interessant, da det netop var vores forforståelse, at der mangler viden på området - særligt fra et *brugerperspektiv*. VIVE beskriver hvorledes, at det er svært at "måle" effekten af sundhedsplejen, da der ikke forefindes tilstrækkelig ensartet data (ibid.). Vi stiller os kritiske over evidens som succeskriterie. Vi mener, at der godt kan produceres vigtig og brugbar viden om betydningen af sundhedsplejen ved at spørge både sundhedsplejerskerne og brugerne, uden bestræbelse efter evidens. Sundhedsplejerskerne har talerør gennem blandt andet fagforening, og derudover er en del forskning også baseret på sundhedsplejerskernes egne dokumentationer og fortællinger. Vi mener, at der mangler et talerør for brugerne af sundhedsplejen, og en anerkendelse af, at de enkelte forældres personlige beretninger indeholder vigtig viden om praksis til, hvordan praksis kan udvikles meningsfuldt.

Et studie, der inddrager – og anerkender vigtigheden af de personlige fortællinger fandt vi derefter: I 2018, blev der i Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund udgivet følgende artikeltekst: "*Vi har efterhånden fundet vores egne ben som forældre - Forældreskab og sundhedspleje i spændingsfeltet mellem velfærdsstat og privatsfære*" af Helle Haslund & Mette B. Risør. Artikelteksten omhandler et etnografisk studie, der tager udgangspunkt i feltarbejde i og omkring danske familier med præmature børn. Familierne er blevet fulgt mellem 1- 2,5 år, og i studiet beskæftiger de sig med hvordan forældreskab konstitueres og forhandles i mødet med velfærdsstaten (med sundhedsplejen som eksempel). Vi finder dette studie meget relevant for vores speciale, på trods af studiet har fokus på familier med præmature børn, fordi det kredser om samme problemstilling, som vi undersøger.

Derudover diskuterer studiet hvordan sundhedsplejens råd omsættes, forkastes eller tilpasses af forældrene - som vi i høj grad kan se paralleller til med livsførelse. Artikelteksten indledes med sætningen: "*Der er særligt gennem de sidste 50 år sket en intensivering af et børnecentreret forældreskab, som i stigende omfang er orienteret mod børns sundhed og udvikling, hvor brug af ekspertråd er centralt.*" (Haslund & Risør, 2018: 121). Senere på samme side beskriver de også at sundhedspleje er en universel velfærdsydelse i Danmark, som næsten alle forældre tager imod og "*(...) hvor Sundhedsstyrelsens medicinske videnskabeligt informerede anbefalinger angående børns sundhed og udvikling formidles som samtidig støtte og kontrol.*" (Haslund & Risør 2018, 121). Dertil uddyber de, at støtten består i vejledning og information til forældre samt kontrol, der udøves "*(...) som en skærpet*

pligt til underretning ved forhold som sundhedsplejersken finder bekymrende.” (Haslund & Risør 2018, 121). Yderligere uddyber de, at brugen af sundhedspleje derfor indgår som en ekspertinstans i forældres liv (ibid.). Disse konklusioner finder vi interessante og i høj grad relevante for vores speciale, da de udspringer af forældre fortællinger ligesom vi ønsker.

Vi søgte forgæves efter flere undersøgelser med forældreperspektiver indenfor den almene sundhedspleje (altså hvor forældrene ikke er tilknyttet specialtilbud via kommunen, særlig støtte eller lignende). Derudover søgte vi også på forskellige fora og organisationer for sundhedsplejersker. På Sundhedsplejersken.dk fandt vi en ny undersøgelse lavet af en frivillig forening. Foreningen “Sovende Børn”, som har lavet en undersøgelse omkring, hvilken vejledning forældre fra Danmark, Grønland og Færøerne har oplevet at få omkring baby- og børnesøvn (Sundhedsplejersken 2021). Bag foreningen står en række fagpersoner, såsom psykologer, pædagoger med efteruddannelse og lignende. Bag undersøgelsen står to kvinder fra foreningen: Mette-Sophie Lassen (Cand.pæd. og neuropædagog) samt Mia Bernscherer Bjørnfort (Amme- og søvnvejleder). De står også bag artiklen (udgivet i “Sundhedsplejersken“, Fagligt Selskab for Sundhedsplejerskers magasin, april 2021): *“Problemet med søvntræning- Hvad kan sundhedsplejersker gøre ved det?”*, der redegør for undersøgelsens nøgletal og vigtigste pointer (Sundhedsplejersken 2021). Undersøgelsen konkluderer blandt andet, at sundhedsplejersken har en vigtig rolle i at støtte forældre til en hensigtsmæssig tilgang ved at informere om normal biologisk babysøvn. Dertil tilføjer de, at *“Det er klart at dette må ændres, hvorfor vi også har henvendt os til Sundhedsstyrelsen, med resultaterne fra vores undersøgelse og en opfordring til at opdatere vejledningerne og anbefalingerne omkring søvn.”* (Sundhedsplejersken 2021). Vi finder denne undersøgelse relevant, da den sætter en nutidig vinkel på sundhedsplejen og tager udgangspunkt i netop brugerperspektivet med udgangspunkt i forældrenes erfaringer.

Udover danske undersøgelser, har vi orienteret os internationalt, hvor der blandt andet er foretaget kvantitative, samt kvalitative undersøgelser, der forsøger at belyse mødres perspektiv på sundhedsplejen. Selvom der er forskel på, hvordan sundhedsplejen fungerer i Danmark og andre europæiske lande, er det stadig interessant at belyse disse resultater med fokus på, at indsnævre vores genstandsfelt.

Vi fandt blandt andet en kvantitativ undersøgelse foretaget af Sally Russell og Varl Drennan (2007) i England, hvor de har fået 4.665 mødre til at besvare et online spørgeskema (Pubmed 2007). Der blev blandt andet spurgt ind til om mødrene ved, hvor de kan søge hjælp, deres

synspunkter på sundhedsplejerskernes besøg, samt om de har oplevet nogle ændringer de seneste år (ibid.). Dette studies fokus er lig et nyere engelsk studie foretaget i 2019 af Ellinor Olander med flere, som handler om Englands sundhedspleje (Pubmed 2019).

Undersøgelsen er kvalitativ og er baseret på 29 interview med mødre, der havde fået et barn inden for de sidste tolv måneder. Desuden skulle de have haft kontakt med sundhedsplejersker både under og efter deres graviditet. Undersøgelsen er baseret på mødrenes, samt sundhedsplejerskernes perspektiver på forebyggelse med sundhedsbesøg (ibid.). Specialet og problemstillingen har lighedspunkter i forhold til denne undersøgelse, men adskiller sig ved, at vi fokuserer på oplevelser med sundhedsplejersker generelt og ikke med udgangspunkt i forebyggelse, derudover at vi beskæftiger os med sundhedspleje i dansk format.

Det blev indledningsvist nævnt, at sundhedsplejersker arbejder med en helhedsorienteret tilgang, hvor de også skal have fokus på forældrenes trivsel, herunder deres mentale tilstand. I dette arbejde har sundhedsplejerskerne et redskab, med formål at opdage en fødselsdepression ved hjælp af screening, der er baseret på et spørgeskema (Videnskab 2021). Artiklen fra Videnskab er skrevet af journalist Anne Sophie Thingsted, som henviser til en amerikansk artikel; *“Implementation and Effectiveness of Nonspecialist-Delivered Interventions for Perinatal Mental Health in High-Income Countries A Systematic Review and Meta-analysis.”* (Jamanetwork 2021). Undersøgelsen har påvist, at sundhedsplejersker har en positiv indvirkning på nybagte forældre, der ender med at få en fødselsdepression. Undersøgelsen påpeger, at sundhedsplejerskerne i forvejen er i tæt kontakt med mødrene, hvilket betyder at de kan opdage tegn på fødselsdepression tidligere. Undersøgelsen er foretaget i lande som USA, England og Australien. Selvom Danmark og de nævnte lande er forskellige, så er undersøgelsen stadig relevant, idet sundhedsplejersker er tilgængelige i de præsenterede lande (Videnskab 2021).

1.6.2 Specialets placering i forskningsfeltet

De præsenterede undersøgelser viser, at der inden for forskningsfeltet primært er forsket i sundhedspleje, med udgangspunkt i, samt perspektiver fra de professionelle. Dertil er mange af disse undersøgelser ikke danske, og de danske undersøgelser, der findes med brugerperspektiv, beskæftiger sig med udsatte / særligt sårbare familier, og ikke generelt sundhedsplejen som alment tilbud. På baggrund af dette ser vi her et videnshul, som indeværende speciale har til formål at belyse. Nærmere bestemt, at undersøge, hvorledes

mødre oplever mødet med en sundhedsplejerske. Vi ekspliciterede vores egen baggrund for specialet i indledningens første afsnit. Vores forforståelser baseret på egne erfaringer og kendskab til feltet, ser vi som en fordel (jf. Metodologiske overvejelser). Dog er vi opmærksomme på tilgangen til undersøgelsen, forstået på den måde, at vi tilgår feltet med åbent sind, nysgerrighed og en kritisk interesse for mødrenes perspektiver.

1.7 Sundhedsplejen som social intervention

Dette afsnit vil belyse, hvorledes vi forstår social intervention og i den forbindelse, hvordan vi mener, at sundhedsplejen kan forstås som en social intervention. Interventioners betydning, formulerer professor i psykologi Ole Dreier, blandt andet med ordene: “(...) *to get involved by getting in between things which already are going on.*” (Juhl 2016: 52). Vi forstår at intervenere på samme måde - altså som en indgriben i noget, der allerede er (Dupret et.al. 2016: 11). Social intervention er internationalt forstået i sammenhængen med social policy (statslige/offentlige politiske tiltag). I visse sammenhænge, kan der i en dansk kontekst, siges at være en kobling mellem sociale interventioner og velfærdsstatens udvikling, hvor social indgriben kan tolkes som politisk konsensus og intention om at visse problematikker kan anses som sociale (Dupret et.al. 2016: 13). Ifølge Dupret et.al. er det essentielt for en succesfuld social intervention, at brugerne oplever denne som meningsfuld (Dupret et.al. 2016: 9). Meningsfuldhed forstås i dette perspektiv “(...) *som noget, der opleves subjektivt, men produceres socialt i menneskers samspil med hinanden og med samfundsmæssige institutioner og aktører.*” (Dupret et.al. 2016: 9). Historisk set skulle sundhedsplejen, som tidligere beskrevet, gribe ind i de unge kvinders liv gennem uddannelse i spædbarnspleje for at nedsætte spædbarnsdødeligheden. Det var således fra start en indsats med et klart formål om at skabe forandringsprocesser i samfundet. Sundhedsplejens tilbud i dag indebærer støtte og vejledning til nybagte familier, med fokus på at fremme sundhed og forebygge spædbarnsdød, sygdom, dårlig trivsel og negativ social arv (jf. Sundhedsplejen i et historisk perspektiv; Sundhedsplejen som tilbud). Dette lægger sig ligeledes op af vores forståelse af sociale interventioner, da de også er rettet mod at forbedre forhold for dårligere stillede (Dupret et.al. 2016: 12). Således anser vi sundhedsplejens tilstedeværelse i børnefamilierne som et forsøg på social intervention, netop da intentionen er at skabe indgriben i hverdagslivet hos nybagte familier. Sundhedsplejerskernes virke baseres på sundhedsstyrelsens anbefalinger, og deres formål er formelt set at sørge for, at nybagte familier følger disse anbefalinger samt at deres børn følger kurverne for tilfredsstillende

udvikling, vægtøgning etc. (ibid.). Denne agenda mener vi kan forstås som et forsøg på *social intervention*, da sundhedsplejerskens tilstedeværelse beskrives som en sundhedsindsats, der er baseret på relationelt omsorgsarbejde i familierne: Sundhedsplejersken skal bidrage med støtte - hvilket vi tolker som et ønske om, at de skal fremme processer og rutiner hos familier, der i forvejen følger anbefalingerne, eller hjælpe til forandringsprocesser hos dem, der ikke gør. Med dette læner vi os også op af Dreiers forståelse af, at en intervention, kan være succesfuld såfremt den involverede (altså mødrene) udvikler nye handlinger i den løbende dagligdag (altså i deres livsførelse). Interventionen skal altså være meningsfuld på tværs af subjektets levede liv, og ikke isoleret set i alene i interventionskonteksten (Dreier 2014: 104).

Kapitel 2: Videnskabsteori (Nanna)

Dette afsnit har til formål at belyse, hvilke videnskabsteoretiske refleksioner, der danner grundlag for specialet, samt hvordan vi dertil placerer os epistemologisk og ontologisk. I afsnittet vil vi præsentere vores eget ståsted, men også videnskabsteoretiske perspektiver på den kritiske psykologi. Det har været vigtigt for os, at vores hovedteoretiske bidrag bunder i samme tilgang til vidensproduktion og menneskers væren i verden som os. Vidensproduktion har altid implikationer og begrænsninger, og derfor finder vi det vigtigt at være bevidste og eksplicite om eget ståsted, for at kende - og erkende egne faldgruber og styrker. Vores forståelse af menneskers væren i verden, er lig den kritiske psykologi, hvor vi forstår mennesker som sociale væsener, der i et gensidigt dialektisk samspil med deres omgivelser er medskabere af egne betingelser (Jartoft 1996: 183). Vi ønsker at undersøge mennesker *med* mennesker; mere konkret vil vi arbejde ud fra en kvalitativ metode (interview) for at frembringe empiri, der skal danne grundlag for en diskuterende analyse. Uddybende om vores håndtering af de metodologiske overvejelser samt kritiske refleksioner derom, vil blive uddybet i kapitel herefter (jf. Metodologiske overvejelser).

Klaus Nielsen (cand.psych. og ph.d.) og Lene Tanggaard (cand.psych. og ph.d.) (Nielsen og Tanggaard 2013) beskriver den kritiske psykologiske tænkning som følgende:

“Den kritiske psykologi forsøger at sammentænke humanistisk psykologi og fænomenologi med en marxistisk tænkning, således at fokus lægges på at forstå individets subjektive eksistens samtidig med, at den kritiske psykologi fastholder, at individets handlinger altid må forstås på baggrund af dets deltagelse i social praksis.” (Nielsen og Tanggaard 2013: 132).

Når vi skriver “at undersøge mennesker *med* mennesker”, betyder det ligeledes, at vi lader os inspirere af en fænomenologisk tankegang, hvor vi ikke anser ren objektiv viden som mulig. I forlængelse af dette ønsker vi at inkludere dybdegående detaljerede førstepersonsperspektiver på levende menneskers levede liv. En grundlæggende antagelse i fænomenologien består i, at mennesker “ (...) *ikke står uden for verden og betragter den, men vi er altid en del af verden (...).*” (Nielsen & Tanggaard 2013: 260). Det betyder, at subjektets bevidsthed altid vil være primært knyttet til den konkrete kropslige eksistens (livsverdenen) og dertil sekundært til den abstrakte og videnskabelige forståelse af verden (ibid.). Dette stemmer overens med den kritiske psykologis forståelse af, at subjektets betingelser får betydning idet de struktureres gennem handlesammenhænge (ibid.). Line Lerche Mørch (forsker ved DPU, Århus Universitet) beskriver hvordan: “*Betingelser, betydninger og handlegrunde skal analyseres i sammenhæng og ikke som isolerede størrelser.*” (Mørch 2009: 181). Det betyder samtidig, at subjekter ikke kan gøres til genstande, men derimod forstås og forandres, samt (re)produceres gennem subjekternes deltagelse i og på tværs af kontekster.

Specialet arbejder ikke ud fra en bestræbelse af ‘rene’ beskrivelser fra subjekter, men anerkender at disse eksisterer. Derimod vil vi gå til empirien med udgangspunkt i, at subjekter altid er i gensidig vekselvirkning med deres omverden og derfor skal deres beretninger ikke forstås som isolerede begivenheder. Således vil vi også tilgå vores empiri med en forståelse af, at subjekter må forstås ud fra deres kulturelle, historiske og sociale sammenhænge.

I kraft af vores teoretiske bidrag fra den kritiske psykologi, arbejder vi også naturligt indenfor den dialektiske materialisme (Jartoft 1996: 182). Kritisk psykologisk tænkning bygger ovenpå forståelsen i den kulturhistoriske psykologi (ibid.), hvor man ligeledes forstår subjektet som aktivt socialt væsen, der er i gensidig interaktion med det omgivende samfund (Holzkamp 1985: 8). I den dialektiske materialisme skal man også forstå det dialektiske forhold som værende udviklingsorienteret og processuelt, fremfor statisk (Mørck 2009: 181).

Morten Nissen (PhD, Dr. Psych., Professor MSO, ved DPU, Århus Universitet) har arbejdet med Klaus Holzkamps lancering af subjektbegrebet som et teoretisk grundlag for den kritiske psykologi (Nissen 2002). Nissen beskriver i den forbindelse følgende:

”Subjektvidenskaben er ikke, som den traditionelle psykologi var det, en objektivisering af subjektet, men subjektets videnskab om verden som den er givet det, fra et ‘førstepersonsperspektiv’, hævdede Holzkamp.” (Nissen 2002: 68).

Det er netop dette førstepersonsperspektiv, som er helt centralt element i det kritiske psykologiske arbejde (Mørck 2009: 183). Professor ved RUC Ernst Schraube (dr.phil., dipl.psych.) beskriver ligeledes, hvordan: *”Indsigten, at erfaring og bevidsthed er givet i første-person (...) er præciseret ved at fremhæve de menneskelige handlegrundes førstepersons ontologi.”* (Schraube 2010: 99). Dertil tilføjer han to centrale pointer for subjektets socialitet i et førstehåndsperspektiv: Først og fremmest vil *den anden* / en udefra aldrig have direkte adgang til subjektets psykiske forhold. Handlegrunde, følelser, erfaringer og lignende er altid givet i førstepersonsperspektiv (Schraube 2010: 99). På samme måde er det også kun *den anden*, som forstår og ser verden i dennes eget perspektiv. For det andet har det dialektiske forhold mellem subjekt og samfund også den betydning, at det ikke kun er menneskets livsførelse der er medieret i en menneskeskabt materiel verden, men også i fællesskab med andre (Schraube 2010: 99-100). Dette betyder, at der i førstepersonsperspektiver altid vil være tale om en proces, der består af gensidig menneskelig relation, hvor *den andens* perspektiver og interesser inkluderes. På samme måde vil vi også tilgå egen empiri, hvor vi som beskrevet, ønsker et førstepersonsperspektiv, med det in mente, at vi må forholde os til dette i en intersubjektiv relation, hvor *den andens* førstepersonsperspektiv anerkendes.

Vi inddrager også Klaus Holzkamp, som er foregangsmanden bag den kritiske psykologi, der beskriver menneskelig aktivitet som noget man skal forstå med udgangspunkt i de konkrete kontekster som subjektet befinder sig i. Vi anvender hans perspektiver på menneskelig aktivitet, og tager udgangspunkt i ham, når han beskriver, at *“(...) individets adfærd er umiddelbart afhængigt af dets omverdensbetingelser.”* (Holzkamp 1985: 8).

Netop, at menneskelig aktivitet skal og må forstås i dialektisk sammenhæng med betingelserne omkring subjektet, er et bærende perspektiv for den traditionelle kritiske psykologi - både i epistemologisk og ontologisk forstand. Verdenssynet, i indeværende speciale, skal forstås socialt og dynamisk, hvilket ligeledes kan sættes i parallel til den kritiske psykologis rødder fra Marxismen, hvor essensen netop er at forandre verden (Mørck 2009: 179). Mørck beskriver, hvordan det at forandre praksis er centralt for den kritiske psykologi. Praksis skal forstås som en bred ‘kategori’, der involverer blandt andet elementer af handling, tænkning, sprog, erkendelse, socialt og psykisk liv (Mørck 2009: 180). Det er det

værende, materialiteten, der anskues som betingelsernes betydninger, som giver sig til udtryk som begrænsninger eller muligheder for deltagere i praksis (ibid.). Den kritiske psykologi, i dansk kontekst, arbejder med såkaldt praksisforskning samt medforskning. Hvilket er en tilgang, der ligger op til at samarbejde med de, der undersøges (Mørck 2009: 179). Dette vil vi uddybe nærmere i følgende kapitel, der indebærer vores metodologiske overvejelser.

Kapitel 3: Metodologiske overvejelser (Katja)

Dette kapitel har til formål at belyse, hvilke metodologiske overvejelser vi har foretaget os gennem specialeprocessen. Det videnskabsteoretiske grundlag medfører visse metodiske til- og fravalg. Jævnfør problemstillingen valgte vi at dykke ned i praksisforskning, da den tager udgangspunkt i førstepersonsperspektiver. Derudover er praksisforskning en del af den kritiske psykologi (Jartoft 1996), hvilket ligeledes skriver sig ind i specialet. For at understøtte praksisforskning tager vi blandt andet udgangspunkt i det kvalitative interview.

Læseguide: Sprogligt bærer kapitlet præg af at være blevet skrevet på som en del af processen, både før og under specialets tilblivelse. Der vil således primært blive skrevet i nutid og fremtid, men derudover også retrospektive refleksioner, som fremtræder i datid, hvor det giver mening for læserens forståelse af processen.

3.1 Praksisforskning

Ifølge Højholt består praksisforskning af at forstå forskning, som en gensidighed mellem vidensudvikling og praksisudvikling (Højholt, 2005: 129). Hermed skal viden forstås som værende en del af praksis (Højholt, 2005: 127), samt med det formål at skabe viden til eventuel efterfølgende forandring i praksis. Qua vores problemstilling skriver vi os med specialet ind i en forståelse af mødrene, som værende en del af praksis, da sundhedsplejerskes professionelle fag ikke ville eksistere uden mødre. Dermed tilskriver vi, at mødre har en aktuel rolle i forhold til at være medforskende i vores undersøgelse. Derudover handler det også om at inddrage, som Højholt præciserer med følgende “(...) *samarbejde i forskningsprocessen, om deltagelse, medforskning, udvikling.*” (Højholt 2005: 129). Vi ønsker at tænke principperne bag medforskning ind, både i vores valg af interviewpersoner og i kraft af empiriproduktion- og bearbejdning. Vi ønsker dertil at være så tro mod vores medforskernes udsagn som muligt. I forlængelse af dette og i samarbejde med mødrene, ønsker vi at få deres personlige erfaringer og fortællinger frem, da det har betydning for deres

deltagelse samt empiriproduktionen. Det gjorde vi i praksis ved at fremsende de hovedpointer som vi i første omgang fandt fra hvert interview, og dertil fik feedback på skrift fra kvinderne. Både hovedpointer og kvindernes tilbagemeldinger fremgår af de pågældende interviews. Dette stemmer overens med Højholt, da vi deltager i en fælles verden, og dog alligevel kan opleve fællesskabet forskelligt (Højholt 2005: 127).

Hun beskriver praksisperspektivet som følgende:

“Indtil videre kan vi et praksisperspektiv karakterisere viden, som “noget vi gør” og gør i en sammenhæng. Det er en sammenhæng, hvor vi handler sammen med andre og på baggrund af historiske fælles forståelser og traditioner samt forskellige personlige interesser og betydninger - knyttet til det fælles.” (Højholt 2005: 128).

Citatet er med til at underbygge, hvorfor det er, at vi netop anskuer praksisforskning som inspirationsgrundlag for vores undersøgelse. Mødrene indgår i sundhedsplejens praksis med en forståelse, egne erfaringer og personlige interesser, hvilket både påvirker relationen til sundhedsplejersken samt hvad de får ud af vedkommendes tilstedeværelse. Det er gennem fælles handlinger, samarbejde og erfaringer at viden skabes og udvikles i praksis (Højholt 2005: 127). Formålet for os er således at bidrage med ny viden om brugernes perspektiver på sundhedsplejen til eventuelle efterfølgende undersøgelser - og på sigt også medvirkende til forandring i praksis.

3.2 Kvalitativt interview

Vi har valgt at foretage kvalitative interview i forbindelse med vores undersøgelse. Vi vil i følgende afsnit begrunde dette valg, samt introducere hvilket forarbejde vi har gjort inden interviewene blev afholdt. Vi læner os op ad Højholt, når vi gennem interviewformen bestræber os på at få et indblik i deltagernes personlige erfaringer og hermed lære om almene sammenhænge (Højholt 2005: 130). Vores metodologiske overvejelser bygger på forestillingen om, at vores valgte metode og empiriproduktion kan være med til at besvare vores problemformulering.

Følgende afsnit vil belyse det kvalitative interview som metode, samt belyse fordele og ulemper herved. Med det kvalitative interview tages der udgangspunkt i professor Steinar Kvale og professor Svend Brinkmanns (Brinkmann & Kvale 2015: 15) tilgang til interviewmetoden.

Det kvalitative interview er et redskab, som muliggør, at en eller flere deltagere kan give en detaljeret fortælling om eksempelvis en oplevelse (Kvale & Brinkmann 2015)

Grundlæggende er det en dialog mellem deltager og interviewer, hvor intervieweren får mulighed for at stille åbne spørgsmål (ibid.). I forlængelse af dette, har vi valgt at udarbejde en interviewguide. Interviewguiden er udarbejdet ud fra fortællinger fra mødre, som har indvilliget i at fortælle om deres oplevelser med sundhedsplejersker. Vi skrev ud i fire Facebook-grupper der alle omhandler familieliv og forældreskab, med til sammen over 27.700 medlemmer. Vi skrev deri et opslag med kort intro til hvad vores formål var, og spurgte dertil åbent ud om de havde lyst til, at dele deres erfaringer med sundhedsplejen (Bilag 5). Facebook-responsen fra de mødre, der sendte fortællinger tilbage har været fundamentet for vores interviewguide, da vi ønsker at få deres perspektiver frem og ikke egne forforståelser. Dette anser vi som værende en måde, hvorpå at vi allerede fra start får andres perspektiver frem, hvilket Højholt ligeledes skriver sig ind i med følgende ord: *“Når vi arbejder med at forstå mennesker, er vi jo selv en del af det, vi søger at forstå, men vi kan ikke bare tage udgangspunkt i os selv for at forstå andre”* (Højholt 2005: 130). Udover at bruge Facebook-respondenternes svar som inspirationskilde til interviewguiden, bruger vi ligeledes svarene analytisk. Det betyder konkret, at vi ikke går i dybden med de enkelte respondenter fra Facebook, men at vi anvender citater, for at give en mere diskuterende analyse.

I forhold til praksisforskningen og måden hvorpå vi forsøger at skabe viden og indsigt gennem kvalitative interviews, handler det om at forbinde sammenhænge der kan give et indblik i deltagernes viden, og deres forskellige perspektiver på problemstillingen (Højholt 2005: 133). Hermed bliver den analytiske tilgang (jf. Analysestrategi) især relevant, da den kan være med til at forbinde disse perspektiver i nye forståelser af problemstillingen, som vi undersøger (ibid.). Dog er vi opmærksomme på, at vi grundet de herskende betingelser, her Covid-19, ikke kan afholde interview som et fysisk møde. På baggrund af disse omstændigheder har vi besluttet at afholde interview via Google Meet, som er en online platform, der muliggør interview med kryptering for og af deltagerne (Google 2021). Nedenstående afsnit vil præsentere, hvorledes vi greb rekrutteringen af medforskere an.

3.3 Rekruttering af medforskere

Valget af kvalitative interview indebærer også en rekrutteringsproces, hvor deltagere findes og vælges (Kvale & Brinkmann 2015). Denne proces vil vi i indeværende afsnit belyse og præsentere, således at læseren kan få en forståelse for hvilke overvejelser, der ligger bag vores valg af deltagere (medforskere). Blandt disse overvejelser var hvem vi skulle interviewe, hvordan de skulle rekrutteres, hvor interviewene skulle finde sted og hvor mange interview vi ville gennemføre.

I kraft af, at vi ønsker at stille os uden for de gængse undersøgelser, der primært beskæftiger sig med særligt sårbare mødre (jf. Litteratursøgning), ønskede vi i stedet af få 'den gennemsnitlige mor' i tale. De undersøgelser og den forskning der er på området omkring sundhedsplejen, beskæftiger sig primært med sundhedsplejerskens (varierende) dokumentation, eller tager udgangspunkt i særligt sårbare eller udsatte mødre. Vores ønske er at arbejde med brugerperspektiver fra 'den gennemsnitlige mor'. Når vi taler om 'den gennemsnitlige mor' tager vi derfor udgangspunkt i mødre omkring 25-35 år (Gennemsnitsalderen for alle fødende kvinder er 31,0 år, og førstegangsfødende 29,5 år), med 1-2 børn (gennemsnittet er 1,7) (Danmarks Statistik 2020), og dertil mødre, der ikke er kategoriseret i systemet som særligt sårbare og i forvejen modtager særlig hjælp/støtte (Sundhedsstyrelsen, 2017).

I spørgsmålet om, hvem vi skulle interview samt hvordan de skulle rekrutteres, talte vi allerede i starten af processen om muligheden for eksempelvis at adspørge eget netværk, søge bredt ud på eksempelvis sociale medier eller en kombination af dette. Vi var også omkring at lave samarbejde med en kommune med henblik på at få lov til at følge en sundhedsplejerskes forløb hos en række familier - med tanke på observation kombineret med interview.

Vi besluttede dog af flere grunde at forkaste denne ide, særligt på baggrund af omstændigheder, som Covid-19 indebærer. Fordelene ved at rekruttere i netværk af veninder, er at der allerede er etableret en tillidsfuld relation og vi må formode at et samtykke fra dem også indebærer, at de har mod på at indgå i at dele private tanker, erfaringer og oplevelser til specialets empiri med os. Dette kræver naturligvis en del overvejelser om etiske aspekter, hvilket vi vil komme nærmere omkring i afsnittet "*Etiske overvejelser*". Fordelene kan også være at vi får mere åbne og detaljerede beskrivelser, samt at mødrene er mere tilbøjelige til at dele ud af deres følelsesmæssige perspektiver. Det kan naturligvis også risikere at have modsatte effekt, at deltagerne er tilbageholdende, fordi de bevidst eller ubevidst ønsker at opretholde en særlig forståelse eller at der går informationer tabt i form af 'tavs viden', da

nogle forhold kan blive indforståede eller usagte (Brinkmann & Kvale 2015: 84, 133ff, 183ff). Dette vil vi bestræbe os på at imødekomme ved at være bevidste om det, være velreflekterede og forberedte i vores interviewguide og spørgeteknik. Vi vil forholde os naive, i den forstand, at vi vil spørge ind til dem som vi ville spørge alle andre, sådan at vi får detaljer med vi ellers kunne overse i 'selvfølgelighedens navn', samtidig med at vi ønsker at værne om deltagernes integritet.

3.4 Præsentation af medforskere

I kraft af ovenstående rekrutteringsproces endte det med, at vi fandt to veninder hver, som havde lyst til at dele deres historier, hvorefter vi interviewede dem hver især. De er også anonyme for den part som de ikke kender, da det udelukkende er den interviewende af os, som kender deres identitet. Baggrunden for dette var, at de skulle føle sig fortrolige i at dele, på lige fod med en uformel venindesnak.

Følgende afsnit skal danne et overblik over vores medforskere. For at sikre anonymitet er vores medforskere navne blevet anonymiseret, samt deres respektive familier, som de selv nævner. For at give et overblik og en forståelse for hvem vores medforskere er, vil det følgende præsentere dem:

Anne: 30 år, gift, bosiddende i Rødovre, 1 barn på knap 2 år, Anne arbejder som socialrådgiver og har skiftet arbejdsplads for at være tættere på hjemmet og have mindre transporttid og mere familietid.

Beate: Er 26 år, gift, bosiddende i Næstved. Pt. går Beate hjemme, da hun afsluttede sin barsel i februar måned 2021, og nu er gravid med parrets andet barn, som hun har termin med til september 2021. Beate er uddannet fysioterapeut.

Liv: 29 år, gift, bosiddende i København, 1 barn på 2 år, Liv er hjemmegående på ubestemt tid og uddannet fra RUC. Liv besvarede både Facebook-opslag, samt deltog i et interview.

Marie: Er 29 år, gift og bosiddende i Slagelse med sin mand og 2 børn. Familien har valgt, at Marie skal være hjemmegående indtil deres yngste dreng, på nu 1,5 år, fylder 5 år. Familien har tidligere været bosiddende i København, hvor begge forældre arbejdede. Marie er uddannet pædagog.

3.5 Metodekritiske overvejelser

Indeværende afsnit har til formål at give et indblik i de metodekritiske overvejelser som vi gennem processen med udarbejdelse af specialet reflekterede over. Vi er bevidste om, at der altid vil være fordele og ulemper ved vores metodevalg, og særligt ønsker vi at være opmærksomme på, hvor der potentielt kan opstå udfordringer. En af de væsentligste opmærksomhedspunkter er ifølge Kvale og Brinkmann, at der hersker et asymmetrisk magtforhold, som betyder at vi ikke kan indgå i en ligestillet dialog i interviewet (Kvale & Brinkmann 2015: 56). Dette implicerer, at vi som interviewere har magt til at fortolke på det fortalte, hvilket har en vis betydning for analyseprocessen, da vi kan fremhæve det vi anser som relevant, qua vores egne undersøgelsesinteresser. Selvom vi er opmærksomme på denne asymmetri, anser vi det dog ikke som en primær ulempe, da vi er fortrolige med vores deltagere, således at vi har en fordel i at vide, hvad de mener, når de svarer i interviewene. Vi er dog opmærksomme på at dette kræver en stor bevidsthed om ikke at overfortolke deres svar på trods af, at vi som veninder kan foranlediges til at have en vis indforståethed eller forudindtagethed. Dette fører os videre til, at det kvalitative interview skal formå at indsamle informationer som er valide (Kvale & Brinkmann 2015: 324-325). Forstået på den måde, at vores deltagere skal fortælle om reelle oplevelser, således at vi kan sikre os en mængde af interview, der består af repræsentative fortællinger og perspektiver, som kan danne grundlag for den samlede empiriproduktion (ibid.). En klar fordel for os er her, som beskrevet under "*Rekruttering af medforskere*", at vi på forhånd har en fortrolighed med deltagerne, hvilket betyder, at vi ikke skal fokusere på at skabe et tillidsfuldt rum for deltagerne under interviewene. I stedet skal vi sørge for at deltagerne føler sig trygge, eftersom at vi indtager forskellige roller under interviewet, qua det asymmetriske magtforhold (Kvale & Brinkmann 2015). Som beskrevet tidligere kunne vi i kraft af Covid-19 ikke afholde fysiske møder i forbindelse med interviewene, hvorfor vi valgte det computerbaserede (med både lyd og billede). Det computerbaserede interview kan til en vis grad stadig være ansigt-til-ansigt, da alle parter har mikrofon og kamera tændt under interviewet (Kvale & Brinkmann 2015: 204-205).

Udover overvejelser omkring vores interview, har vi også haft overvejelser omkring vores Facebook-respondenter samt hvilke grupper vi valgte at skrive i. I kraft af, at vi har skrevet ud i grupper, som vi begge er medlem af, kan man forestille sig at dette kan give biased svar. Forstået på den måde, at det er forældre der til en vis grad har eksempelvis børnesyn og/eller andre værdier for familie-børneliv til fælles med os. Vi skrev ud til fire grupper (Bilag 5).

De fire grupper har hver især mange tusinde medlemmer, hvilket udgjorde, at vi samlet skrev til 27.600 Facebookbrugere. Udover det, er det en måde, hvor det er nemt at komme i uformel kontakt med mange mennesker på en gang, hvilket var grunden til vi valgte denne platform. Vi oplevede også, at dette var meget givende, da tilbagemeldingerne var meget varierende og brugbare for vores videre arbejde med interviewguide.

3.6 Etiske overvejelser

I forbindelse med vores empiriske arbejde har vi løbende haft mange etiske overvejelser om både undersøgelsesdesign, udførelse og bearbejdning. Her har vi, som i de øvrige metodologiske overvejelser, benyttet os af Kvale og Brinkmanns beskrivelser af hvordan dette kan håndteres og arbejdes med i praksis. (Kvale & Brinkmann 2015). Vi vil i dette afsnit belyse de mest væsentlige overvejelser, samt valg og fravalg. Derfor vil afsnittet komme omkring vores overvejelser vedrørende det forarbejde vi lavede på de sociale medier, for at komme nærmere genstandsfeltet og interessante perspektiver. Derudover også vores interviews og arbejdet med at planlægge, udføre og bearbejde dem.

Først og fremmest gjorde vi os tanker om, hvordan vil ville forholde os til det forudgående researcharbejde, hvor vi skrev ud til facebookbrugere (jf. Kvalitativt interview). Vi besluttede at spørge så åbent som muligt, dels for at svarene skulle afspejle de umiddelbare perspektiver som folk havde lyst til at dele og ikke virke ledende. For at afdække etiske spørgsmål om samtykke og anonymitet, skrev vi omkring formålet og derudover at vi ønskede deres samtykke til anonymt at anvende deres besvarelser. Vi har derfor fået samtykke fra samtlige af de gruppemedlemmer, der besvarede vores opslag.

Da vi havde gennemlæst samtlige besvarelser og samtidig havde fastlagt en teoretisk ramme, gik vi i gang med at udvikle interviewguiden til interviewet. Her gjorde vi os ligeledes en del etiske overvejelser omkring spørgeteknik, design og udførelse. Vi ønsker som beskrevet at arbejde ud fra mødrenes udlægning af oplevelser, følelser og erfaringer, og havde som udgangspunkt åbne spørgsmål. Ledende spørgsmål, af eksempelvis kritisk karakter eller spørgsmål, der satte tvivl ved deres beretning, ønskede vi bevidst at afholde os fra.

Kvale og Brinkmann beskriver at; *“Interviewforskning er gennemsyret af etiske spørgsmål.”* (Brinkmann & Kvale 2015: 37). De tilføjer dertil hvordan den viden som derigennem generes, afhænger af den interviewede og interviewerens og bunder i interviewerens evne til at skabe en tryk interviewsituation, hvori der er følelse af frihed til at dele private anliggender. Dette kræver en balance mellem vores interesse i at skaffe relevant viden og vores etiske

respekt for mødrenes integritet (ibid.). Dette var vi især opmærksomme på, da vores medforskere, som tidligere beskrevet er fundet blandt vores egne veninder. Det gav som tidligere beskrevet visse fordele, da de på forhånd var trygge ved at snakke med os, men det gjorde os også ekstra bevidste om at skulle værne om deres integritet samt finde balancen mellem formel og uformel samtale undervejs. Eksempelvis at være anerkendende når de delte svære ting, dog uden at komme med input til løsninger, men i stedet lytte og spørge ind til deres førstepersonsperspektiver.

3.7 Validitet af specialet

Dette sidste afsnit i metodekapitlet, vil belyse hvordan vi forholder os til validitetsspørgsmålet i forhold til undersøgelsens problemstilling. Først vil afsnittet anskueliggøre hvad begrebet validitet betyder, og efterfølgende anskue, hvordan vi forholder os til begrebet i indeværende speciale.

Begrebet validitet inddrages, da det grundlæggende handler om, hvorvidt at ens undersøgelse faktisk undersøger det, der er hensigten med ens undersøgelse (Brinkmann & Tanggaard 2015; Kvale & Brinkmann 2015). Inden for de kvalitative metoder hersker der nogle diskussioner om selve begrebet validitet (Kvale & Brinkmann 2015). Diskussionerne handler eksempelvis om tvivl i forhold til validitet i kvalitative undersøgelser, som Kvale og Brinkmann påpeger kan opstå i forhold til deltagernes hukommelse (Kvale & Brinkmann 2015: 70). Det er tidligere beskrevet, at vi anser medforskernes førstepersonsperspektiv som den virkelighed vi ønsker at tage udgangspunkt i. I kraft af dette finder vi det irrelevant, at hukommelsen har indflydelse på deres fortælling, og dermed heller ikke relevant for validiteten af specialet. Vi bestræber os på validitet gennem generaliserbarhed, på den måde, at vi ønsker at udvikle empirisk materiale og analytiske konklusioner, der kan forstås som gyldig og brugbar viden. Dette har vi forsøgt at imødekomme ved at finde cases, der afspejler "den gennemsnitlige mor", hvilket vi også tidligere har beskrevet (jf. Rekruttering af medforskere).

I forhold til det, vil vi tage udgangspunkt i Bent Flyvbjergs forståelse af casestudier, da vi læner op ad hans udlægning af generaliserbarhed, samt de styrker casestudier kan have (Flyvbjerg 2015). Ifølge Flyvbjerg kan kvalitativ metode skabe lige så gode forudsætninger for en generaliserbar undersøgelse (Flyvbjerg 2015: 497).

Flyvbjerg pointerer, at casestudiets videnskabelige muligheder ofte forkastes uretmæssigt

(Flyvbjerg 2010: 487). Han mener ikke, at en undersøgelse nødvendigvis bør indeholde et større antal eksempler for at kunne gøre sig gældende i en anden og lignende kontekst. En af fordelene ved kvalitative studier, som dette med få cases, beskriver Flyvbjerg som følger:

“Konkrete erfaringer kan opnås gennem fortsat nærkontakt med den studerede virkelighed og gennem feedback fra dem, man studerer. Stor distance til studieobjektet og manglende feedback ender let i en virkningsløs læringsproces, som i forskningssammenhæng kan føre til rituelle akademiske blindgyder, hvor forskningens effekt og nytte bliver uklar og uprøvet. Som forskningsmetode kan casestudiet være et effektivt middel mod denne tendens.”

(Flyvbjerg 2010: 467).

I kraft af dette mener vi, at specialets indhold er af valid karakter, med brugbar kontekstuel viden, der indebærer generaliserbarhed på baggrund af de metodiske- teoretiske- og analytiske valg og- fravalg vi har taget i processen. Modsat evidens-kriteriet, som blandt andet VIVE bestræber (jf. Indledning), ønsker vi at bruge cases som middel mod denne “blindgyde” som Flyvbjerg kalder det. Ifølge ham er begge tilgange nødvendige for en solid og balanceret udvikling af samfundsvidenskaberne (Flyvbjerg 2010: 486). Vi håber således, at der fremtidigt vil blive kombineret både kvalitative casestudier som dette med kvantitative undersøgelser, når vidensudvikling om sundhedsplejens praksis skal skabe fremtidige meningsfulde forandringer af feltet.

3.8 Analysestrategi

I dette afsnit vil vi belyse, hvorledes vi er gået til bearbejdningen af vores empiri samt hvordan dette har dannet grundlaget for analysen. Først og fremmest beskrives det, hvordan vi har valgt at tilgå transskriberingen, og derefter hvordan vi griber kodningen og meningskodensering an.

3.8.1 Transskribering

Vi har valgt at transskribere med udgangspunkt i Brinkmann og Kvaales tilgang dertil. De beskriver følgende:

“At transskribere vil sige at transformere, skifte fra én form til en anden. (...) Et interview er et levende socialt samspil, hvor tempoet tonefaldet og kropsudtrykket er umiddelbart tilgængelige for deltagerne i ansigt til ansigt-samtalen, men de er ikke tilgængelige for den, der uden for denne kontekst læser udskriften.” (Brinkmann & Kvale 2015: 236).

Vi vil transskribere vores interview, i så fuldt format som muligt. Forstået således, at vi allerede inden interviewene blev afholdt besluttede at skrive transskriberingen så detaljeret og fyldestgørende som muligt. Dels er vores erfaring, at det giver et bedre overblik over empirien, når ordene er nedskrevet – det memoreres bedre for os selv, men dels også, da vi ikke med sikkerhed ved hvilke udsagn, der vil blive interessante for den videre analyse. Det samlede interview bliver nedskrevet med så mange verbale udtryk og tegnsætninger som muligt for at illustrere eksempelvis ufærdiggjorte sætninger, afbrydelser og pauser (Brinkmann & Kvale 2015: 241). Vi vil på den måde forsøge at være så tæt på det talte sprog som muligt, og ikke forsøge at ændre fra talesprog til skriftsprog. Vores transskribering har til formål at give os et overblik over den samlede empiri, men også et skriftligt materiale som kan danne baggrund for videre systematisk analyse (Brinkmann & Kvale 2015: 238ff).

3.8.2 Kodning og meningskondensering

Når vi skal til at bearbejde de færdige transskriberinger, ønsker vi at få empirien reduceret systematisk med en induktiv tilgang (Brinkmann & Kvale 2015: 258). Dette findes der forskellige metoder til, med det formål at gøre analyseprocessen nemmere og mere overskuelig at gå til. Disse metoder anvendes til at organisere transskriberingerne og sammenfatte betydninger fra mødrenes udtalelser - både eksplicite og implicite (Brinkmann & Kvale 2015: 252ff). En metode som vi har valgt at lade os læne op ad er Coffey og Atkinsons (1996) kodningsmetode, som netop er tiltænkt til behandling af kvalitative data. Vigtigt her er at have sig for øje, at kodning ikke er analyse i sig selv, men et redskab til at muliggøre analyse (Coffey & Atkinsons 1996: 27). Først og fremmest vil vi gennemgå transskriberingerne grundigt og flere gange, for at blive fortrolige med indholdet og få et overblik over helheden. Derfra vil vi kode og tematisere indholdet med fokus på at se på betingelser, betydninger og begrundelser for kvinderne (jf. Teoretiske overvejelser). Kodningen vil vi gribe an ved at fragmentere transskriberingerne til meningsfulde dele (meningskondensering), hvorfra vi udvælger sætninger, passager og ord som vi mener relevante for vores problemformulering samt teoretiske ramme. Vi vil i den sammenhæng læne os op ad Coffey & Atkinsons (1996: 29) fremgangsmåde: “(...) *code-and-retrieve procedure*”, hvorefter vi derigennem først finder frem til relevante fænomener og dernæst vil samle eksemplerne på disse fænomener i temaer. Slutteligt vil vi analysere disse fænomener inddelt i temaer med fokus på førstehåndsperspektivet, ved at finde mønstre, strukturer, uligheder samt ligheder i mødrenes fortællinger.

Kapitel 4: Teoretiske overvejelser (Nanna)

I indeværende kapitel vil vi give læseren en forståelse for den teoretiske ramme, som vi i specialets tilblivelse har taget udgangspunkt i. Det repræsenterer på sin vis både en måde at anskue menneskers væren i verden (jf. Videnskabsteoretiske overvejelser), men centralt for dette kapitel er, at give en indføring i de begreber som vi har fundet brugbare i vores diskuterende analyse. Forholdet mellem videnskabsteori, metode og teori står således gensidigt afhængigt. Forstået sådan, at det er den kritiske psykologi, der trækker den røde tråd gennem forståelsen af vores eksisterende forståelser, teoretiske rammesætning og videre vidensudvikling gennem specialet.

Vi finder livsførelse som analytisk begreb relevant for indeværende speciale, da vi mener, at det på teoretisk vis giver os mulighed for at analysere og diskutere mødrenes autonomi, selvforståelse, prioriteringer og rutiner. I den kritiske psykologi forstår man menneskers væren i sociale kontekster som en præmis for udvikling og læring- altså er deltagelse et centralt begreb som på forskellig vis er allestedsværende i den kritisk psykologiske referenceramme (Holzkamp 1998; Drejer 2011). Vi arbejder således med mødrenes deltagelse som brugere af sundhedsplejens praksis.

4.1 Introduktion til livsførelse

Ifølge Holzkamp er livsførelsen hos individet baseret på rutinemæssige afviklinger, som ligeledes er betinget af subjektet autonomi og rådighed over forskellige frihedsgrader (Holzkamp 1998: 9; jf. Rutiner & Cyklisk organisering af livsførelsen). Ole Dreier beskriver, hvorledes relationer og sociale kontekster har afgørende betydning for subjektets organisering af livsførelse (Dreier 2011). Han formulerer i den forbindelse, hvorledes subjektet forhandler med forskellige parter i forskellige sociale arenaer, om hvordan der skabes balance mellem deres egne ønsker og derudover hvad de føler sig forpligtet til (indre vs. ydre krav) (Dreier 2011: 10). Holzkamp beskæftiger sig ligeledes med subjektets organisering af livsførelsen. Han beskriver, hvordan det travle hverdagsliv medfører en nødvendighed af, at subjektet prioriterer sine daglige handlinger. Dertil hvilke valg, der bliver centrale for subjektets måde at føre sit liv - altså livsførelsen (Holzkamp 1998: 4).

Dette kalder Holzkamp for livsførelsesøkonomi, som rummer hvordan subjektet, her mødrene, vælger at prioritere og organisere valg, kompromisser og rutiner i deres dagligdag

(ibid.). Ifølge Holzkamp er forhandling af rutinerne ikke stationære, forstået således, at de altid er til forhandling hos subjektet, da disse er afgørende for alle daglige gøremål i hverdagen (at stå op, børste tænder, hvad og hvornår man skal spise etc.) (ibid.).

Ifølge Holzkamp er disse rutiner altid betinget af subjektets indre og ydre krav (Holzkamp 1998: 8-9). Det er også derfor vi finder det relevant at inddrage begrebet i specialet, da vi ønsker at komme nærmere ind på, hvordan livsførelsen hos mødre påvirkes af mødet med sundhedsplejersken og hvorledes dette er meningsfuldt for mødre selv. Et eksempel kunne være, at sundhedsplejerskens vejledning strider imod, hvad mødre har gjort med amning eller flaske, og dermed vil det føles som et ydre krav, hvor mødre måske genovervejer deres rutiner og måske/måske ikke ændrer livsførelsen derefter. Dette er interessant at undersøge, også for at komme nærmere ind på, om - og hvorvidt, det er meningsfuldt for mødre, når deres rutiner påvirkes af sundhedsplejerskens tilstedeværelse. Ifølge Dreier er livsførelsen også central for at få indsigt i udviklingen af forskellige måder og forståelser for, hvordan subjekter håndterer ændringer i deres dagligdag (Dreier 2011: 10). Dette finder vi interessant til at anvende analytisk, for at forstå mødrenes oplevelser af den omvæltning det er at blive forældre, samt hvilke udfordringer og handlerum dette indebærer (jf. Afsnittet *Handlemuligheder & Handleevne*).

4.2 Rutiner & Cyklisk organisering af livsførelsen

Som beskrevet i ovenstående afsnit består livsførelse af rutiner og forhandlinger af samme. Holzkamp arbejder med livsførelse som værende cyklisk, hvilket skal forstås således, at rutinerne optræder cykliske og dette udgør livsførelsen. Det skal ses som en selvstændig betegnelse, der indebærer måden at organisere sine livshandlinger på (Holzkamp 1998: 7-8). Holzkamp mener, at disse rutiner er centrale for, at subjektet fornemmer, at livet 'går videre' og forløber sig nogenlunde gnidningsfrit uden for mange bekymringer og udfordringer for subjektet (Holzkamp 1998: 7-8). I indeværende speciale tænker vi særligt på rutiner omkring pasning og pleje af mødrenes børn, samt hvilke rutiner mødre udvikler for, at deres eget liv 'går videre' efter de er blevet mødre. En tid hvor stort set alle rutiner må genovervejes og konstant være til forhandling i kraft af babys behov og de øvrige familiedynamikker.

Holzkamp mener, at følelsen af livssikkerhed er base for det gode liv - altså at livssikkerheden opstår gennem tryghedsskabende rutiner og den daglige cyklicitet (Holzkamp 1998: 29). Vi har dertil en formodning om at denne livssikkerhed udfordres, når kvinderne får

børn og må tilpasse, omorganisere og forhandle deres livsførelsesøkonomi løbende med barnets udvikling og familiens øvrige behov. Dette er især interessant i lyset af, at Holzkamp mener, at der ikke findes lineære handlinger i livsførelse, men kun de cykliske. Lineære handlinger kan forstås som en række handlinger, der udgør en rutine, eksempelvis at børste tænder, tage nattøj på, lægge sig i sengen og slukke lyset. Disse handlinger bliver en integreret del af den daglige rutine, når de gentages i en cyklisk struktur og får betydning for øvrige handlinger subjektet udfører (Holzkamp 1998: 27). Dertil er subjektets egne cykliske organiseringer samtidigt i gensidig virkning med eksterne cyklusser, eksempelvis den øvrige families rutiner (ibid.), for eksempel babys behov for mad eller ren ble midt om natten. Holzkamp pointerer, at det er subjektet alene, der gennem aktiviteter og handlinger, sørger for at cyklussen fortsættes; på samme måde er det derfor ifølge ham også altid en mulighed for subjektet at træde ud af denne cykliske handling (Holzkamp 1998: 28). Såfremt man træder ud af sin cykliske handlinger, vil dette også have konsekvenser. Dette kan ifølge Holzkamp være konfliktfyldt, idet det kan skabe forandringer, som subjektet ikke ved hvordan det skal handle efter, og dette må subjektet tage ansvar for og stilling til (ibid.). Grundlaget for, at subjektet lever livet med disse repetitive systemer er, at man på den måde aflastes fra konstant at skulle revurdere sine handlinger. Mennesket gør således mange ting per automatik, hvilket frigiver overskud til det øvrige levede liv og dertilhørende udfordringer. Det er således essentielt, at mødrene konstant finder nye måder at leve cyklisk og organisere sig på ny, afhængigt af hvilke betingelser de udsættes for (ibid.)

4.3 Betingelser, begrundelser og betydninger

Betingelser, begrundelser og betydninger er tre centrale kategorier når vi beskæftiger os med livsførelse og generelt indenfor den kritiske psykologi (Jartoft 1996). De er tæt knyttet til individets egen forståelse af livsforhold, forudsætninger, kontekst samt valg af rutiner (ibid.).

Betingelser er et centralt element i den kritiske psykologiske analyse, og indebærer hvorledes man undersøger handlemuligheder som *betingelser* for et subjekt, her mødrene.

Alle mennesker er forskellige med forskellige forudsætninger, betingelser og måder at agere på. Jartoft beskriver blandt andet, at: ”*Det der er karakteristisk ved menneskers liv er, at vi står i et mulighedsforhold til vores samfundsmæssige betingelser.*” (Jartoft 1996: 205).

Derudover tilføjer Jartoft, at mennesket ikke udelukkende er determineret af dets betingelser eller sociale strukturer. Dette grundet, at disse ikke er entydige og samtidig både kan

indebære begrænsninger og muligheder for subjektet; hvilket i den kritiske psykologi er centralt for forståelsen af den subjektive handleevne. Altså må subjektet forholde sig til egne handlemuligheder (Jartoft 1996: 205; jf. Handlemuligheder & Handleevne).

Begrundelser er en central kategori både teoretisk, men også for vores arbejde. Når der arbejdes med begrundelser, ud fra det kritiske psykologiske felt, må man samtidig have opmærksomheden skarpt på subjektets (mødrenes) egne formulerede begrundelser og hvad der ligger bag disse, samt dertil hvad der ligger bag deres handlinger (Jartoft 1996: 206). Jartoft beskriver at: *“Man udvikler sine subjektive handlegrunde.”* (Jartoft 1996: 206). Ifølge Jartoft skal det forstås sådan, at subjektet understøtter egne handlinger med udgangspunkt i hvilke muligheder man oplever, ud fra de erfaringer man før har gjort sig (ibid.). Begrundelser kan vi anvende som analytisk redskab til at dykke ned i mødrenes perspektiver, altså må mødrenes handlinger ses begrundet ud fra de betingelser der stilles for deres moderskab.

Betydninger er ifølge Ole V. Rasmussen (cand.psych.) de handlemuligheder subjektet har, altså hvilke samfundsmæssige organiserede handlesammenhænge og muligheder for handling; dertil skal det også forstås som de sociale og saglige organiserede sammenhænge et menneske indgår i (Rasmussen, 2007: 277-278). Rasmussen beskriver, at når subjektet forholder sig til - og erkender noget, som har betydning for dets kontekst og handling, så forholder subjektet sig samtidigt til en organiseret social struktur med særlige relationer til andre mennesker. Til dette beskriver han, at *“Når et individ tilegner sig en betydning og bruger den i praksis, ”ved” og erkender individet også noget om andre personers betydning i og for handlesammenhængen og de konkrete aktiviteter.”* (Rasmussen 2007: 279).

Subjekterne (mødrene) forholder sig således til fælles samfundsmæssige midler (sundhedsplejen) og muligheder (den vejledning, som de præsenteres for) for derigennem at sikre en rådighed over eget liv. På den måde forstår vi på den ene side betydninger som samfundsmæssige betingelser og erfaringer, og på den anden side som subjektets mulighed for livssikring samt videreudvikling af organiserede handlemuligheder i subjektets videre udvikling og liv (Rasmussen 2007: 277).

4.4 Betingelses-, betydnings- og begrundelsesanalyse

Ifølge Vibeke Jartoft arbejder man med, hvordan betingelser, betydninger og begrundelser hænger sammen for subjektet, når man i den kritiske psykologi ønsker at forstå problemer

(Jartoft 1996: 204). Som tidligere beskrevet arbejder vi ud fra mødrenes egne fortællinger, der dermed tager deres ord, som værende genstand for analysen – uden at tage stilling til deres fortællingers sandhedsværdi eller lignende. Det vigtige for os er netop at få deres perspektiv ud fra hvordan de har følt, oplevet og handlet. Ved at analysere mødrenes udlægning af betingelser, betydninger og begrundelser, samt sammenhængen derimellem, vil vi få en forståelse for, hvordan mødre oplever mødet med sundhedsplejen og dertil hvordan dette møde har påvirket deres livsførelse og selvforståelse. Det er således en form for subjektvidenskabelig analyse vi ønsker, hvor de objektive betingelser ikke skal forstås som isolerede faktorer, men derimod som de konkrete betydninger de har for subjektet og førstepersonsperspektivet. Vi er derfor heller ikke interesserede i at analysere på samfundsmæssige strukturer eller andre ydre betingelser, som forsøger at tolke mødre udefra (Jartoft 1996: 205). Det betyder, at vi først og fremmest må finde forståelse for sammenhængen mellem de psykiske og samfundsmæssige forhold – deraf også vores interesse i den historiske udvikling og sundhedsplejens fag som profession. Dette gøres subjektvidenskabeligt ved at tage udgangspunkt i mødrenes egne opfattelser og erfaringer, og dertil må vi tage højde for de konkrete livsforhold som mødrene lever i og handler ud fra (ibid.). Når vi skal bearbejde empirien, vil vi derfor bruge betingelses-, betydnings- og begrundelseskategorierne som baggrund for analyse, forstået sådan, at vi søger efter udsagn fra mødre, hvor de udtrykker disse kategorier for dermed at kunne analysere det.

4.5 Handlemuligheder & Handleevne

Subjektets *handlemuligheder* hænger tæt sammen med dets handleevne, som derudover er betinget af de handlesammenhænge det indgår i. Hvordan subjektet oplever muligheden for at handle, er betinget af de forhold og kontekster det indgår i, ligesom det også er påvirket af subjektets selvforståelse samt de betingelser der er til stede for at handle (jf. Selvforståelse). Hvordan disse forhold og kontekster har betydning, er udtrykt som handlesammenhænge; vi trækker på Rasmussens forståelse af handlesammenhænge deraf (Rasmussen 2007). Rasmussen sammenkobler det, der foregår mellem subjekter i et særligt rum og handlesammenhæng, og så den almene betydning for subjektet; altså at der ligger en betydning for subjektet der rækker ud over den blotte situation og relation. Handlesammenhænge må således forstås på tværs af forskellige kontekster, relationer og sociale arenaer (Rasmussen 2007: 276). Rasmussen beskriver, hvorledes at disse handlesammenhænge dog ikke skal forstås som determinerede for subjektets relationer og handlinger, men derimod kan subjektet forme deres handlesammenhænge og deres betydning

gennem egne handlinger og valg. Han tilføjer dertil, at subjekter kan: “ (...) udvikle deres indbyrdes relationer –og dem selv herigennem.” (Rasmussen 2007: 276).

Ifølge Rasmussen er der tre faktorer, som skal være i spil, før subjektet muliggør egen deltagelse, der kan medvirke til udviklingen af handlesammenhænge (Rasmussen 2007: 282).

Rasmussen beskriver de tre faktorer som følgende:

- 1) for at subjektet kan sikre og udvikle dets liv og handle gennem deltagelse i en handlesammenhæng, må der være mulighed for dette. Handlesammenhængen må altså være relevant og muliggøre konkrete livsudfoldelser.
- 2) Subjektet skal have erkendelsen og opfattelse af disse muligheder eksisterer. Således skal subjekt forstå dette og samtidig kunne forudse, hvilke muligheder det giver.
- 3) Subjektet skal kunne mærke og erfare en forbindelse mellem handlemuligheder, der er i sammenhængen med andre subjekter og eget ståsted. Således må man emotionelt kunne vurdere, hvordan de handlemuligheder subjektet oplever kan være brugbare for dets livssikring og rådigheden over subjektets eget liv (Rasmussen 2007: 282-283). Vi finder disse tre faktorer brugbare til at gå analytisk ind i vores empiri, og få en bedre forståelse og dermed danne overblik over mødrenes handlemuligheder; altså hvorledes mødre oplever, forstår og føler muligheder for at leve deres liv på en måde der for dem selv virker meningsfuld. Dertil særligt, hvordan mødet med sundhedsplejersken, som en del af deres handlesammenhæng, udgør betingelser, herunder muligheder og begrænsninger, der får betydning for udfoldelsen af mødrenes daglige livsførelse.

Når disse tre faktorer er i spil, opstår der således en handlemulighed for mødre, men dertil er deres handleevne videre essentiel for, hvorvidt de reelt formår at handle derpå.

Handleevnen er subjektets evne til at råde over dets samfundsmæssige livsbetingelser gennem egne handlinger (Jartoft 1996: 196). Jartoft beskriver, hvordan handleevnen skal forstås som: “(...) menneskets potentiale for at leve under bestemte historiske betingelser.” (Jartoft 1996: 196). Hun uddyber dertil, hvorledes handleevnen ikke er en reference til specifikke måder at handle på, men derimod henviser handleevne til subjektets motivation, kognition, tænkning og emotioner; dertil er det således funktionelle aspekter, der udvikles i vekselvirkning med subjektets livsbetingelser (ibid.). Morten Nissen beskriver ligeledes handleevnen, og vi har derfor valgt at dykke nærmere ned i hans beskrivelse. Nissen formulerer subjektets handleevne som: “(...) rådighed over sine vilkår gennem deltagelse i den samfundsmæssige skabelse af og kontrol med livsbetingelserne. Denne subjektstatus er imidlertid ikke nogen stabil og given tilstand. Handleevnen er altid prekær, relativ og i

udvikling.” (Nissen 2002: 71). Dertil kommer, at man, ifølge Jarftoft og Nissen, kan have forståelser af henholdsvis den udvidende handleevne og den begrænsende. Den udvidende handleevne, skal forstås således, at subjektet kan forsøge at forbedre fælles livsbetingelser ved at forholde sig bevidst til og gribe ind i eget liv (Jarftoft 1996: 196; Nissen 2002: 71). Selvreproduktion og selvoverskridelse er ifølge Nissen (2002: 71) uadskillelige og forudsætter hinanden. Subjektet kan ikke udvide dets handleevne såfremt subjektets opretholdelse opleves som truet; altså hvis mødrene oplever, at de ikke kan oprette egen livsførelse, men føler den truet i en sådan grad at det ikke kan opretholdes meningsfuld, vil de ikke formå at udvikle sig overhovedet (ibid.). Status quo kan således kun opretholdes såfremt, at subjektet giver afkald på kontrol med dets betingelser. Det indebærer dertil, at en udvidelse af kontrollen med livsbetingelser også indebærer subjektets selvreproduktion (ibid.). Subjektets præmisser vil, ifølge Nissen, komme til udtryk emotionelt i spektret mellem subjektets angst og motivation, som et spejlbillede af subjektets egen forventning til enten udvidelse eller tab af dets handleevne (ibid.). Dette finder vi interessant, når vi skal analysere, hvorledes mødrene mestrer deres brud på cykliske rutiner efter de er blevet forældre. Dette er interessant, da de tvinges til at handle ud fra nye betingelser, samt indre emotionelle processer. Dermed udvikler de livsførelsen under disse forhold, hvilket også er en måde at analysere, hvordan deres handleevne udvikles eller begrænses.

Ole Dreier beskæftiger sig også med disse muligheder for udvikling og udvidelse af handleevne. Han pointerer, hvorledes udviklingsbestræbelser, under visse omstændigheder, kan medføre en trussel mod eksistensen - eksempelvis ved undertrykkelse af subjektet. Han formulerer dertil, at emotionelle vurderinger kommer i forgrunden ved forstyrrelser af subjektets vante og rutinemæssige handlinger; dette vil ligeledes ske ved direkte trusler mod subjektets handleevne eller meget uvante situationer som påkræver subjektets tilvænnelse (Dreier 1979: 121). Det betyder, at når en allerede opnået handleevne opleves som truet, vil selvreproduktion og selvoverskridelse adskilles. Sådanne oplevelser kan sætte subjektet i dilemma, hvor de står mellem livsvalg, der kan være medvirkende til udvidet- eller begrænset handleevne. Den begrænsede handleevne forudsættes for eksempel af situationer, hvor subjektet accepterer begrænsende betingelser og holder egne oprørsimpulser nede (Nissen 2002: 71). Vi forestiller os, at dette kan blive relevant teoretisk perspektiv, når vi skal analysere på mødrenes oplevelser fra konkrete situationer med sundhedsplejersken, eksempelvis hvis de præsenteres for vejledning eller ny information som tvinger dem til at

gentænke allerede etablerede handlemønstre og rutiner med baby.

4.6 Selvforståelse

Holzkamp inddrager selvforståelsen som en central del af livsførelsen; han påpeger *“At udvikle en daglig livsførelse kræver, at vi udvikler en selvforståelse.”* (Holzkamp 1998: 4). Han beskriver dertil, at selvforståelse ikke skal forveksles med eksempelvis selvbillede, men derimod er det en forståelse af hvorfor, man tager de valg i livsførelsen man gør, hvorfor man prioriterer og økonomiserer sin livsførelse som man gør (Holzkamp 1998: 4). Den praktiske struktur af livsførelsen er altså med til at forme subjektets personlighed (Holzkamp 1998: 5). Selvforståelse indebærer således, at subjektet må nå til en forståelse af sig selv: altså det, som i subjektets indre ellers er uklart, skal subjektet få blik for, og derigennem gøre det implicite eksplicit (Holzkamp 1998: 21). Holzkamp beskriver til dette følgende:

”Når jeg har en interesse i ’selvforståelse’, implicerer det, at der faktisk er noget for (hver) mig at ’forstå’, som ikke allerede giver sig selv. Det indebærer altså, at der i og bag den tilsyneladende uproblematisk, ’endimensionelle’ ’daglige livsførelse (som alle jo kender) gemmer sig problemer og problematikker, der netop kræver en (fælles) bestræbelse på selvforståelse for at kunne blive åbenlyst og italesat.” (Holzkamp 1998: 21).

Således skal selvforståelse altså forstås, som subjektets egen forståelse af den måde det vælger at føre livet på, samt en forståelse af, og dertil hvorfor subjektet forandrer sin livsførelse (Holzkamp 1998: 4). Selvforståelse er ikke udelukkende subjektets forståelse af selvet, men det centrale er subjektets forståelse af sig selv i kraft af de ydre betingelser som man oplever have betydning for sin livsførelse. Han beskriver følgende:

”Selvforståelse er altså ikke blot en oplevelse af, hvem jeg er, et billede eller konstrukt af mig selv, men en forståelse af mine grunde til at føre mit liv, sådan som jeg gør- eller til at ville ændre min livsførelse.” (Holzkamp 1998: 4).

Subjektets selvforståelse er tæt forbundet til dets livsførelse; når man som subjekt udvikler, skaber og forandrer sin livsførelse og de praktiske strukturer hertil, vil dette også medføre ændring af subjektets personlighed (Holzkamp 1998: 5). Dette finder vi relevant i indeværende speciale, da det kan være analytisk redskab til at forstå kvindernes forståelse af dem selv, deres selvforståelse af sig selv som “mor”, samt hvordan de udvikler sig i deres moderskab blandt andet gennem mødet med sundhedsplejen.

Kapitel 5: Diskuterende analyse

Den diskuterende analyse er opdelt i to temaer, *Analysetema 1 – Moderskab og relationer* samt *Analysetema 2 – Kontrol og kassetænkning*. Herunder er der i hvert tema flere underafsnit med hver deres overskrift som præsenteres løbende. Opbygningen af første del, Analysetema 1, er struktureret efter vores på forhånd formulerede arbejds spørgsmål. Anden del, Analysetema 2, er udarbejdet på baggrund af den kodning vi lavede i empirien, og struktureret efter hvad vi i processen fandt ud af var centrale emner for mødrene.

5.1 Analysetema 1 – Moderskab og relationer (Katja)

Med udgangspunkt i arbejds spørgsmålene, vil vi i første analysetema tage afsæt i tematikkerne relation, kemi, samt moderrollen. Endvidere vil vi i dette tema belyse, hvordan mødrenes livsførelse er påvirket efter deres nye rolle som mor.

5.1.1 Livsførelse som nybagt mor

Livsførelsen er i høj grad præget af mødrenes autonomi og selvforståelse, hvilket har betydning for den måde, hvorpå de formår at organisere deres livsførelse på. Mødrenes livsførelse er blevet påvirket på forskellig vis efter, at de har fået en ny rolle som mor. I forhold til vores undersøgelse er det afgørende, at mødre og sundhedsplejersker kan opbygge en relation, som bygger på gensidig tillid, samt at der er en positiv kemi mellem parterne. Dette tema kom i vores interview, samt i svarende fra Facebook-respondenterne, til udtryk på forskellig vis, da kvinderne har haft forskellige oplevelser og hermed forskellige perspektiver på relationen til deres sundhedsplejerske. Eksempelvis udtaler Marie (Bilag 4), at hun med sine to sundhedsplejersker har oplevet markant forskel, både i forhold til hvordan de vejledte og rådgav, men i særdeleshed også, hvilken betydning deres indbyrdes relation har været for hende:

“Jeg tror da helt sikkert, at selvfølgelig vil de gøre deres bedste, men sådan en stor hjælp og varm relation var der overhovedet ikke. Det var meget hun kom, hun målte, hun vejede, snakkede lige om det der var overskriften for det besøg og så videre.” (Bilag 4: 15).

Citatet er fra den sundhedsplejerske hun mødte i forbindelse med sin førstefødte.

Hun oplever ikke, at sundhedsplejersken og hende selv har en særlig god relation, men at sundhedsplejersken kun var der for at tale om et emne, samt veje og måle baby.

Marie indikerer, at hun ikke har fået opfyldt sine forventninger i forbindelse med besøget,

selvom at sundhedsplejersken opfylder sine arbejdsopgaver. Dette finder vi interessant, da det formelt set er sundhedsplejerskens opgave at måle og veje etc. i kraft af, at formålet er at varetage barnets tarv (jf. Indledningen). Dog er dette netop også implicit båret af at yde støtte og vejledning, der i praksis er henvendt til forældrene. Sidstnævnte er således det, som Marie ikke oplever at føle i situationen.

På baggrund af ovenstående, analyserer vi sundhedsplejerskens virke, som en profession der kan træde i forskellige roller afhængig af relationen. I Maries tilfælde kan sundhedsplejersken virke som en distanceret professionel, altså en som besøger familien og udføre de konkrete opgaver, men ikke mere derudover. En af de andre mødre, Anne, fortæller om sin oplevelse med sundhedsplejersken. Hun fortæller i følgende citat, hvordan hun oplevede sundhedsplejersken:

“Det var i hvert fald anderledes for mig, og jeg tænker det var på grund af hendes personlighed og væremåde. Hun var enormt ... øøhm... rar, sød, imødekommende! Bare sådan en person man har lyst til at sætte sig ned og drikke en kop kaffe med! Simpelt hen bare så sød en sundhedsplejerske (...) men jeg følte bare at hende den rigtige var meget omsorgsfuld!” (Bilag 1: 6).

Anne giver i citatet udtryk for, at hun oplevede sundhedsplejersken som værende meget imødekommende, samt at hendes personlighed skinnede igennem. Det forstår vi som, at der var plads til mere end kun kontroltjek, som Marie oplevede det. Anne begrundede den gode relation og kemi med, at sundhedsplejersken havde en omsorgsfuld personlighed og hendes væremåde fik Anne til at føle sig tilpas i relationen med sundhedsplejersken. I modsætning til Maries første oplevelse, oplever hun ved andet barn en situation, der ligner Annes og beskriver i den forbindelse:

“Men jeg vil sige, sundhedsplejerske nummer 2 var meget bedre. Og det var hun fordi, at hun lyttede meget mere og det havde sundhedsplejerske nummer 1 sikkert også gjort, hvis jeg havde sat nogle grænser selv, men det gjorde jeg jo ikke, fordi jeg vidste ikke, hvad det ville sige rigtigt at have sundhedsplejerske. Hvilken slags relation er det og hvad gør man. Som du spurgte om før, der var jo ikke nogen forberedelse til sundhedsplejerske.” (Bilag 4: 16).

Marie fortæller, at hun oplever sundhedsplejersken som lyttende, hvilket vi forstår som værende med til, at gøre relationen mere ligeværdig og meningsfuld. Ud fra Maries perspektiv har relationen haft betydning for hendes livsførelse, idet at hun havde prøvet det før, hvilket har haft betydning for hendes handlemuligheder, som i kraft af erfaring er

udvidet. Derudover fik hun også en sundhedsplejerske som formåede mange andre ting end den første sundhedsplejerske gjorde.

5.1.2 Relation og privatsfære

Relationer og handlesammenhænge har afgørende betydning for subjektets organisering af livsførelse. Det indebærer subjektets livsførelse, da mødrene optræder i forskellige arenaer, hvor der er forskellige krav i forhold til egne ønsker, men også hvad de muligvis føler sig forpligtet til.

I forlængelse af dette vil følgende citater belyse, hvordan Marie og Liv oplever sundhedsplejerskernes besøg. Marie fortæller, hvordan sundhedsplejersken irettesætter familiens måde at bo på: *“Så er det jo bare lidt grænseoverskridende at have en i sit hjem, det synes jeg hvert fald første gang. Hun sagde jo også til mig, du bor for pænt, eller jeg kan se at du gør rent, det skal du lade være med.”* (Bilag 4: 15).

Ligeledes fortæller Liv om en oplevelse der minder om Maries: *“Jeg bryder mig bare ikke om der et andet menneske der skal ind i vores hjem.”* (Bilag 3: 19). Vi forstår mødrenes hjem som den arena, hvor de skal føle sig allermest trygge og tilpasse. Marie og Livs citat fortæller, at de ved sundhedsplejerskernes besøg har følt det absolut modsatte.

Liv beretter desuden, at det derudover har været med til, at gøre hende mere usikker i moderrollen, da hun føler, at sundhedsplejersken skal fortælle hende, at hun gør det godt nok (Bilag 3: 19).

Eftersom besøgene foregår i hjemmet, er det nogle betingelser, som både mødre og sundhedsplejersker skal forholde sig til. Dette kan have indflydelse på mødrenes livsførelse, idet de bliver pålagt at ændre rutiner i hjemmet, såsom rengøring. Et andet perspektiv herpå er Anne, som grundet sommerferie befandt sig i et kolonihavehus, da de skulle have besøg af sundhedsplejersken første gang, måtte finde et alternativ: *“Og fordi vi var i kolonihavehuset på det tidspunkt, så mødtes vi faktisk på deres matrikel, hvor vi tog op til dem og var... og det var egentlig også meget fint.”* (Bilag 1: 3). For Anne og hendes familie fungerede det fint med at tage hen til sundhedsplejersken i stedet for hjemmebesøg, og Anne skriver i sin feedback, at fysisk fremmøde klart er at foretrække (Bilag 1: 34).

En kvinde fra Facebook fortæller ligeledes, at hun oplevede møderne med sundhedsplejersken som rigtig gode, og ligefrem havde betydning for, hvordan hun fik mere tro på sig selv som mor: *“Vi havde en rigtig sød og opbyggende sp. Hun støttede mig i mine*

valg og var sød at sparre med. Synes faktisk at mine møder med hende øgede min selvtillid og tro på, at jeg faktisk gjorde tingene rigtig flot.” (Bilag 5: 16). Med det in mente, er det vigtigt at forholde sig til, at det ikke er alle nybagte forældre der kan overskue at skulle ud af hjemmet med et lille nyfødt barn. Qua det historiske perspektiv og sundhedsplejerskens virke i dagens Danmark (jf. Indledning), er det også relevant at inddrage, at sundhedsplejersken lige fra den spæde interventions begyndelse besøgte familierne derhjemme. Der hersker nogle grundlæggende betingelser, som er afgørende for, hvorvidt at dette kan lade sig gøre, og her har relation og kemi mellem mødre og sundhedsplejersker en stor betydning.

Når sundhedsplejen indtræder i mødrenes privatsfære, bliver mødrene konfronteret direkte med deres livsførelse og selvforståelse. Det kan derfor formodes, på baggrund af ovenstående oplevelser, at det er en fordel for relationen, hvis sundhedsplejersken formår at bidrage til en uformel atmosfære. Såfremt dette kan ske, kan mødrene være sig selv og derigennem være mere åbne for den vejledning sundhedsplejen kommer med.

5.1.3 Moderrolle og selvforståelse

I forlængelse af ovenstående, hvor Liv fortalte, at hendes sundhedsplejerske gjorde hende mere usikker i selvforståelsen af sig selv som mor, har flere af deltagerne udtrykt, hvilken betydning det har haft for dem, at sundhedsplejersken har formået at gøre dem mere sikre. Beate udtrykker sin oplevelse med sin sundhedsplejerske som værende meget positiv:

“Jeg tror, uden at trutte i egen trompet, så var hun bare altid meget positiv. Hun har altid været sådan, det går jo bare så fint her og alt ser jo strålende ud, der er ikke noget at sætte en finger på. Hun har faktisk rost os meget, allerede fra start af. Så det har egentligt altid været, og det kan man jo som forældre altid godt lide at høre, at på den måde har det været et skulderklap hver gang hun har været der. Det er nok også derfor, at jeg synes, at det har været så hyggeligt, egentlig bare at drikke kaffe med hende, fordi hun bare har sagt at alting ser så godt, og hun udvikler sig som hun skal, og hun er så sød. Vi har kun haft positive oplevelser med det.” (Bilag 2: 11).

Beates tilfælde er dog ikke det generelle billede af oplevelsen med sundhedsplejersker, sammenlignet med vores andet empiri. Her er det tydeligt at sundhedsplejersken gør forældrene, især mødrene, mere usikre på deres rolle end sikre. Følgende citater er nogle af de udtalelser mødrene har givet i forbindelse med empiriindsamlingen: *“Hos os har SP skabt stor usikkerhed ift. vores evner som forældre”* (Bilag 5: 8), og en anden kvinde udtaler ligeledes: *“Vi er i tvivl om, hvorvidt det ville have være anderledes, eller om det udelukkende*

bunder i vores egen usikkerhed (som jeg især følte som førstegangsmor).” (Bilag 5: 6). En tredje kvinde kommer ind på, at det også er et spørgsmål om kemi, som kan have betydning for, hvordan oplevelsen med sundhedsplejersken bliver:

“Med mit første barn ku jeg helt sikkert godt have brugt støtten fra en sundhedsplejerske, men følte det gav mere belastning end aflastning. At hendes råd gjorde mig usikker og gav mig spekulationer og bekymringer. Det er selvfølgelig også et spørgsmål om kemi, og det er jo svært at vide på forhånd.” (Bilag 5: 3-4).

Kemi har, som tidligere nævnt, en stor rolle at spille i forhold til mødrenes oplevelser med sundhedsplejersken. Derudover analyserer vi, at mødre sætter lighedstegn mellem hvor godt de har det med deres sundhedsplejerske og hvordan pågældende person formår at gøre dem mere sikre i deres nye rolle som mor. Det har betydning for mødrenes måde at udforme deres livsførelse på, da deres forestilling kan vise sig at ende helt anderledes end først antaget. Det kan åbne for nye udviklingsmuligheder, da mødrenes selvforståelse ændres i takt med deres nye rolle. Nogle mødre har en selvforståelse af, hvordan de ønsker at være forældre, hvilket kan have betydning for deres livsførelse, såfremt de stræber efter at opnå en bestemt forståelse af at være mor. Det vil bevirke, hvordan forældreskabet opleves for kvinderne, samt hvornår de føler at de har succes eller oplever nederlag. Der kan stilles spørgsmålstejn ved om det altid er sundhedsplejerskens tilstedeværelse, som frembringer denne usikkerhed eller om den kan komme fra mødrenes egen selvforståelse. Flere af mødre fortalte hvordan usikkerheden hang sammen med manglende erfaringer som mor.

Det interessante her er at undersøge, om der er forskel på at være førstegangsførelse i forhold til at føle sig usikker, versus at blive forældre for anden gang. Følgende citat stammer fra en kvinde på Facebook, som beskriver: *“Med de 2 andre følte jeg mig ligesom hjemme i rollen som mor, følte mig fint klædt på til opgaven og følte ikke et behov for tilbuddet.”* (Bilag 5: 3). Denne mor præciserer, hvordan hendes rolle som mor blev mere naturlig efter at have fået flere børn. Hendes selvforståelse som en kompetent mor er altså forstærket jo mere erfaring hun har fået. Det kan her forstås sådan, at kvindens livsførelse har udviklet sig, forstået således at hendes selvforståelse, samt ændringer i rutinerne er markant anderledes, når de bliver forældre for første gang kontra at blive det for anden, tredje eller fjerde gang. Derudover følte hun sig så sikker, at hun ikke tog imod tilbuddet om besøg af sundhedsplejerske ved hendes efterfølgende fødsler (ibid.). Overvejelsen om at afskrive besøg af sundhedsplejerske ved barn nummer to har Marie ligeledes tænkt over i forbindelse

med interviewet, hvor hun bliver spurgt ind til, om hun var mere sikker i sin egen rolle som mor anden gang. Til dette svarer Marie: *“Ja, jeg var helt klart mere sikker i min egen rolle (...) Men, men jeg var faktisk meget i tvivl om vi overhovedet skulle have sundhedsplejerske anden gang, fordi vi havde haft så dårlig en oplevelse med den første.”* (Bilag 4: 2-3).

Vi forstår, at dette handler om mere end Maries nye selvforståelse, det handler også om, at hun formår at tage styringen over egen livsførelse og overveje hvilke vilkår der gør sig gældende for, hvorvidt de som familie ønsker at tage imod sundhedsplejens tilbud.

Hun begrundet det dog senere i interviewet med, at hun var ret opsat på at amningen skulle fungere, og derfor gerne ville tage imod tilbuddet (Bilag 4: 3). For som hun udtaler, så er hendes vigtigste og primære opgave at være mor: *“Men jeg tror også at det, okay det lyder lidt voldsomt og lidt måske lidt storladent, men det eneste som jeg er sikker på, at jeg gør rigtigt for mine børn, det er at være mor.”* (Bilag 4: 10). Kvinderne oplevede således på forskellig vis, hvordan det at blive mor, påvirkede deres selvforståelse, ligesom en del af dem reflekterede over sammenhængen mellem at være nybegt mor for første gang versus flergangsfødende. Deres erfaring, eller mangel på samme, er dermed en betingelse, som har betydning for, hvordan de følelsesmæssigt oplevede moderskabet og handlede i forhold til dette.

5.1.4 Efterfødselsreaktioner

De følelsesmæssige aspekter ved moderskabet fyldte generelt meget for kvinderne. Mange af kvinderne fortalte dertil om, at de blev tilbudt en test med formålet at screene for efterfødselsreaktioner - herunder også depression. De beskriver dog oplevelsen med denne screening meget forskelligt. Anne er positivt stemt og siger at det i høj grad gav mening for hende (Bilag 1: 12). Hun fortæller dertil, at hun personligt ikke følte sig i risikozonen og testen viste heller ikke, at hun var. Hun beskriver yderligere, at hun har haft fødselsdepression “tæt inde på livet” som pårørende og derfor synes det var rart med fokus derpå. Hun uddyber:

“Det ikke noget man skal gå med eller skamme sig over. Så det synes jeg bare var rigtig rart! At få bekræftet... altså som hun sagde, det kan godt være mad scorer lidt højt på noget, og mindre på noget andet – men blive bekræftet i, okay det er okay jeg har de følelser eller også at det svinger lidt.” (Bilag 1: 12).

Hun beskriver sin fødsel som værende traumatiserende, og noget der stadig sidder dybt i hende. Gennem interviewet får man også indtrykket af, at den stadig fylder meget i hendes bevidsthed, da hun ofte vender tilbage til den oplevelse og fortæller brudstykker undervejs igennem hele interviewet. Hun fortæller om forløbet efter fødslen, hvor hun blev adskilt fra sønnen: *“Så det har da helt klart også gjort noget... som familie, at man bare ikke kunne være sammen om denne her nyfødte søn til at starte med, det var ikke særlig sjovt.”* (Bilag 1: 20). Til det spørger intervieweren om, hvorvidt sundhedsplejersken ikke har spurgt ind til dette, hvorpå hun svarer nej. Dertil bliver hun spurgt om der var mest fokus på selve testen og med fokus på ja/nej til om hun havde en efterfødselsreaktion ud fra denne test. Til dette udspiller sig følgende dialog mellem Anne og intervieweren:

“ (...) jeg er jo ret god til selv at være sådan ‘det lægger vi låg på, og videre!’ og ud ad til ser jeg bare ud til at have styr på det hele, og jeg er bare en stærk person og blablabla... og altså det tror jeg hun har været farvet af, og så måske tænkt ‘det er ikke det jeg skal til at begynde at vade i’ (...)” (Bilag 1: 20).

Anne giver altså udtryk for, at hun bevidst svarede sundhedsplejersken på en måde, der ledte samtalen videre. Dette spørger intervieweren konkret ind til, og Anne bekræfter og uddyber:

“Også fordi jeg måske bare har tænkt ‘jeg orker det ikke’, det er bare en tid jeg helst ikke vil se tilbage på, så jeg vil bare gerne have- nu har vi det godt! Tobias har det godt, og det er det jeg gerne vil have fokus på.” (Bilag 1: 21).

Annes fortæller her, at hun fravælger at have de svære samtaler, da hun ikke orker at se tilbage, men hellere vil fokusere på at deres søn har det godt. Hun vælger således ikke at mærke efter det svære. Derfor svarer hun på en måde, så hun ved, at sundhedsplejersken ikke kommer for “tæt på” i samtaler, der kan henledes til de ubehagelige og traumatiserende episoder. Liv fortæller også om, hvordan sundhedsplejersken taklede screeningen, og hvordan hun selv – ligesom Anne – bevidst snakkede udenom. Hun siger:

“Vi havde også den der test med om man havde en efterfødselsreaktion - eller depression og den tog jeg også, der uger/måneder efter – kan ikke huske hvornår, men der snakkede vi bare meget kort om den, og så næste gang spurgte hun mig ind til den igen, og jeg tror jeg lå lige sådan 1 under at have en fødselsreaktion - eller depression, eller hvad de kalder det, og så tror jeg lidt jeg fejede det bare rigtig meget væk - for det kunne jeg overhovedet ikke overskue at snakke med hende om, så jeg sagde bare et eller andet og så tænkte hun ‘det lyder fint, det

har hun styr på' - og så snakker vi ikke mere om det. Så snakker vi om noget andet. Agtigt."

(Bilag 3: 11).

Liv fortæller altså ligesom Anne, at hun ikke kan overskue at skulle tale om de svære ting, og dermed bevidst taler om noget andet og svarer sådan som hun tror, at sundhedsplejersken vil synes, at hun har styr på det. Senere uddyber hun yderligere, at hun synes, at selve testet var "*direkte fjollet*" (Bilag 2: 13), og at hun synes det er fint, at der tidligt er fokus på at tage hånd om det, men at selve spørgsmålene var "meget radikale". Hun tilføjer: "*De var meget voldsomme, og man havde ikke mulighed for at begrunde sine svar jo.*" (Bilag 2: 13).

Ud fra disse udtalelser forstår vi, at Liv ikke oplever testen som være et element, der bidrager meningsfuldt. Tværtimod finder Liv testen unuanceret, og at spørgsmålene ikke giver hende mulighed for at kunne uddybe. Sådan en situation, kan medføre at Liv føler sig overhørt, da hun til den efterfølgende samtale får drejet emnet ind på noget helt andet. Sundhedsplejersken havde måske fået mere ud af at spørge ind til Livs egne fortællinger og tage udgangspunkt i hvad Liv selv havde lyst til at dele omkring de forskellige spørgsmål. Liv fortæller hun gerne ville have haft mulighed for at begrunde sine svar, men får egentlig ikke mulighed for det, da hun ikke kan overskue at snakke om det og får afledt samtalen. Havde sundhedsplejersken gennem omsorgsfuldhed fået åbnet op for de svære snakke, havde det muligvis ført til nye erkendelser for Liv og potentielt udvidet handleevne. Omvendt oplevede Liv frustration over ikke at finde støtte i sundhedsplejen, og søgte derfor sparring hos venner og familie, hvilket hun i høj grad oplevede som meningsfuld. Blandt andet fortæller hun, at hun på opfordring fra veninde tog kontakt til kiropraktor, hvilket hjalp sønnen rigtig meget. Gennem de samtaler med familie og venner fandt hun således nye erkendelser og det fik hende på den måde alligevel til at erkende og udvikle nye handlemuligheder.

5.1.5 Relation til sundhedsplejen og handlemuligheder

Vi oplevede grundlæggende sammenhængen mellem hvordan mange af kvinderne, både de interviewede og Facebook-responderne, beskrev relationen til deres sundhedsplejerske og på samme vis beskrivelser af deres handlemuligheder. De positive og tillidsfulde relationer bar samtidig præg af, at kvinderne oplevede at erkende konstruktive handlemuligheder, som kunne bidrage til udvikling af deres livsførelse. Beate, som overordnet havde en positiv relation med sin sundhedsplejerske, fortæller, at hun alligevel vælger at sortere i den vejledning hun fik fra sin sundhedsplejerske: "*Så tror jeg også, at jeg bare var god til ligesom at lukke af for det jeg tænkte, det går jo fint, så hvorfor skal jeg lige eller det kan jeg ikke bruge lige nu. Altså sortere ret meget i det.*" (Bilag 2: 8). Beate fremhæver også senere i

interviewet, at det er vigtigt at lytte til sin egen intuition fremfor sundhedsplejerskens vejledning (Bilag 2: 14). En kvinde fra Facebook skrev, ligesom Beate, at hun sagtens kan sortere i sundhedsplejerskens anbefalinger, men at hun samtidig endte med at afslutte forløbet, da det begyndte at blive en irritation med disse anbefalinger og råd:

“Jeg kan sagtens sortere og smile og nikke når hun sætter en plade på, men jeg gider det helt ærligt ikke. Jeg frabad mig flere besøg da hun nærmede sig “nu må I begynde på mad - pas på I ikke misser det famøse vindue”-alderen, fordi jeg helt ærligt bare ikke orkede det.”

(Bilag 5: 2).

Kvindens citat indikerer, at hun ikke fandt sundhedsplejerskens råd og vejledning tilfredsstillende og derfor stoppede med at få yderligere besøg. Jævnfør det historiske perspektiv, kan det her tilskrives, at interventionen ikke forløb som tiltænkt, da kvinden her ikke fandt sundhedsplejerskens råd brugbare i forhold til hendes egne forventninger og tanker omkring introduktion af mad. Interventionen blev altså i dette tilfælde irrelevant. Eftersom at sundhedsplejerskerne kommer med råd og vejledning, samt at mødrene fortæller, at de selv kan sortere i disse, er det ikke sikkert, at sundhedsplejerskens råd og vejledning efterleves. Dog nævner nogle af familierne, at de har en vis autoritet overfor sundhedsplejerskerne i forhold til deres profession. Denne autoritetstro indeholder et magtperspektiv, som begrænser nogle af familierne og deres handlemuligheder.

Ifølge Holzkamp og Rasmussen er handlemuligheder en kompleks størrelse og afhænger af en del faktorer. Blandt andet hænger mødrenes handlemuligheder tæt sammen med deres handleevne, hvilket også er betinget af de handlesammenhænge som de indgår i. I denne kontekst hvordan mødrene oplever at have mulighed for at handle, som er betinget af de forhold og kontekster de indgår i, ligesom det også er påvirket af mødrenes egen selvforståelse.

I forhold til handlemuligheder, handler det i lige så høj grad om, at sundhedsplejerskerne skal formå at vejlede mødrene, således at de bibeholder deres handlemuligheder trods forskellige kontekster. Nogle af mødrene nævner autoritet som værende en betydning for den begrænsning de føler at have, da flere af dem efterkommer sundhedsplejerskens råd, til trods for at deres mavefornemmelse var en anden. De lader autoritet og dens betydning være afgørende for deres handlemuligheder i forhold til de handlesammenhænge de indgår i. Liv fortæller blandt andet, at hun følte sig nødsaget til at acceptere sundhedsplejerskens råd, selvom hun er bevidst om muligheden for at takke nej: *“Hun kom med det som et råd, og hun*

kom med det som et råd jeg synes var ikke acceptabelt hvis jeg sagde nej tak... eller altså selvfølgelig har det jo været det, men...” (Bilag 3: 8).

Sundhedsplejersken kommer med nogle råd, som hun gerne ser efterlevet. I forhold til Livs handlemuligheder oplever hun sine handlemuligheder som begrænsede, når sundhedsplejersken intervenserer i hendes livsførelse, hvilket har indflydelse på Livs handlesammenhænge. Det indikerer, at den autoritet sundhedsplejerskerne kommer med qua deres professionalisme kan have afgørende betydning i forhold til mødres handlemuligheder og begrænsninger heri, hvilket blandt andet ses ved Livs oplevelse.

Et eksempel på dette kan være emnet amning, som Marie oplevede som værende en voldsom oplevelse og noget der stadig har betydning for hende i dag:

“Og når jeg tænker tilbage på det nu, så bliver jeg også vred på mig selv over ikke at have sat mig mere ind i det eller hvad man skal sige. Jeg tænkte jo bare, amning, det er pff. Men det jeg havde læst var også at de spiser cirka hver tredje time. Og Phillip spiste meget mere, men der var jo ikke noget galt i det. Phillip han græd jo stort set aldrig, da han var baby. Og det gjorde han så heller ikke, da han ikke fik nok mad. Men det var bare, når han så græd, når jeg lagde ham til brystet, så blev han glad igen. Og det var selvfølgelig fordi, at det han havde brug for var mad eller det var tryghed og kropskontakt. Det opfyldt alt den tid ved brystet jo, og da blev skåret ned til hver tredje time, altså jeg føler virkelig at vi har taget et eller andet fra ham, for han var meget lille. Tror han var 2,5 måned da det var hun kom med det råd der. Og det er jeg meget ked af, for jeg føler at vi har, ved ikke om man kan sige svigtet, men frataget ham noget han skulle have, fordi han var en lille bitte baby. Og det kan jeg godt blive ked af og lidt vred over, at man som sundhedsfaglig person skal komme og vejlede førstegangsforældre, kun har det råd. Jeg synes ikke at det er at være nok oplyst omkring amning.” (Bilag 4: 18).

Marie beskriver, at den autoritetstro hun har haft overfor sundhedsplejersken og hendes råd har medført at hun føler, at have frataget sin søn essentielle behov, såsom kropskontakt. For Marie handler det meget om en vejledning, der ikke er faglig nok, samt at sundhedsplejersken ikke besidder den indsigt og viden omkring, hvor betydningsfuld amning er. Marie handler i denne situation relativt autonomt ved at ignorere sundhedsplejerskens råd omkring amning. Dog har hendes autoritetstro stadig fyldt, hvilket har haft betydning for, hvordan disse råd betinger hendes handlemuligheder. Marie har forholdt sig til sundhedsplejersken og den vejledning, som hun blev præsenteret for. I denne fortælling og

dette perspektiv, som Marie præsenterede os for, hersker der også en vis magt, fordi sundhedsplejerskens ord begrænser Maries egne handlemuligheder for at agere anderledes end den rådgivning hun modtog.

Liv beskriver, hvordan hun oplevede dette magtperspektiv efter et besøg fra sundhedsplejersken. Udsagnet handler om, at sundhedsplejersken har journalført efter sit besøg, hvor Liv senere læser det, og ikke er enig: *“Og så gik jeg først ind og læste det et par dage efter, og jeg blev SÅ ked af det, og jeg blev så vred og tænkte ‘det skal hun bare ikke skrive!’”* (Bilag 3: 14). Journalens formål er at dokumentere besøget, samt give et kort referat af det. Det er tilgængeligt for familien at læse, således at alle parter har adgang til dokumentet. Dog er det kun sundhedsplejersken der kan skrive i dette dokument, hvilket kan anskues som værende en magt sundhedsplejersken har. Livs citat underbygger dette, da hun først læser referatet efter besøget og i princippet ikke kan få det ændret.

Marie beskriver i sit interview, hvordan hun opfatter denne magt: *“Først holder sundhedsplejersken øje og så holder vuggestuen øje, og så selvfølgelig skal der være nogle, fordi at forældre har brug for hjælp og nogle har brug for det mere end andre.”* (Bilag 4: 24).

Den autoritetstro som mødrene har over for sundhedsplejerskerne, og heri også den magt de besidder kan have betydning for mødrene i forhold til deres handlemuligheder, som kan være begrænsende for dem i deres hverdagsliv. Som tidligere nævnt i indeværende analyseafsnit, efterlever flere af mødrene de råd, som sundhedsplejerskerne foreligger dem på baggrund af en stærk autoritetstro. En kvinde fra Facebook har fire børn og har fire forskellige oplevelser af mødet med sundhedsplejersken. Det interessante i citatet er her, at hun undlod at følge sundhedsplejerskens råd, hvilket har været medvirkende til, at hun opfatter sundhedsplejersker og deres virke som mindre professionelt. Derudover føler hun sig mere sikker ved sine sidste to børn, som bevirker, at hun tager styringen og bestemmer, hvordan relationen og besøgene skal være:

“Det har været meget forskelligt synes jeg. Ved mit første barn havde jeg en gammel garvet en som virkelig støttede og var opmærksom på mig som mor. Med nr.2 havde jeg en som i den grad forsøgte at undertrykke mit moderinstinkt og bla forslag at jeg undlod at amme mit barn på 10 måneder om natten så hun kunne lære at spise om dagen. Det råd undlod jeg at følge, og 14 dage efter tog det en fysioterapeut 5 min at konstatere at hendes taktilsans var voldsomt underudviklet og det var den primære årsag til at hun ikke kunne spise. Derefter

lærte jeg at sundhedsplejskere nogen gange udtaler sig om ting de ingenting ved om, og det vil virkelig klæde dem at lade være med det. De to sidste jeg har haft har jeg brugt som jeg har haft lyst og brug for.” (Bilag 5: 19).

Her er det kvinden, som ved tredje og fjerde barn, i kraft af hendes frustrationer formår at erkende handlemuligheder i form af at kontakte en fysioterapeut privat. Dermed er det ikke en handlemulighed som sundhedsplejerskerne frembringer. Det får således også betydning for, om hun kan udvikle handleevne og dermed tage styring over eget liv.

Denne erfaring har Liv, da hun i nedenstående citat fortæller, at hun føler, at sundhedsplejersken overtager og bestemmer, hvad de som familie skal gøre fremfor at vejlede dem.

“Jeg gør det på denne her måde, der fungerer for os. Det skal hun slet ikke blande sig i. Tror jeg, at jeg tænkte. Så jeg tror bare at jeg havde det svært med at hun skulle komme ind og bestemme sådan noget... det er fint at hun kommer ind og siger ‘nu vejer han ikke nok’ eller et eller andet med, men jeg tror bare ikke jeg havde et behov for at hun skulle fortælle mig hvordan vi skulle sove sammen. Det synes jeg er enormt privat i virkeligheden. Hun kan godt komme med ideer til hvad der er smart, men hvis jeg ikke beder om dem, eller hvis det ikke sådan... så synes jeg faktisk... det... altså det har jeg ikke lyst til. Det er meget privat for mig i hvert fald.” (Bilag 3: 18).

Liv pointerer, at sundhedsplejersken kan komme med vejledning og idéer, men heller ikke mere end det, da det for hende bliver grænseoverskridende og en magtposition sundhedsplejersken indtager over for familien. For Liv er der mange ting, som hun føler er private, og hun fortæller blandt andet, at de har valgt at samsøve, men bevidst ikke fortalt sundhedsplejersken om dette valg (Bilag 3: 3). Vi tolker således, at Livs handlemuligheder omkring søvnrutiner ikke påvirkes af sundhedsplejerskens råd, da Liv gennem hendes relative autonomi, formår at se handlemuligheder, der rækker ud over de valgmuligheder sundhedsplejersken opstiller. Hun uddyber derudover:

“Og ofte kan jeg huske jeg bare sad sådan ‘jaa selvfølgelig gør vi det’ eller... Talte hende rigtig meget efter munden fordi jeg slet ikke kunne overskue at forklare hvad vi gjorde... Fordi hun nok havde en mening om det følte jeg, så egentlig tit havde jeg det sådan... det var lidt en lille hvid løgn. Sådan ‘ja okay, ja, ja det kan jeg godt se’ sådan...” (Bilag 3: 3).

I forhold til handlemuligheder bliver mødrene her afhængige af deres handleevne og deres relative autonomi, når de har besøg af sundhedsplejersken. Mødrene vælger her at handle og

agere ud fra en forståelse af, at det er nemmere at lade sundhedsplejersken tro, at de følger deres anbefalinger. Dette til trods for, at de handler modsat, når sundhedsplejersken ikke er til stede. Dette gør interventionen irrelevant, da mødrene i princippet kan aflyse besøget i stedet for at fokusere på, hvad de potentielt kunne have fået ud af sundhedsplejerskens besøg, altså hvordan det kunne skabe mening for dem. Følgende afsnit vil inddrage, hvordan interventionen anskues og hermed hvordan interventionen kan gøres relevant.

En kvinde fra Facebook udtrykker, at hun begrænser sine handlemuligheder af frygt for, hvordan sundhedsplejersken vil tolke det hun fortalte: *“Den første, vi havde, problematiserede alt, jeg sagde, så jeg til sidst ikke turde sige noget som helst af frygt for hvordan, hun ville tolke det.”* (Bilag 5: 7). Kvindens sundhedsplejerske har stor betydning for, hvordan hun vælger at agere qua sine handlemuligheder. Hun begrænser sig selv, da handlesammenhænge her er båret af frygt frem for en mere en tryk relation. Derudover fortæller samme kvinde, at hun ved andet barn får tilknyttet en anden sundhedsplejerske, hvor samarbejdet fungerede bedre, men hvor hun også endte med at tale personen efter munden, fordi hun grundet uenigheder, føler hun skal forsvare sine valg (ibid.).

Mødrene fortæller forskellige baggrunde for, hvorfor de vælger at handle som de gør. Udgangspunktet kan være overskud eller mangel på samme, magtesløshed eller irritation over situationen, at det virker som en lettere løsning at tale sundhedsplejersken efter munden. Dog er der også andre måder at handle på, eksempelvis fortæller Marie, at hun ved sundhedsplejersken til 2. barn, formår at tage *“sagen i egen hånd”*:

“Men med Kasper, der var det lidt lettere at sige, og mere bare at se på ham end hvad sundhedsplejersken sagde. Så der var jeg lidt mere, sådan, jeg satte måske nogle lidt mere rammer for hvordan det skulle være når vi havde besøg af sundhedsplejersken (...) Jeg havde også taget stilling til hvordan vi sov, at han skulle aldrig græde sig i søvn alene. Jeg havde også taget stilling til om han skulle gå i institution eller ej, så jeg havde ligesom selv betrådt stierne som vi skulle gå ned af, hvor at med den første var et kæmpestort buskads, der skulle klippes ned.” (Bilag 4: 17).

Hun sætter nogle klare rammer for, hvordan hun ønsker, at besøgene skal foregå, hvilket har betydning for den måde interventionen anskues på, samt at det gør interventionen meningsfuld. Det er tydeligt, at Marie er bevidst om sine udvidede handlemuligheder ved anden sundhedsplejerske end ved den første sundhedsplejerske. Marie lader sig ikke begrænse, og føler at hun har større kontrol og kendskab til, hvad hun kan forvente af

sundhedsplejersken. Hun fortæller dertil at: *“Så blev det mere, en fælles retning, hvor det var mig der sagde, hvordan vi gerne vil have det.”* (Bilag 4: 5). Dette viser at Marie har fået udvidet sin handleevne.

Et interessant perspektiv i forlængelse af ovenstående, er at spørge ind til, om det giver mødrene flere handlemuligheder, når der er en fælles retning for samarbejdet? Det burde muligvis være en selvfølge, idet sundhedsplejerskerne skal formå at frembringe dette, selvom det ikke lykkedes for alle de mødre vi har fortællinger fra.

Dette perspektiv viser, hvor vigtigt og relevant relationen er med ens sundhedsplejerske. Hvis det ikke lykkedes at udvikle en positiv relation med sundhedsplejersken, har det betydning for, hvorvidt mødrenes handlemuligheder forsat kan eksistere, hvis deres handleevner bliver indskrænket af deres relation til sundhedsplejersken. For at imødekomme dette, beskriver Marie, at sundhedsplejersken burde have flere perspektiver på den vejledning og rådgivning de giver til de familier de besøger: *“Så det er jo et meget vigtigt erhverv, for hvis der skal komme nogen i ens hjem og vejlede en om ens eget barn, så synes jeg også at der skal være nogle flere perspektiver.”* (Bilag 4: 24). Ligeledes fortæller en kvinde fra Facebook, at hun har en oplevelse af, at sundhedsplejersker læser op fra en bog, da hun ikke følte, at der blev lyttet nok til dem som familie (Bilag 5: 14). Ud fra kvindes udtalelse forstår vi det som værende vigtigt, at sundhedsplejerskerne har en faglig indsigt, samt at mødre anno 2021 forventer at de professionelle kan tilbyde mere i vejledningen, end eksempelvis kun at besvare spørgsmål ud fra en fagbog.

På baggrund af ovenstående er det forskelligt, hvordan mødrene oplever, at deres handlemuligheder betinges af sundhedsplejerskens vejledning. Nogle affinder sig med situationen og taler sundhedsplejersken efter munden eller kommer med en lille hvid løgn for at undgå visse situationer. Andre mødre formår at sætte rammerne for sundhedsplejerskens besøg. For nogle af de mødre, vil det muligvis være lettere at fastholde disse rammer, hvis de fremadrettet kommer i kontakt med sundhedsplejersker igen. Såfremt at de kan møde en professionel og hermed bibeholde de handlemuligheder de har indenfor de givne handlesammenhænge de indgår i. I forlængelse af dette, er der udover Marie, flere af vores medforskere, samt Facebook-respondenter der har fortalt, hvordan de fremadrettet vil tage styringen og sætte rammen for besøget, eftersom at de nu har en helt anden erfaring i forhold til at få flere børn (Bilag 1; bilag 3; bilag 4; bilag 5). Derudover handler det også om, at mødrene hviler mere i deres rolle, og derfor bliver mere selvstændige og i stand til at sortere i råd fra den professionelle.

Liv og Marie fortæller om disse perspektiver med følgende citater: *“Det er helt sikkert erfaringen. Nu har jeg været det gennem (...)”* (Bilag 3: 4), og Marie fortæller:

“(...) men det har bare så enorm stor betydning for os, den familie de kommer ud til, især førstegangsførelse. Fordi jeg tror, at der er mange, det gjorde vi i hvert fald, lytter rigtig meget til hvad de siger, fordi man står der med sit lille guld og vil gøre alt det bedste og man er måske selv lidt usikker og så gør man bare det.” (Bilag 4: 15).

For Marie og Liv har det været mere betydningsfuldt at have sundhedsplejerske ved første barn, da det hele er nyt og at deres erfaring har været meget begrænset i forhold til at få et barn mere. Der er mange forestillinger og ønsker omkring at få et barn, men ingen kan forberede en helt på, hvad det har af betydning for ens liv - og derfor er sundhedsplejersken stadig et vigtigt hverv (Bilag 4; bilag 5). For at sundhedsplejerskens virke stadig skal være aktuelt i nutidens samfund, kræver det muligvis at nogle sundhedsplejersker ændrer deres praksis, samt udvider deres horisont med flere perspektiver. Det kan forhåbentligt have en positiv indvirkning på mødrenes handlemuligheder og dermed også deres livsførelse.

5.1.6 Meningsfuldhed i sundhedsplejen

En af de mødre, som havde været meget tilfreds med sin sundhedsplejerske, Beate, fortæller undervejs i interviewet, at hun er gravid og venter en lille ny til efteråret 2021. Hun fortæller i samme forbindelse, at hun gerne vil gøre brug af sundhedsplejersken igen (Bilag 2: 2), men det i lige så høj grad handler om, at hun godt kan lide at tage imod de tilbud, som velfærdssamfundet tilbyder. I forlængelse af Beates positive fortælling om sin sundhedsplejerske, fortæller Anne ligeledes meget positivt om hendes sundhedsplejerske. Hun fortæller, at hun aldrig har følt at det har været spild af tid, *“Altså hun er aldrig gået ud af døren, hvor jeg så har tænkt ‘hvad skal jeg bruge dig til?’ altså slet ikke!”* (Bilag 1: 14). For Beate, og i særdeleshed Anne, har det været meningsfuldt at have en sundhedsplejerske tilknyttet. Anne oplevede også, at sundhedsplejersken kom med råd, som familien kunne forholde sig til, og at det gav mening i forhold til deres egne tanker (ibid.). Det kan her forstås som, at Anne har haft en god relation til sin sundhedsplejerske, som har formået at vejlede korrekt, samt ydet omsorg for familien. Anne fortæller, at sundhedsplejersken har *“været en slags usynlig støtte for mig, kan man godt sige...”*. (Bilag 1: 11).

Alt dette kan have haft betydning for, at Anne har oplevet det som værende meningsfuldt at have en sundhedsplejerske tilknyttet. Dette i kraft af, at det ikke kun var sundhedsplejerskens

vejledning, men også deres indbyrdes relation, som har haft betydning for den samlede oplevelse af meningsfuldhed. Marie fortæller i sit interview, at hun ligeledes vil benytte sig af en sundhedsplejerske, hvis det skulle blive aktuelt. I hendes feedback skriver hun, at hun er *“lidt usikker på om jeg ville vælge helt fra pga. enorm autoritetstro. Ville nok få det første besøg og hvis alt var fint ville jeg ikke have flere besøg.”* (Bilag 4: 26). Dog med det forbehold, at det mere skyldes en autoritetstro end et egentlig behov for en sundhedsplejerske. Marie vil gerne have minimum ét besøg, før hun eventuelt vil overveje at afslutte forløbet (ibid.). Det kan skyldes, at Maries selvforståelse handler om at nå frem til en erkendelse af, at hun tror på sig selv og hermed gøre troen på autoriteterne mindre. Det er tidligere belyst, hvordan hun formår at tage styringen for besøgene. Marie tror og handler på egne handlemuligheder, men den givne handlesammenhæng rummer stadig et vist magtperspektiv. Dette magtperspektiv gør, at Marie ikke vil udelukke at tage imod tilbuddet om sundhedsplejerske, på grund af stor autoritetstro.

En anden af mødrene, Liv, fortæller hvordan magt har betydning for, hvordan det i fremtiden kommer til at være for hende at have en sundhedsplejerske: *“Og ja jeg kommer helt sikkert aldrig til at dele personlige ting med en sundhedsplejerske uanset om kemien var anderledes. Jeg tror faktisk jeg er nervøs for deres “magt” ligesom ved andre fagfolk.”* (Bilag 3: 27).

Ud fra citatet, hvor Liv beskriver hvordan hun oplever kemi og den magt hun mener sundhedsplejerskerne besidder, analyserer vi det, som at Liv sætter lighedstegn mellem kemi og magt. Af frygt for sundhedsplejerskens magt vil hun ikke dele personlige ting, da hun har en indre bekymring for, hvad denne magt har af betydning. Det begrænser Liv, og magten er en afgørende faktor for, hvorvidt at oplevelsen med en sundhedsplejerske har været meningsfuld for hende. Hertil kan det diskuteres, om det har den konsekvens, at sundhedsplejersken ikke får mulighed for at yde omsorg for moderen, hvis hun ikke ønsker at dele tanker og følelser, og dermed kun giver sundhedsplejersken mulighed for at yde omsorg over for det lille barn.

Mister interventionen sin mening, hvis denne mulighed minimeres ved færre besøg eller at familien ikke ønsker at dele personlige ting, men eventuelt kun ønsker, at barnet skal vejes og måles, for at skabe en tryghed i dét? Oplevelser med sundhedsplejersker er meget individuelle, og flere af medforskerne beskriver denne magt er en udfordring. Flere af kvinderne fortæller, hvordan de ønsker at denne intervention kan gøres mere attraktiv, som følgende afsnit vil belyse.

Det er tidligere belyst, hvordan tilbuddet kan blive bedre, hvis sundhedsplejerskerne formåede at vejlede forskelligt. Eksempelvis at inddrage forskellige perspektiver i deres vejledning, da alle familier er forskellige. Det kan indikere, at det nedbringer det meningsskabende, eftersom at det ikke gavner alle, at få samme vejledning og rådgivning.

Liv ønsker at omvende situationen, så det er hende der har magten i forhold til, at tilvælge sundhedsplejerske, og ikke hende der skal vælge fra. Det kan bunde i, at hun muligvis er nervøs for den signalværdi der kan være, hvis hun fravælger noget der har til hensigt at sikre hendes barns trivsel.

“Naah, jo lidt faktisk. Det her med at det er et tilvalg. Som jeg sagde helt i starten. Jeg gad egentlig godt at jeg skulle vælge dem til, og jeg skal vælge dem til og de skal ikke vælge mig til. Det er nok det der mest... altså... mig og min mand har snakket meget om det her med om man skal vælge sundhedsplejersken til en anden gang.” (Bilag 3: 21).

I forlængelse af citatet, som ret præcist beskriver, hvordan Liv ønsker det, kan det diskuteres om, tilbuddet skal være et mere direkte tilvalg, at forældre opsøger sundhedsplejersken og ikke omvendt. Det kan muligvis skabe en mere lige magtfordeling, og derigennem skabe mere mening for familierne. Dog ville dette gå imod den oprindelige intervention med sundhedsplejen, samt at børn i mistrivsel muligvis ikke ville blive opdaget.

Ud fra første analysetema kan det konkluderes, at tematikkerne, som kemi og relation har en betydningsfuld rolle, idet mødrene har og får vidt forskellige oplevelser med deres sundhedsplejerske, grundet den relation de får opbygget. Til trods for at nogle af vores deltagere har haft positive og mindre positive oplevelser, vil de fleste tage imod tilbuddet igen, da sundhedsplejersken formår at skabe en vis tryghed for mødrene i forhold til deres barns udvikling. Og som Anne bekræfter i sin feedback, er der mange faktorer, der har en afgørende betydning for, hvordan mødrene oplever at have en sundhedsplejerske som værende medskabende til, at gøre det meningsfuldt for dem. Derudover har analysetema 1 haft fokus på en forandret livsførelse, hvilket også er blevet suppleret af andre begreber, såsom hvilke betingelser, der hersker, når mødrene bliver udfordret på deres handlemuligheder.

5.2 Analysetema 2 – Kontrol & kassetænkning (Nanna)

Følgende analysetema vil komme omkring temaerne kontrol og kassetænkning. Derunder en analyse af hvordan kvinderne oplevede disse, samt deres erfaring med sundhedsplejerskens

rådgivning om blandt andet indretning af arbejdsliv/børnepasning, betydningen af tillid til sundhedsplejen og dertil hvordan flere kvinder begrundende vejledning fra sundhedsplejen som mangelfuld. Analysetema 2, er som tidligere beskrevet, udarbejdet på baggrund af de tematikker som vi undervejs i empiriproduktionen oplevede havde betydning for kvinderne.

5.2.1 Kontrol

Indeværende afsnit omhandler kvindernes beskrivelser af følelsen af kontrol fra sundhedsplejerskens side, forstået sådan at de følte de som forældre skulle leve op til specifikke uskrevne forventninger. Flere af kvinderne beskrev dette på forskellig vis, men primært var det negativt associeret, blandt i form af følelsen af umyndiggørelse og usikkerhed. Anne (Bilag 1) beskriver, hvorledes første møde omhandlede vejning, målinger og lignende af sønnen, hvilket hun ikke tillægger nogen nævneværdig værdi. Da hun spørges ind til, hvorvidt sundhedsplejersken kom ind på andet end selve kontrolmål/vejning, svarer hun: *“Ja (...) de gik meget op i at høre, hvad vi havde af baggrund og uddannelse og sådan noget... (...)”* (Bilag 1: 1). Yderligere fortæller hun, at særligt Christian følte sig utilpas i kraft af hans erhverv, hvilket hun beskriver efterfølgende således:

“(...) altså jo han var uddannet stilladsmontør, men... men det jo ikke sådan i hans øjne godt nok, agtigt... vel... det var sådan lidt ‘er du akademiker, har du?’. Altså det var lidt specielt synes vi, og noget vi har talt ret meget om siden.” (Bilag 1: 1).

De oplevede at skulle leve op til særlige krav om blandt andet uddannelsesniveau, og dette var en faktor, der gjorde dem usikre på hendes intention/formål med snakken. Dette er et udtryk for, at de på sin vis er usikre på om de er gode nok forældre, qua deres uddannelser, i sundhedsplejerskens øjne. Anne vender flere gange tilbage til dette emne, og fortæller, at de havde snakket om det måske handlede om en form for dokumentation eller kortlægning af ressourcestærke familier og social arv i kommunen (Bilag 1: 1). På baggrund af dette bliver Christian og Anne altså i tvivl om spørgsmålene er rettet personligt mod dem som en kontrol af forældreevner eller en del af en større form for dataindsamling.

Anne og Christian er som sagt ikke de eneste, der oplever følelsen af at skulle leve op til særlige krav; Liv beskriver: *“Jeg oplevede overordnet vores sundhedsplejerske som forstående og lyttende, dog havde jeg altid en følelse af at blive målt, vejet og vurderet som forælder, det samme havde min mand.”* (Bilag 5: 5). I interviewet fortæller hun ligeledes om det første møde med sundhedsplejersken: *“(...) at hun med det samme spurgte indtil uddannelse/erhverv og lidt baggrund.”* (Bilag 3: 26).

Liv giver altså også udtryk for følelsen af at skulle “måles og vejes” og kontrolleres for særlige forældrekompetencer i kraft af uddannelse og baggrund. Hun tilføjer endda, at hun var nervøs for om de var blevet opfattet anderledes, såfremt de havde svaret på en anden måde. Dette kan tolkes som en følelse af umyndiggørelse og mødet med sundhedsplejersken starter altså ud med at indebære følelsen af at skulle kontrolleres og nærmest måles og vejes som deres barn. Denne oplevelse er meget lig Annes, og disse situationer, som potentielt kan have konsekvenser for de to kvinders selvforståelse. Anne tilføjer ligeså, hvordan dette gav følelsen af forhør og umyndiggørelse:

“ (...) lige i situationen føles det lidt som om at man stilles til forhør, sådan: ‘er du godt nok uddannet til at kunne varetage det her barn?’, altså hun var ikke ubehagelig eller noget, men er det virkelig sådan systemet er skruet sammen? At man skal have en høj kvalificeret faglig uddannelse for at man kan varetage sit barn??” (Bilag 1: 1).

Når sundhedsplejersken stiller spørgsmålstejn ved baggrund, så de føler, at de skal leve op til særlige krav, vil det have betydning for deres refleksivitet om egne forældreevner og deres selvforståelse om at være kompetente forældre. Hvis man eksempelvis ikke kan være god nok forælder som stilladsarbejder, hvem er så? Og hvis det kræver en længerevarende akademisk uddannelse at være god nok mor, er man så en dårlig mor, fordi man ikke har en? Det kan give dem følelsen af umyndiggørelse, da det dels giver dem usikkerhed og mindre værd, men det kan på den anden side også medvirke til, at de oplever nye sider af dem selv. Såfremt de bliver positivt overrasket, og oplever at føle sig myndiggjort gennem forløbet med sundhedsplejersken kan de opleve tillid og opbakning omkring deres livsvalg og forældreevner og dermed en forstærket selvforståelse af sig selv som kompetente forældre.

Anne og Livs beskrivelser bærer dog præg af, at deres selvforståelse, som kompetente forældre føles truet, da de af en fagperson føler sig forhørt og umyndiggjort. Når dette sker, kan det have betydning for Anne og Livs handleevne samt handlemuligheder, og dermed også livsførelse. Hvis denne usikkerhed opleves stærk, som angst for at miste deres subjekt-opretholdelse, kan det ifølge Nissen have konsekvenser for, at livsførelsen ikke kan opretholdes, da den ikke opleves som meningsfuld. Samtidig vil Anne og Liv ikke være i stand til selvoverskridelse og selvreproduktion på en konstruktiv måde; hvis Liv og Annes livsbetingelser er i form af denne følelse af kontrolfølelse og usikkerhed i selvforståelsen som en god mor, kan det altså have indskrænkende resultater i form af tab af handleevne. For at dette ikke skal ske, må Anne og Liv finde ud af hvordan de formår at arbejde med de

præmisser, som findes emotionelt for dem i spektret mellem angst og motivation. Formår de dette vil de også kunne formå at udvide sin handleevne, og dermed vil denne følelse have indflydelse på, at de kan udvikle hendes livsførelse på en fornyet meningsfuld vis.

Idet Anne senere i interviewet fortæller om, hvordan sundhedsplejersken roste hendes forældrekompetencer og samspil med sønnen, forstår vi at Anne oplevede følelsen af at have 'bestået testen'. Altså, at de faktorer hun følte sundhedsplejersken ville sikre sig var til stede for 'kompetente forældre', rent faktisk var nogle hun levede op til (Bilag 1: 32). Hendes umiddelbare følelse af at skulle leve op til særlige krav, kan indikere, at det har betydning for, at hendes selvforståelse som en god nok mor blev opbygget samt, at hendes handlemuligheder blev udvidet. Anne oplevede at få selvtillid omkring de valg hun tog for sin søn, turde hun også at stole på sig selv i forbindelse med de øvrige valg i organiseringen af livsførelsen omkring eksempelvis pasning og arbejdsliv. Ligesom Anne, oplever Liv altså, at de består testen; Liv beskriver:

“Det kan sagtens være en oprigtig interesse, det virkede dog ikke sådan, fordi det virkede som om, at det virkede som om, at hun synes det lød fornuftigt. Jeg kan blive nervøs for om det havde været anderledes, hvis vores fortælling var en anden - hvis det giver mening?”

(Bilag 3: 26).

Liv oplever altså her, at sundhedsplejersken kategoriserer deres svar som værende acceptable og at de dermed vurderes gode nok. De to kvinder, Anne og Liv, lader til at blive påvirket forskelligt af denne kontrolfølelse og dertilhørende videre refleksioner. Hos Anne lader det ikke til at fylde meget retrospektiv, hun italesætter i høj grad relationen og oplevelsen med sundhedsplejersken som positiv og tillidsfuld. Hun siger blandt andet: *“ (...) kunne jeg have undværet en sundhedsplejerske? Svaret er “ja” - rent og skær praktisk, men svaret er helt klart nej, hvis jeg tænker på min trivsel som nybagt mor og trygheden i, at en SP “tjekker” om min baby trives og er okay og udvikler sig som han skal (...)”* (Bilag 1: 32). Anne begrundes altså besøgende føles trygge og derfor er betydningsfulde for hendes trivsel som mor. Sundhedsplejersken formår at støtte Anne i hendes moderskab og give hende tryghed i, at hun en god nok mor for sin søn. Ud fra hendes begrundelser kan man således sige, at sundhedsplejersken for Anne i høj grad har været meningsfuld og bidraget positivt til hendes livsførelse og moderskab, som det ligeledes blev konkluderet i analysetema 1.

5.2.2 Hjemmepasning vs. Institution

Flere af kvinderne har overvejelser om, hvordan familierne skal indrette deres liv for eksempel omkring arbejde og pasning, set i lyset af hvordan de oplevede sundhedsplejen vejledte derom. Nogle har, som Liv og Anne i ovenstående, følelsen af at skulle leve op til noget bestemt, mens andre oplever, at dette bliver afkræftet. Beate beskriver følelsen af, hvordan kontrollen primært var rettet mod hjemmet og altså ikke hendes evner som forældre. Hun fortæller, hvordan hun blandt andet tænkte: “ (...) ved første besøg, gud, gad vide om hun skal op og se, hvordan vi har indrettet hendes værelse, og hvor sover hun, går hun ind og måler temperaturen i hendes rum. Altså sådan et kontroltjek på en eller anden måde, og det var det bare overhovedet ikke.” (Bilag 2: 8). Beate havde altså forventet dette kontroltjek, men oplevede det ikke i praksis. Marie beskriver derimod, at hun oplever kontrollen, men omvendt, at den delvis er meningsfuld for hende. Hun beskriver: “Der er jo nogle som skal holde øje med om forældrene gør det godt nok. Og det er jo også fint, det er jo for barnets skyld, tænker jeg.” (Bilag 4: 21). Altså italesætter hun kontrollen som værende tilstede, men samtidig, at hun forstår intentionerne bag og accepterer præmissen om, at nogen skal holde øje med forældres kompetencer. Marie er dog ikke rendyrket positiv i sit udtryk om dette, og uddyber senere følgende: “ (...) der er en tendens i samfundet til at børn skal kontrolleres for at se om de gør det godt nok og at der et resultat fra starten, og det er det vi skal nå. Og det er der nogle der skal holde øje med.” (Bilag 4: 23).

Marie giver udtryk for sin ambivalens omkring intentionerne, da hun italesætter behovet generelt (for børnenes skyld), men udtrykker også en vis skepsis, og kritik af en tendens i samfundet om kontrol af børn, hvor der er krav til hvornår børn skal kunne bestemte færdigheder. Hun sætter ord på denne tendens, at der er et kontrolelement, og italesætter således en magt, der ligger implicit i statens indflydelse på familiernes liv. Hun oplever således at der fra samfundet stilles nogle betingelser for, hvordan børn bør og skal udvikle sig og at disse betingelser får betydning for, hvordan børnelivet anskues. En af disse betingelser er besøget af sundhedsplejerske. Hun reflekterer også over det i forhold til hjemmepasning af børn, som de i Maries familie har valgt. Blandt andet kommer hun ind på, at betingelserne er forskellige for familier, da det ikke er vedtaget ved lov, at pengene følger barnet. Marie begrundet i interviewet, hvorfor de som familie blev nødt til at indordne sig under den betingelse, at Københavns kommune på daværende tidspunkt ikke tilbød tilskud til hjemmepasning, samt at deres sundhedsplejerske opfordrede til det:

“Husk at skrive ham op til institution. Og det gjorde vi jo også, selvom vi havde en følelse i maven om at det ville vi helst ikke have. Vi vil helst ikke have at han skulle gå i institution, men vi kunne ikke gøre andet, økonomisk kunne det bare ikke hænge sammen dengang.”

(Bilag 4: 17).

Betingelserne havde således betydning for Maries handlemuligheder og fik betydning for den måde Maries familie måtte indrette sig på. Nogle kommuner har altså valgt, at forældre kan få tilskud til pasning af eget barn i stedet for det tilskud man ellers får til plads i dagtilbud. Nogle udtaler, at de oplevede positiv respons omkring hjemmepasning fra deres sundhedsplejerske (Bilag 5: 2, 19). Marie beskriver ligeledes, at hendes relation til sundhedsplejersken bar præg af en god kemi, fordi sundhedsplejersken, som tidligere beskrevet i analysen, formåede at støtte familien i deres valg: *“Men til Kaspers sundhedsplejerske der var det meget bedre, fordi hun støttede os jo blandt andet rigtigt meget i det her med hjemmepasning.”* (Bilag 4: 18).

Kvinderne der nævnte hjemmepasning, beskrev hvordan det på forskelligvis var blevet taget imod af sundhedsplejersken. En anden kvinde, der ligesom Marie oplevede, at hendes sundhedsplejerske var meget støttende i forhold til at hjemmepasse, fortæller at sundhedsplejersken indirekte fik hende overbevist om at hjemmepasning var det rigtige for dem:

“ (...) jeg ville i forvejen passe barnet hjemme pga morinstinktiv og hvordan kan jeg aflevere mit barn til fremmede – selvom de er vuggestueansatte. Og hun var støttende i det, hun var meget med på ideen, hun snakkede ikke decideret tydeligt “du skal passe barnet hjemme”, men hun var meget støttende og det var ligesom at hun troede selv at det var det rigtige gøre, og det var godt at vide.” (Bilag 5: 7).

Det var dog ikke alle kvinder der oplevede denne opbakning og bekræftelse, som ovenstående. En anden kvinde fra Facebook fortæller, hvordan hendes sundhedsplejerske anså institution og opstart heraf:

“Vi flyttede da han var 7 mdr og fik en anden sundhedsplejerske som ved 9 mdrs. besøg synes det var vigtigt at han skulle i institution. Han startede op, men efter 14 dage tog vi ham hjem og har siden været hjemmegående ved siden af mit studie. Selvom han blev startet op ku jeg mærke en modvilje og en uenighed med hendes budskab om at børn skulle rustes osv.”

(Bilag 5: 3).

Familien beslutter, at deres søn ikke skal gå i institution, hvilken har den betydning, at moderen går hjemme, samtidig med at hun studerer ved siden af. Det er en betingelse som familien må arbejde med, hvis deres ønske om hjemmepasning, samt økonomiske råderum skal indfries. Yderligere fortæller kvinden, hvordan sundhedsplejersken kommer med en markant anderledes holdning til institution end deres egen, hvilket har den konsekvens at hun anser sundhedsplejersker som mere personlige end professionelle: *“Dermed en forstærkende af følelsen af, at sundhedsplejerskerne er mennesker med meninger mere end fagfolk med endegyldige sandheder.”* (Bilag 5: 3).

Det er således meget individuelt, hvordan mødre har oplevet støtte i forhold til hjemmepasning, og selvom nogle mødre finder denne vejledning givende, er der også mødre som har oplevet det modsatte. I mange kommuner er det slet ikke muligt med tilskud til pasning af eget barn, men muligt at hyre en privat børnepasser og få tilskuddet til det. Marie tilføjer dertil:

“Men jeg synes bare at det er vildt, at jeg kan aflevere mit barn til hvilken som helst person her i Korsør, som privat passer og så får hun 15.000 kr. om måneden måske. Og jeg får 5000 kr. i ét år maks., for ellers skal mit barn ud og passes af andre. Det er det der med kontrol som jeg synes er, ikke så fedt.” (Bilag 4: 24).

Disse samfundsmæssige betingelser får således betydning for familierne, idet det er statsligt og kommunalt styret, hvilke økonomiske betingelser, der udgør de muligheder de har for at udvikle deres livsførelse. Dette vil enten øge eller indskrænke mødrenes muligheder for livssikring, samt deres videreudvikling af organiserede handlemuligheder i egen udvikling og liv. Da subjektets handlemuligheder hænger tæt sammen med dets handleevne, som dertil også er betinget af de handlesammenhænge det indgår i, vil det have betydning for, hvordan mødre vælger at udvikle livsførelse, der vedrører pasning og arbejdsliv. Hvis kvinderne ikke kender muligheden for økonomisk tilskud, eller at den ikke eksisterer i deres kommune, vil det muligvis være sværere at erkende hjemmepasning som en mulighed for deres familieliv. Derudover er mødrenes oplevelse af, hvilke handlemuligheder de har også betinget af de øvrige kontekster de indgår i samt deres selvforståelse. Nogle af mødrene forklarer, at de aktivt har valgt hjemmepasning til, uden tilskud, og således indrettet deres liv efter at leve efter én forældres indkomst. Dette afhænger blandt andet af at, at subjektet har en vis autonomi over eget liv. Altså er kvindernes begrundelser og valg ikke kun betinget af de rammer som sundhedsplejersken opsætter som betingelser, men også hvordan de selv

erkender betingelserne de lever under. Liv kommer ind på, hvordan sundhedsplejersken præsenterer disse betingelser for hende, hun tilføjer: “ (...) *jeg har hele tiden vidst det var et tilbud, jeg tror bare ikke at jeg har tænkt der var alternativer... jo alternativer som at jeg går hjemme...*” (Bilag 3: 16). Hun uddyber, at sundhedsplejersken fortalte om muligheden for kommunale og privat daginstitutioner; hun fortalte dog ikke om muligheden for eksempelvis at hyre en privat børnepasser i eget hjem - eller endda selv at varetage pasning af eget barn, som hun selv valgte alligevel uden tilskud fra kommunen (ibid.). I de fleste beretninger, hører vi om, at mødre har oplevet, at sundhedsplejerskerne opfordrer til at udlicitere omsorgen af deres børn til dagtilbud. Dette fortæller en af Facebook-respondenterne om: hun skriver, at hun har valgt hjemmepasning, og blev mødt af skepsis fra sundhedsplejersken, der understregede, at hun skulle huske at socialisere ham (Bilag 5: 8). En anden kvinde, fra Facebook, sætter ligeledes ord på dette: “*Jeg oplevede meget firkantet vejledning fra sp da min ældste var lille, også mod min egen intuition og præsenteret som facit, intet mindre. “Hvornår skal han passes?” fx*” (Bilag 5: 2). Dette indikerer, at sundhedsplejerskens udlægning af pasningsmuligheder, har betydning for hvilke handlemuligheder mødre erkender, der muliggør udvikling af handlesammenhænge og livsførelse for dem.

I sundhedsplejerskens vejledning er der således potentielt en implicit magt over kvindernes handlemuligheder. Dels da de rent praktisk opstiller muligheder for indretning af arbejdsliv og pasningsmuligheder, men også dels da nogle værdilader eksempelvis hjemmepasning, som potentielt skadeligt for barnets sociale kompetencer. Begge dele analyseres som have betydning for, hvordan mødrenes handlemuligheder og udvikling af livsførelse kan indrettes. Hjemmepasning som et aktivt tilvalg til udvikling af livsførelse er således noget som kvinderne aktivt skal være opsøgende omkring, samt bevidste om hvilke muligheder de har økonomisk. Hjemmepasning er således et valg i livsførelsen, der kræver særlige erkendelser og selvforståelse. Valget af hjemmepasning rækker udover systemets kasser, og ikke noget kvinderne vejledes i eller får rådgivning omkring. Liv og hendes mand har også mange overvejelser derom, da Liv hjemmepasser deres dreng, og dette gør at manden føler kommunen holder ekstra øje, hvis de eksempelvis takker nej til sundhedsplejen til fremtidige børn. Liv beskriver:

“ (...) *han er bange for at melde sig mere ud end vi allerede har gjort... så han er bange – eller ikke bange, men ville de studse over det – hvorfor vil de ikke have den anden gang? (...)*
Jeg ved ikke om det vil blive accepteret, eller det vil det måske nok... jeg tror bare jeg har læst så mange... så der en eller anden jordemoder der har sagt ‘ nå hvorfor vil I ikke det? ’,

og så har folk nærmest fået en indberetning før noget har nået at... eller underretning inden der overhovedet har været noget. Jeg synes det er super ærgerligt, at det ikke er et tilvalg!”

(Bilag 3: 20-21).

Vi forstår, at Liv udtrykker en vis mistillid til om det er et reelt tilbud, og anser sundhedsplejersken som magtudøver, hun tilføjer også *“Udover det, gik jeg altid ind og læste alt hvad hun havde skrevet om besøget. For at være sikker på, hvad der stod om os ude i systemet.”* (Bilag 5: 5). Dette citat tolker vi også som udtryk for Livs mistillid til om sundhedsplejerskens omsorg reelt er for deres bedste eller spørgsmål om systemisk kontrol af forældreverner. Liv oplever ikke at sundhedsplejerskens intentioner for mødet stemmer overens med hvad hun gerne vil, at sundhedsplejen følte som et reelt tilvalg. Hun har således ikke stor tillid til sundhedsplejens intentioner. Udover det, som tidligere beskrevet, har Liv også talt sundhedsplejen efter munden og yderligere oplevet at hendes råd førte til bekymringer og frustrationer. Alt dette begrænser hende således i at opleve den vejledning sundhedsplejen giver som et meningsfuldt bidrag til hendes handlemuligheder og udvikling af livsførelse.

Kvindernes begrundelser, der kommer til udtryk i ovenstående afsnit, sammensat med pointerne om relation og kemi i analysetema 1, tilskriver, hvordan kvinderne erkender sundhedsplejerskens tilstedeværelse og vejledning som meningsfuld. På denne baggrund mener vi, at oplevelsen af meningsfuldhed afhænger af tilfældigheder. Dette skal forstås i kraft af, at sundhedsplejerskerne og familierne er forskellige i personlighed, værdier, praksistilgang, forventninger med mere, og dertil, at de bliver tilfældigt sammensat. Dermed er det også tilfældigheder, der bevirker, hvordan relationen ender ud med at blive. Til det kan vi konkludere, at det er tilfældigheder, der er medvirkende til kvindernes oplevelse af meningsfuldhed i mødet med sundhedsplejen.

5.2.3 Kassetænkning

Mange af kvinderne beskriver, hvordan mødet med sundhedsplejersken er præget af kassetænkning. Altså hvordan de oplever, at sundhedsplejersken arbejder indenfor nogle meget ufleksible rammer, eksempelvis at børnene skal passe inden for helt specifikke målbare parametre i forhold til både vægtøgning, udvikling, ammerutiner med mere. Marie siger det blandt andet med følgende ord: *“Der var også nogle andre småting, altså bare hele det her med at der er så meget kassetænkning, øh, og at de skal passe på kurver og sådan noget.”* (Bilag 4: 2). Senere i interviewet kommer hun igen ind på det og fortæller:

“ (...) man kan jo læse inde på, jeg kan ikke huske, hvad den hedder, men der er en hjemmeside, hvor du kan gå ind og se, når du har haft sundhedsplejersker, hvad I har talt om og sådan noget, og der var virkelig nogle punkter, hvor jeg kunne se at det skulle hun bare igennem ved det her besøg. 2. besøg handler om bla bla bla, det havde hun fået tjekket af.”

(Bilag 4: 14).

Marie giver altså udtryk for kassetænkning, hvor indholdet af møderne med sundhedsplejersken bærer præg af en tjekliste. Dette tolker vi sådan, at Marie ikke oplever det som værende tilpasset dem som familie og at det taber mening. Dette qua der ikke er plads til at falde udenfor de fastsatte rammer, som på forhånd er sat op for mødet. Hun oplever at denne tilgang er medvirkende til at stresser hende: *“Og det blev et kæmpe, en kæmpe stressfaktor for mig, fordi at han havde tabt sig rigtig meget.”* (Bilag 4: 2). Marie er, ligesom Liv, meget bevidst om at møderne med sundhedsplejersken dokumenteres, og indskrives i systemet “i kasser” der skal tjekkes af. Måling og vejning af børnene fylder således meget i mødrenes moderskab og refleksioner om hvorvidt de imødekommer deres børns basale behov på en tilstrækkelig vis. Liv kommer i hendes interview også ind på samme tendens, og hun har følgende refleksion:

“For jeg synes også det kan noget rigtig godt, det kan jo også... jeg synes det er for meget at det skal være så meget i de er kasser og kurver, men det kan jo også noget rigtig godt, for man ser jo også hvis det falder meget. Og det gjorde det hos os i starten helt vildt meget, og så var vi jo til det her ekstra ammevejledning på hospitalet. Så sådan nogle ting ville jeg gerne være nogenlunde sikker på. At det blev ført, eller skrev ind på en eller anden måde... det ved jeg ikke om overhovedet eksisterer. Det kan sagens være man bare ringer til sin læge og siger ‘nu vejer han det her’ eller ringer ned, eller går ned til det der sundhedshuset, eller det der sted med sundhedsplejerske.” (Bilag 3: 22).

Liv beskriver således, hvordan hun egentlig både ser positive og negative aspekter i kontrollen. Hun vil gerne kunne have en idé om noget er galt, men hun følte samtidig, at der var for ensopret fokus, og at man måske kunne håndtere disse kontroller på en anden måde. Hun beskriver selv, at det for dem fremtidigt kunne være mere meningsfuldt, at de selv holdt øje og så efter behov kontaktede læge eller sundhedsplejerske. Her reflekterer Liv altså over egne handlemuligheder, og overvejer hvordan hun kan arbejde med hendes betingelser på en ny måde ved fremtidige børn. Hun begrundes, at kontrollen i sig selv er betydningsfuld, men

den betingelse, at sundhedsplejersken ikke føles som tilvalg, gør hende usikker og føles begrænsende for hendes forståelse til hvordan sundhedsplejen kan bidrage (Bilag 3: 20-21).

Marie beskriver også, at kontrollen til dels har positive aspekter. Hun fortæller: *“Og det, altså, selve konceptet sundhedspleje, kunne vi egentlig ret godt lide, fordi det der med at, det er jo også noget af det eneste man har kontrol med, når det er et lille barn. Det er om de udvikler sig som de skal, ifølge sundhedsplejerskerne.”* (Bilag 4: 4). Maries udlægning af disse kontrolvejninger med mere, er altså et håndgribeligt værktøj, der hjælper med at bekræfte, at man gør det godt nok. På den måde forstår vi, at det potentielt øger hendes handlemuligheder, idet hun erkender sundhedsplejerskens tilstedeværelse som konstruktivt bidrag til at sørge for hendes barns trivsel og udvikling (Bilag 4: 21).

Anne kommer også selv ind på kassetænkningen, hun beskriver i den forbindelse, at hendes sundhedsplejerske ikke spurgte ind til hendes fødsel og efterfølgende indlæggelse:

“ (...) og altså nu kommer jeg jo selv fra det offentlige, og det ER jo bare meget kassetænkning... og jeg tror også hun har tænkt, at hvis jeg havde brug for at tale med nogen om det her, så skulle det måske være en psykolog og det de har at tilbyde. Hun kommer som sundhedsplejerske, og det er hendes arbejde, og hun skal ikke sidde og være psykolog, altså hvis du forstår mig ret?” (Bilag 1: 22).

I citatet beskriver Anne, at hun er helt indforstået med rationalet omkring sundhedsplejerskens kassetænkning. Hun tilføjer derefter, at hun også selv sender folk videre, hvis borgernes spørgsmål synes uden for hendes fagområde. Hun siger dertil:

“ (...) ligeså snart de efterspørger noget som jeg ikke kan hjælpe dem med, så forsøger jeg måske at fralægge det ansvar og sige at de så kan opsøge den hjælp et andet sted. Så jeg har også bare tænkt, at jeg ikke vil være til besvær... øhm... men altså jeg er da helt sikker på, at hvis jeg havde været lidt mere åben omkring det, så havde hun rådgivet og vejledt mig til, hvor jeg kunne få hjælp henne, for det er i hvert fald hendes ansvar...” (Bilag 1: 22).

Vi læser Annes beskrivelser her, at qua hendes egen selvforståelse som kommunal ansat, indskrænker hun sine muligheder for at bruge sundhedsplejersken til andre slags spørgsmål end det som kan måles og vejes. Hun er meget bevidst om, at der er grænser for hvad hun kan bede om hjælp til, og siger selv hun ikke vil være besværlig. Her begrænses hendes handleevne, da hun har særlige forståelser for hvad der kan forventes af en kommunal ansat som hende selv. Dette i form af, at hun opfatter sig selv, som en der kaster bolden videre, og

kun holder sig på egen banehalvdel; hun har dermed ikke har forventning om hjælp fra sundhedsplejersken til egne psykiske problemstillinger. Dette kan have yderligere konsekvenser for hendes livsførelse, idet hun selv betegner sin fødsel som traumatiserende, og at hun har behov for at tale om den, men at hun ikke har involveret sundhedsplejersken i sine tanker.

5.2.4 Tiltro og tillid

Ikke alle har samme tillid til sundhedsplejersken som Anne, eller for den sags skyld umiddelbare tiltro til kassetænkningstendensen. En kvinde fra Facebook beskriver blandt andet:

“ (...) vi er generelt bare uenige om mange ting, og jeg taler hende tit efter munden, fordi jeg ikke magter at forsvare mine valg... F.eks. så mener hun, at min søn skal “lære” at sove i barnevogn, og at det ikke gør noget, at han “brokker sig” over det. At han vil få færre opgaver, hvis jeg stopper med natamning, og han kommer på eget værelse, så vi ikke “forstyrrer” ham.” (Bilag 5: 8).

Der er mange lignende beretninger i vores empiri, hvor de beskriver at sundhedsplejersken talte forbi deres families behov og værdisæt. Blandt andet er Liv inde på meget af det samme. Liv beskriver i interviewet, som tidligere beskrevet i første analysetema, hvordan hun flere gange valgte at tale sundhedsplejersken efter munden, udelukkende for ikke at blive spurgt nærmere ind eller få kritiske spørgsmål eller råd hun ikke regnede med ville være meningsfulde for dem. Hun kommer blandt andet med dette eksempel herpå:

“(...) det var faktisk et af de råd hvor jeg bare sagde ‘jaja, det gør jeg’... det var i forhold til at han ikke ammede særlig lang tid af gangen og han ammede nok heller ikke ofte nok om natten, og så ville hun gerne have jeg skulle vække ham og tage ham op og ud af søvnen ... og det var bare rigtig unaturligt for mig, jeg ville bare hellere amme ham når han var vågen...” (Bilag 3: 5-6).

Som vi tidligere konkluderede anså Liv sundhedsplejersken som en magtudøver, og hun havde reelt ikke stor tiltro til deres relation var tryk. Dette kan måske hænge sammen med, at hun oplevede sundhedsplejerskens råd som mangelfuld og ensrettet uden egentlig reelle løsningsforslag, hun beskriver i hendes facebooksvar: *“Vores søn tog ikke nok på og hun kom derfor på ekstra besøg, og der sagde hun “jeg kommer i næste uge og der skal han have taget 300 gram på”. Det var noget af en mavepuster, hvordan skulle jeg kunne være sikker på det? Hvordan kunne jeg gøre noget anderledes, så han tog mere på? Jeg er med på, at de jo*

holder øje med alle de her ting af en grund. Men sommetider følte jeg virkelig, at ved det mindste "udsving" så reagerede hun ved at sende os videre til enten kontrol vejning eller egen læge" (Bilag 5: 5).

Liv fortæller efterfølgende i interviewet, hvordan de råd hun lyttede til endte ud med, at hun gav sønnen mere og mere modermælkserstatning, for til sidst at måtte droppe amningen helt, på trods af, at hun ønskede at fortsætte. Hun italesætter det som hendes eget ansvar og valg, men også at det er noget hun gjorde med tillid til sundhedsplejerskens vejledning:

"Altså pludselig fik han bare helt vildt meget modermælkserstatning inden han skulle sove, for det synes hun at han skulle have. Og det gjorde jeg jo! fordi på det tidspunkt har jeg bare været uvidende og usikker... Men det var jo selvfølgelig mit eget valg." (Bilag 3: 7-8).

Hun tilføjer dertil, at det var eneste løsning sundhedsplejersken fremlagde, og at sundhedsplejersken gav hende indtryk af, at hun lod sin søn komme sulten i seng. Hun tilføjer: *"Og er der noget man som mor ikke har lyst til, så er det da at komme et sultent barn i seng. Det er jo klart."* (Bilag 3: 7-8). Hun uddyber senere, da der spørges ind til om disse råd virkede til at være personlige holdninger eller faglige begrundede: *" (...) ej det har nok hældt mest til hendes egne personlige holdning egentlig... Fordi hun kom jo heller ikke med andet end den ene metode vi skulle prøve."* (Bilag 3: 8).

Dialogen med Liv bærer præg af, at hun mister mere tillid til sundhedsplejerskens vejledning. Dette også i kraft af, at hun oplever et tillidsbrud, som hun selv beskriver som følgende:

"(...) hun skrev meget tidligt inden på det der 'sundhed' eller hvad det hedder, der hvor man kan se alt det du har skrevet... men der kan man se hun skriver rigtig rigtig tidligt om et besøg hun havde haft hos, hvor jeg var total uenig i det hun havde skrevet... og jeg blev faktisk stødt, og jeg tænkte efter dét havde jeg overhovedet ikke lyst til at dele noget med hende fordi jeg var 'bange', eller det var jeg ikke..., men jeg havde ikke lyst til at det skulle stå et eller andet sted, for det var noget jeg havde fortalt hende i fortrolighed, og det var måske også et lille ord hun måske skulle have byttet ud, og så havde det givet mening."

(Bilag 3: 11).

Dette forstår vi som værende med til at begrænse Livs handleevne, idet hun som udgangspunkt forventede god faglig støtte med nuanceret og meningsfuld rådgivning, og egentlig begyndte med at forvente besøgene som værende trygge (Bilag 3: 2). I stedet oplever hun at føle sig lidt overladt i sig selv, idet hun får at vide at sønnen skal tage på, men ikke får

hjælp til at afdække om han har eventuelle problematikker, der kunne afhjælpes.

Hun fortæller, at familien selv opsøger en kiropraktor, hvilket kan indikere tegn på udvidet handleevne (Bilag 3: 7). Dette qua, at Liv og hendes mand ikke oplevede rådgivningen og deres tilpassede rutiner med sønnen havde positiv virkning, blev de frustrerede og endte med selv at søge andre veje. Udover, at Liv altså ikke oplevede sundhedsplejens tilstedeværelse som et meningsfuldt input til deres familie, så tilføjer hun dog flere gange, at en vigtig funktion for hende har været vejning af sønnen og lignende tæk. Hun fortæller blandt andet, da hun taler om hun har brug for sundhedsplejerske til fremtidige børn “ (...) jeg tror jeg ville gøre noget andet forhold til det her med vægt og kurver og alle de her ting. Det hele med det fysiske og de der ting, dem ville jeg gerne være bare lidt obs på.” (Bilag 3: 22).

I citatet giver hun altså udtryk for, at hun føler disse tæk er vigtige, men samtidig, at hun ønsker at gøre det på en anden måde end hjemmebesøg fra sundhedsplejersken.

Liv og hendes mand var ikke alene om at have overvejende meningsløs opfattelse af sundhedsplejen; Marie fortæller også at de var i tvivl om de skulle vælge sundhedsplejersken til anden gang, på grund af negative oplevelser med den første, som ligeledes blev belyst i analysetema 1. Marie fortæller:

“ (...) det er også det der med, som jeg sagde før med kasser og kurver, som jeg måske ikke lige fik fulgt op på, men at de skal passe ind på en kurve og i en kasse, fordi ellers kan hun ikke sige at de trives nærmest, og så skal der sættes alt muligt i værk for at de passer ind.

(Bilag 4: 2-3).

Marie tilføjer dertil, at det der egentlig fyldte mest for hende og faren var, at deres søn havde ondt og var meget ked af det, og tilføjer at de manglede konkret hjælp dertil, men sundhedsplejersken var meget fokuseret på disse målinger, hun siger dertil: “ (...) så hvad skulle vi gøre, altså hvad skulle vi sætte i gang.” (Bilag 4: 3). Marie fortæller altså, at hun manglede vejledning, som tog udgangspunkt i deres families oplevede udfordringer, og ikke med udgangspunkt i vægtkurver og diagrammer. Marie beskriver senere i interviewet, at hendes usikkerhed i rollen som mor gjorde, at hun oplevede sundhedsplejerskens råd som en manual hun skulle følge. Hun oplevede dog efterfølgende at konkludere, at babyer er forskellige (Bilag 4: 19). Hun tilføjer dertil: “Det vidste jeg bare ikke, eller det vidste jeg jo godt nok, men det er den der kassetænkning igen, som jeg synes gennemsyrrer ret meget.” (Bilag 4: 19). Hun fortæller også, at det var mest af alt praktiske råd hun fik fra sundhedsplejerske, eksempelvis om amning, og putteritualer. Hun fortæller hvordan hun

følte, at sundhedsplejersken havde et "tunnelsyn", og dertil siger hun blandt andet: *"Det var slet ikke godt for ham, de råd hun gav. Blandt andet hvad angik amning, hvor hun sagde at, at hun var bange for at han ville bruge mig som en sut og derfor kun måtte amme ham hver tredje time, og det gjorde jeg på klokkeslæt nærmest."* (Bilag 4: 2). Hun oplevede at efterleve sundhedsplejerskens råd, men at hun ikke oplevede dette som positivt eller meningsfuldt og at det slet ikke var godt for sønnen. Vi forstår, at Maries handlemuligheder bliver indskrænket, da familien ikke oplevede at de råd de fik og fulgte, havde succesfuld påvirkning af deres livsførelse.

5.2.5 Mangelfuld vejledning

Marie og Liv er ikke alene om at opleve en følelse af mangelfuld vejledning, der ikke var meningsfuld for deres familier. Amningen og råd derom går igen hos mange, en del har positive oplevelser med sundhedsplejerskens viden og rådgivning, men mange har negative oplevelser. Mange af kvinderne beretter om at vejledning omkring amning også i høj grad var præget af denne kassetænkning. En kvinde fra Facebook skriver:

Min sundhedsplejerske var sød, men meget tydelig om, at jeg skulle give ham meget mælk, men ikke måtte amme hver 1,5 time som han ellers meldte sig. At der helst skulle gå 3 timer mellem hver amning. Så jeg lå mange nætter og googlede og læste om amning (...)"

(Bilag 5: 3).

Kvinden i ovenstående citat oplever altså ikke, at vejledningen omkring amning gav mening for hende og hendes søn, og i afmagt over ikke at kunne bruge sundhedsplejerskens råd, søgte hun andre veje på nettet. Dette tolker vi som et tegn på udvidet handleevne, da hun presses til at må erkende nye handlemuligheder og arbejde med de betingelser hun og sønnen har. En anden af facebookkvinderne oplever også at få vejledning hun ikke oplever som meningsfuld og skriver:

"Jeg havde et kæmpe ønske om at amme, jeg kæmpede og kæmpede, hun sagde han skulle spise hver 3. Time og sådan var det! Min søn har åbenbart ikke læst den bog, så han fik jo ikke nok mad, min mælk dalede og jeg måtte give mme. Det resulterede i kronisk forstoppelse (havde han måske fået alligevel, det er jo ikke til at vide) men han får nu stadig movicol på daglig basis. Vi betalte for professionel ammevejledning inde på babyinstituttet i dyre domme, men der var det for sent, min mælk var meget lav." (Bilag 5: 4).

Kvinden beskriver altså, hvordan hun gennem vejledning fra sundhedsplejersken oplevede frustration, da vejledningen ikke stemte overens med hvad hun oplevede sønnen, havde brug

eller hvad hun selv ønske og derfor betalte sig til anden privat ammevejledning. Kvinden fortæller, hvordan sundhedsplejerskens råd bar præg af at børn skulle følge bestemte rutiner og referer ironisk til at hendes søn ikke havde læst samme bog som sundhedsplejersken. Marie beretter som tidligere beskrevet, også om denne tankegang om bestemte rutiner var bedst for alle børn, og hvordan der var meget fokus på vægt og målinger og siger yderligere i den forbindelse:

“Han skal vækkes fra en lur, fordi at de skal se om han er vokset 2 centimeter og sådan noget. Altså man kan jo se på dem om de er vokset og om de ellers har det godt. Og det jeg synes der er, øhm, en lille smule problematisk ved sundhedsplejersker, at det bliver så, sådan næsten et tunnelsyn på vægt og højde eller længde er det vel, når de er så små. (...) Det bryder jeg mig ikke om.” (Bilag 4: 4).

Udover, at Marie beskriver dette tunnelsyn vedrørende amning, vægt og målinger, fortæller Marie også om, at sundhedsplejersken rådede dem til at gå ud når sønnen skulle sove på trods af at han græd efter dem, da han ifølge sundhedsplejersken var manipulerende: *“ (...) han lavede jo bare fis med os, og det skulle han bare lære at nu skulle han altså sove. Og det var fint nok og det gjorde vi jo også, der gik vi ud, og vi gjorde det sådan en eller to gange, og vi kunne bare mærke at sådan skulle det heller ikke være.”* (Bilag 4: 12). Marie giver udtryk for, at den rådgivning de får, ikke er meningsfuld for deres familie, fordi deres mavefornemmelse siger dem det modsatte og derfor stopper de med at følge rådene. Hun beskriver dertil, hvordan hun ikke har stået alene med den oplevelse, og andre fra hendes omgangskreds føler at sundhedsplejen bærer præg af kassetænkning, hvor baby skal passe ind i særlige diagrammer uden skelen til at babyer er forskellige (ibid.). Disse erfaringer kan have betydning for kvindernes handlemuligheder, da deres handleevne potentielt begrænses. Når en allerede opnået handleevne opleves som truet, vil selvreproduktion og selvoverskridelse adskilles, altså i disse tilfælde kan kvinderne potentielt ikke udvide deres handleevne, da deres handleevner i moderskabet opleves som truede. Sådan nogle dilemmaer kan sætte kvinderne i valget mellem at acceptere præmissen og lade sig begrænse, eller udvide deres handleevne. Eksempelvis de kvinder som trods sundhedsplejerskens råd og selv vælger andre veje, eller opsøger privat hjælp. Marie uddyber blandt andet følgende omkring ammevejledning fra sundhedsplejersken:

“For eksempel med amning, det er åbenbart den gyldne regel at hver tredje time er dit barn sultent og det er kun der du må amme ham. Og det har jeg hørt at der er mange der vejledt

på den måde, øhm. Og det er det jeg synes der er ærgerligt ved sundhedsplejersker, nogle gange føler jeg at, de skal bare køre efter en retning, selvom alle familier jo er forskellige, så er det er ikke det samme der passer til alle familier og alle børn. Børn er jo, sjovt nok, også forskellige.” (Bilag 4: 12).

Her ser vi et eksempel på hvordan Marie tydeligvis har reflekteret over hendes møde med sundhedsplejersken, og hvordan hendes følelse af at babyer skulle passe ind i kasser er blevet bekræftet i hendes snakke med hendes omgangskreds. Vi forstår, at sundhedsplejens råd potentielt kan have påvirket Marie og hendes refleksioner over livsførelsesøkonomi og videre valg i livsførelsen, eksempelvis rutiner om amning og putning, hvornår og hvor meget hun skal være tilgængelig for sin baby. Det blev i analysetema 1 belyst, at Marie er meget autoritetstro, og at hun derfor fulgte rådene til at starte med - uden at tænke over det, før hun mærkede, at det føltes forkert:

“Altså det hele var jo første gang med Phillip, fordi han er det første barn. Og med sundhedsplejersken var det meget sådan, jeg er egentlig meget autoritetstro og dem der har taget en uddannelse inden for noget bestemt, et bestemt område, og derfor vil jeg selvfølgelig lytte til dem.” (Bilag 4: 1).

Marie beskriver senere i interviewet, hvordan, at hun efter at have lyttet til rådene uden, at det føltes rigtigt og meningsfuldt, at hun gerne ville have haft sundhedsplejersken havde givet familien mere nuanceret vejledning og forskellige valgmuligheder. Hun tilføjer dertil: *“Og at hun havde været mere, det lyder rigtig grimt at sige, men mere oplyst. Altså at der var nogle andre metoder.” (Bilag 4: 17).* Intervieweren spørger dertil ind til det tunnelsyn, hun tidligere havde beskrevet, og Marie uddyber, at rådgivningen i høj grad bar præg deraf:

“Meget. Fordi det var jo hver tredje time skal barnet have mad og det er det. Og ikke bruge mig som sut, altså som om at amning kun er mad. Det synes jeg skal være en viden en sundhedsplejerske skal have, at det ikke kun er mad. Det er så mange andre ting, tryghed, nærhed, relationsdannelse, og det var der ikke. Mad hver tredje time og sådan er det, for han skal ikke bruge dig som sut.” (Bilag 4: 17-18).

Marie begrundes således sundhedsplejerskens tilstedeværelse som betingelse, som havende negative betydninger for Marie og hendes families livsførelse. Dette kommer til udtryk i, at de vælger at amme hver tredje time, på trods af det er ikke det som føles rigtigt for dem, og at de går fra deres grædende søn, selvom det føles forkert – de står med følelsen af afmagt, frustration og usikkerhed. Disse ubehagelige episoder og følelser skubber således til Maries

selvforståelse, forstået på den måde at hun ikke oplever at handle efter hvad hun selv forbinder som værende meningsfuldt. Hun kan ikke identificere sig med at tage disse valg i livsførelsen, og hendes handleevne udvides. Hun tager udgangspunkt i nye handlemuligheder, som indebærer at ændre rutiner igen. Derigennem opnår Marie dog på ny en forstærket selvforståelse af hende selv som mor, der er ikke længere 'ny førstegangsmor', men nu mere erfaren og gennem de nye erfaringer er hun blevet mere sikker på hvordan hun fremover ønsker familiens livsførelse skal udføres. Hun har mærket efter og afprøvet, hvordan det i hvert fald ikke skal være for dem. Marie sætter også spørgsmålstejn ved, at sundhedsplejersken ikke giver mere nuanceret vejledning, er mere "oplyst" og at hun burde have mere viden om amning (Bilag 4: 17-18). Hun tilføjer også senere følgende uddybning dertil:

"For først er det noget med at man skal være sygeplejerske, og skal du have arbejdet i enten i hjemmeplejen eller på en børneafdeling i nogle år, før du kan tage sundhedsplejerskeuddannelsen, så det er alligevel en ret lang uddannelse. Og så ærgrer det mig bare rigtig meget at det kan blive så ensporet, eller hvad man skal sige, eller at der kun er en vej. Og det synes jeg ikke at der er for alle, men det synes jeg hvert fald for vores sundhedsplejerske med Phillip, og det gjorde jo rigtig meget for hans start på livet, og for vores start på forældreskabet. Så det er jo et meget vigtigt erhverv, for hvis der skal komme nogen i ens hjem og vejlede en om ens eget barn, så synes jeg også at der skal være nogle flere perspektiver. Og så synes jeg at det kræver, at man på en måde følger med tiden og ser på andre retninger, og andre valgmuligheder." (Bilag 4: 23).

Marie var ikke alene om denne refleksion omkring sundhedsplejerskernes faglige baggrund. I Facebook-svarene er der også flere der kommer ind på dette. En af Facebook-respondenterne fortæller:

"Jeg er enormt frustreret over at have oplevet at de fokuserer på det som afviger frem for det som ikke gør. For mig er det tydeligt at det er SYGEplejersker som er uddannede. De har jo deres faglighed og arbejdserfaring med sig. Men den erfaring er fx fra et barslesafsnit med indlagte kvinder og børn som er indlagt pga komplikationer. Jeg synes det for mit vedkommende har virket som om at det er den tilgang de tager med sig videre i deres virke som sundhedsplejersker. Altså sygdom fremfor normalitet." (Bilag 5: 14).

Dette kommer også til udtryk hos en anden kvinde fra Facebook som kan genkende fra sine egne erfaringer. Hun skriver i den forbindelse:

“ (...) Hendes viden om amning og interesse i at vejlede i det var forsvindende lille, og jeg endte med at købe mig til privat hjælp. Derudover problematiserede hun flere gange min datters vækst, selvom både læge og jeg (og faktisk også hun selv) så er barn i absolut travsel og positiv udvikling. Jeg er faktisk kommet helt i tvivl om hvad deres primære fokus er når det hverken er amning eller mors psykiske tilstand?” (Bilag 5: 14).

Som kvinderne i de ovenstående citater beskriver, oplever de altså, at den vejledning de møder hos sundhedsplejersken i høj grad bærer præg af, at sundhedsplejersken som udgangspunkt er uddannet i sygepleje. Dermed er fokus, i kvindernes øje, meget ensrettet mellem sundhed/sygdom, hvilket kvinderne ikke oplever som værende fordelagtigt, men en hæmsko, der resulterer i vejledning, de ikke oplever som meningsfuld. Dette finder vi interessant set i lyset af, at vi i indledningen beskrev, hvordan sundhedsplejerskeuddannelsen netop er en overbygning på sygeplejerskeuddannelsen. Sundhedsplejefaget er altså udsprunget af den samme biomedicinske tilgang i mennesket som sygeplejen og lægevidenskaben. Et paradoks som kvinderne selv italesætter som værende kritisk, idet det skaber en særlig tilgang til praksis, der bunder i dette sundheds/sygdoms-paradigme. Blandt andet beskrev vi i indledningen, hvordan sundhedsplejens vejledningen baseres på WHO's forståelse af sundhedsbegrebet, altså hvordan sundhed ikke kun er lig fravær af sygdom, det er dog ikke det som en del af disse kvinder oplever i praksis. Selvom *sundhedsplejen* er udviklet med profylakse som formål, er sygeplejerskerne bag stadig formet af et fag, hvor man behandler syge.

Ud fra andet analysetema, kan vi konkludere, at mange af kvinderne beskrev kassetænkning og kontrol som elementer, der fyldte i mødet med sundhedsplejen. For flere af dem medførte det usikkerhed i rollen som mor. Derudover oplevede de en implicit magt i kraft af sundhedsplejerskens rolle, sendt fra kommunen, for at varetage barnets tarv – hvilket ikke i alle tilfælde stemte overens med familiernes oplevelser, ønsker eller værdier. Dertil beskrev vi, hvorledes flere kvinder oplevede vejledningen som mangelfuld eller at den ikke passede ind i deres livsførelse, men derimod blev kilde til frustration. Flere kvinder reflekterede selv over dette, og satte eksempelvis spørgsmålstegn ved sundhedsplejerskens fagprofessionelle baggrund i den medicinske verden.

Kapitel 6: Konklusion

I indledningen skrev vi, hvordan vores forforståelser omkring sundhedsplejen var, at tilbuddet er meningsfuldt og rigtig god for visse familier, men derudover giver anledning til negative konsekvenser for andre. Denne forforståelse blev i høj grad bekræftet gennem vores empiriske arbejde. Generelt var det forskellige oplevelser kvinderne havde haft med sundhedsplejersken. Både de fire interviewede mødre samt Facebook-respondenterne berettede på meget forskellig vis om deres erfaringer. Kvinderne beskrev på forskellige måder, hvordan de gennem mødet med sundhedsplejersken blev påvirket i deres udvikling af livsførelse. Blandt andet kom det til udtryk ved, at de fulgte sundhedsplejerskens råd om ændrede rutiner angående amning og søvn. Flere af mødrene fortæller også om, hvordan deres selvforståelse påvirkes af sundhedsplejersken. Nogle bliver usikre på egne evner og samspil med baby, hvorimod andre gennem bekræftelse fra sundhedsplejersken får mere selvtillid og en tro på, at de kan stole på sig på, på trods af at sundhedsplejerskernes tilstedeværelse gjorde dem usikre på egne forældrekompetencer. Det konkluderer vi kan have betydning for, at de potentielt vil opleve angst og/eller usikkerhed i rollen som mor. Det kan blandt andet have konsekvenser for, at deres livsførelse ikke opleves meningsfuld. Dette kan yderligere medvirke til forskellige betydninger, blandt andet som indskrænket handleevne, såfremt de oplever kontroltab i en grad, der indskrænker deres erkendelsesmuligheder og selvreproduktion. De kvinder, der formår at arbejde med de nye betingelser, som findes i spektret mellem deres angst og motivation, vil formå at udvide handleevne og dermed udvikle deres livsførelse meningsfuldt. Ligesom, at de kvinder der oplevede sundhedsplejens tilstedeværelse og rådgivning som meningsfuld også oplevede det som et positivt bidrag til udvikling af livsførelsen.

Kontrol og kassetænkning var ord, der igen hos mange af kvinderne på forskellig vis, når de skulle beskrive erfaringer med sundhedsplejen. Vi konkluderede, at følelsen af kontrol fra sundhedsplejerskens side primært var negativt associeret, og at det var medvirkende til at skabe en usikker selvforståelse af mødrene egne forældrekompetencer, samt følelsen af umyndiggørelse. Gennem analysen fandt vi frem til nogle væsentlige pointer fra mødrene, der omhandler et kritisk blik på, at sundhedsplejen præsenteres som et "tilbud", som burde bestå i at brugerne frivilligt vælger indsatsen *til*. Dertil konkluderer vi også, at der i sundhedsplejerskens vejledning eksisterer en implicit magt over kvindernes handlemuligheder og livsførelse. Blandt andet, da sundhedsplejersker vejleder i hvilke muligheder, der findes for at indrette et familieliv. Herunder i forhold til pasningsmuligheder

og arbejdsliv. Det har betydning for mødrenes muligheder for livssikring og handlemuligheder, da de først og fremmest må erkende hvilke betingelser de kan handle ud fra. Eksempelvis nævnte flere kvinder, at hjemmepasning ikke blev præsenteret som en mulighed, samt at valget ikke mødte opbakning fra sundhedsplejersken. Hvorvidt kvinderne formår at erkende deres handlemuligheder og handle derpå, afhænger af kvindernes relative autonomi, selvforståelse samt øvrige livsbetingelser.

I indledningen beskrev vi, hvordan sundhedsplejen i Danmark opstod og ligeledes, hvordan den sidenhen har udviklet sig frem til i dag som fast tilbud til alle forældre i Danmark med børn i alderen 0-18 år. Vi fandt dertil frem til, at der er stor forskel på, hvordan interventionen oprindeligt tog sig ud i praksis set i det historiske perspektiv (jf. Indledningen) og så i nutidens samfund. Sundhedsplejerskerne arbejdede – og arbejder stadig ud fra en omsorgsbaseret tilgang hvor omdrejningspunktet er barnets tarv. Dog har forældre anno 2021 markant mere viden om livet med en baby i forhold til forældre fra start 1900-tallet. Den oprindelig indsats var livsnødvendig for mange, hvor den i dag har et mere bredt perspektiv på den generelle trivsel i familien, og ikke kun spædbarnspleje- og dødelighed. I dagens Danmark er der mange flere muligheder for at opnå viden og erkendelse af handlemuligheder for forskellige udfordringer, såsom amning eller lignende, via forskellige medier i dag end dengang. Dette blev også fremhævet flere gange gennem analysen, da flere af kvinderne fortalte hvordan de selv havde søgt viden og privat fagkompetent hjælp gennem internettet.

I kraft af, at sundhedsplejerskerne udspringer fra det biomedicinske felt, oplever mange kvinder også hvordan vejledningen afspejler, at det er sygeplejersker, der efteruddannes til *sundhedsplejersker*. Flere af mødrene nævner, at de havde brug for støtte og behandling udover, hvad sundhedsplejersken kunne tilbyde. Dertil var der flere, der oplevede rådgivningen som frustrerende og ikke hjælpsom. Andre oplevede snarere det gav anledning til usikkerhed, bekymringer og rådgivning i handlemuligheder som de ikke fandt meningsfulde for hverken dem selv eller deres børn. Flere af mødrene nævnte at de snakkede sundhedsplejersken efter munden, og ikke involverede vedkommende i reelle bekymringer eller tog imod råd. Det konkluderer vi har den betydning, at interventionen blev irrelevant.

Afslutningsvis konkluderer vi, at sundhedsplejen i Danmark anno 2021 har gode potentialer for at bidrage til meningsfuld livsførelse hos familierne. Som vi anser sundhedsplejens i dag, mener vi dog ikke, at der altid er tale om en meningsfuld social intervention i den forstand, som vi mener det bør være. Dette grunder i, at oplevelsen af meningsfuldhed lader til at være

varierende ud fra "tilfældigheder" som eksempelvis sundhedsplejerskens personlige holdninger og kemi mellem forælder og sundhedsplejersken. Konteksten vi dykker ned i, er således en lille del af en større kompleks praksis. Ud fra vores analytiske arbejde ser vi et behov for at udvikle endnu mere viden omkring brugernes oplevelse af sundhedsplejen. Derfor mener vi der bør sættes lys på brugerinvolvering- og perspektiver når det handler om praksisudvikling. Forskning og praksis bør samarbejde videre (jf. Indledning), men med øje for brugerperspektiver i bred forstand. Således, at ressourcerne, der ved lov burde sikre at *alle* nybygte familier har mulighed for relevant støtte og kompetent vejledning, også lever op til at forældrene selv føler tilbuddet sådan. Altså som noget de aktivt *tilvælger* og dertil, at de gennem mødet med sundhedsplejen formår at føle tilbuddet meningsfuldt og som konstruktivt bidrag til deres moderskab, familieliv og livsførelse.

Perspektivering (Katja)

Hensigten med følgende perspektivering er at fremhæve andre perspektiver og refleksioner, der er kommet frem i vores proces med specialets tilblivelse. Det er perspektiver der ville være interessante at dykke ned i, såfremt vi havde mulighed for at arbejde videre med specialet.

Allerede i indledningen, samt det øvrige speciale, tilskriver vi mødrene som brugere af sundhedsplejen, og børnene som omdrejningspunktet. Dertil kan det tolkes, at vi implicit har tillagt en overensstemmelse mellem mødrenes og børnenes oplevelse af meningsfuldhed, hvilket kunne være interessant at sætte spørgsmålstejn ved. Det gøres klart i indledningen, hvilke indsatsområder sundhedsplejerskerne skal varetage: give støtte, yde omsorg, vejlede og rådgive familierne for at fremme sundhed og trivsel. Det er dog vigtigt at have øje for statens intention med indsatsen, nemlig barnets tarv - altså er det en profylaktisk indsats, som analysen også kommer omkring. Dette indebærer blandt andet indberetningspligten som sundhedsplejerskerne har, og som en del af kvinderne i vores empiri også beskriver og reflekterer over og italesætter som magt.

Magtbegrebet i sig selv rummer meget kompleksitet og derfor vil det i en forlængelse af nuværende undersøgelse kræve et mere centralt fokus. En problemstilling med magt som overskrift vil det være interessant at undersøge, hvordan magt er en betingelse for moderskabet. Herudover undersøge, hvilken magt der hersker, om det er den relationelle eller den samfundsmæssige magt, og dertil hvilke konsekvenser det har.

Det samme perspektiv belyser forfatter og Cand.mag., Anne Kirstine Sørensen, i sin debatbog *Moderland* (2020), samt i artiklen *Vores konfiskerede børn* (2021), hvor hun sætter fokus på, at staten har frataget forældrene ansvaret for egne børn. Her menes, at samfundet har overtaget denne rolle, således at begge forældre kan arbejde og bidrage til velfærdssamfundet. Flere af mødrene i vores undersøgelse påpeger, at det er vanskeligt at tilvælge hjemmepasning grundet økonomiske udfordringer, hvilket er med til at understøtte Sørensens pointe. En hypotese herpå kan være, at desto vanskeligere det er tilvælge hjemmepasning, desto nemmere er det at få begge forældre tilbage på arbejdsmarkedet efter endt barsel.

Set i lyset af dét, kunne det være interessant at diskutere børneperspektivet på flere planer. I specialet kan det tolkes, at vi implicit har taget for givet at mødrenes meningsfuldhed er lig med brugerperspektivet. Dermed sat på spidsen, at børnenes oplevelse af meningsfuldhed er lig mødrenes. For spørgsmålet er om der altid er overensstemmelse mellem, hvad der er det meningsfulde for moren og det meningsfulde for barnet? Dét kunne være et interessant perspektiv at diskutere og analysere forskellige perspektiver ud fra.

Udover børneperspektivet kan det være interessant at belyse fædrenes perspektiv, da det er en forholdsvis lille procent af fædrene, som holder mere end 14 dages barsel (KVINFO 2018). Hvordan de oplever sundhedsplejen som meningsfuld, samt om de har en anden oplevelse end mødrene, eftersom at kontakten med sundhedsplejersken er varierende grundet forskellige barsels perioder.

Dette speciale har haft fokus på mødrenes oplevelser, men som perspektivering præsenterer, findes der andre perspektiver, som er lige relevante at belyse, set i en social interventions kontekst.

Litteraturliste

Kilder

Brinkmann, S. & Kvale S. (2015): *Interview. Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. Oversæt af Bjørk Nake. 3. udgave. 3. oplag. København: Hans Reitzels Forlag.

Buus, H. (2001): *Sundhedsplejerskeinstitutionens dannelse*. Museum Tusulanums Forlag.

Coffey, A. og Atkinson, P. (1996): *Making Sense of Qualitative Data: Complementary Research Strategies*. Printet in the United States of America: Sages Pulications, Inc.

Dreier, O. (Red.) (1979): *Den kritiske psykologi*. København: Rhodos.

Dreier, O. (1992): Kvalitetsbegrebet i socialt arbejde set fra personale- og brugerside. *Psykosocialt behandlingsarbejde*, 20(2), 211-215. Dansk Psykologisk Forlag, København.

Dreier, O. (2003): *Subjectivity and Social Practices*. Center for Health, Humanity, and Culture, Department of Philosophy, University of Aarhus, Denmark.

Dreier, O. (2011): *Personality and the conduct of everyday life*. Nordic Psychology.

Dreier, O. (2014): Intervention, evidensbaseret forskning og dagligliv. *Nordiske udkast*, 42(1), s. 5-16.

Dupret, K., Krøjer, J. & Nielsen, S. (2016): Introduktion til social intervention. I: Krøjer, J & Dupret, K. (Red.): *Social intervention, meningsfuld indgriben i menneskers liv*. Frydenlund Academic, s. 7-26.

Flyvbjerg, B. (2015): Fem misforståelser om casestudiet, kapitel 24 i Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (Red.): *Kvalitative metoder - en grundbog*. 2. udgave, 3. oplag. Hans Reitzels Forlag.

Flyvbjerg, B. (2010): Fem misforståelser om casestudiet, PDF fra researchgate.net (fra

bogen: *Kvalitative metoder* (s 463–487), Hans Reitzels Forlag, Svend Brinkmann, Lene Tanggaard

Holzkamp, K. (2005). Mennesket som subjekt for videnskabelig metodik. *Nordiske Udkast*, 33(2). Syddansk Universitetsforlag, s. 5-33.

Holzkamp, K., (1998): Daglig livsførelse som subjektvidenskabeligt grundkoncept. *Nordiske Udkast*, 26(2). Syddansk Universitetsforlag, s. 3-31.

Højholt, C. (2005): Præsentation af praksisforskning. I Højholt, C. (Red.): *Forældresamarbejde - forskning i fællesskab*. Dansk psykologisk Forlag.

Jartoft, V. (1996): Kritisk psykologi, en psykologi med fokus på subjektivitet og handling. I Højholt, C. & Witt, G. (Red.): *Skolelivets Socialpsykologi. Nyere socialpsykologiske teorier og perspektiver*. København, Unge Pædagoger, s. 181-208.

Juhl, P. (2016): Tidlig indsats: policy og praksis i social intervention. I Krøjer, J. & Dupret, K. (Red.): *Social intervention, meningsfuld indgriben i menneskers liv*. Frederiksberg, Frydenlund Academic, s. 51-72.

Kristiansen, Bettina Lemann (2013): Udviklingen i forvaltningsretlig regulering. I Hammerslev og Rask.

Lichtenberg, A. (2002): Sundhedspleje før og nu. I Hansen, M. & Weinreich, E. (Red.): *Sundhedspleje - teori og praksis*. Munksgaard Danmark, København.

Madsen, M. (2013): I Hammerslev, O. & Madsen, M. (Red.): *Retssociologi – klassiske og moderne perspektiver*. Hans Reitzels forlag, s. 779-823.

Mørck, L. (2009): Samarbejde omkring problemer og handlemuligheder – Kritisk psykologisk perspektiv på intervention. I Bro, K., Løw, O. & Svanholt, J. (Red.): *Psykologiske perspektiver på intervention – i pædagogiske kontekster*. Dansk Psykologisk

Forlag, Silkeborg.

Nielsen, K. & Tanggaard L. (2013): I Nielsen, K. & Tanggaard, L. (Red.): *Pædagogisk psykologi - en grundbog*. 1. udgave. 2. oplag, Samfundslitteratur, Frederiksberg.

Nissen, M. (2002): Det kritiske subjekt. *Psyke & Logos*, 23(1), 65-85.

Rasmussen, O. (2007): Væren i forhold: Relationer i kritisk psykologisk perspektiv. I Tom Ritchie (Red.): *Relationer i psykologien*. 2. udgave, 1. oplag. Billesø & Baltzer.

Schraube, E. (2010): Første-persons perspektivet i psykologisk teori og forskningspraksis. *Nordiske Udkast*, 38(1/2), 93-104.

Stokkebæk, Anne (2002): *Psykologi 2 – Sundhedspsykologi*. 1. udgave. Munksgaard.

Vallgård, S. (2002): Historie - Sygdomsmønstre og sundhedsvæsen i et historisk perspektiv. I Iversen, L. (Red.): *Medicinsk sociologi – samfund, sundhed og sygdom*. Munksgaard, s. 302-328.

Websider

SST: *Gennemsnitsdanskeren*. (s.d.). Danmarks Statistik. Lokaliseret den 20. februar 2021 på <https://www.dst.dk/da/Statistik/Publikationer/gennemsnitsdanskeren>

Google: *Sikkerhed og privatliv for Google Meet-brugere*. (s.d.). Google Meet. Lokaliseret den 10. februar 2021 på <https://support.google.com/meet/answer/9852160?hl=da>

Information A: Grumløse, S. & Marschall, A. (2017). Et stresset familieliv er ikke kun forældrenes ansvar. *Information*. Lokaliseret den 10. Maj 2021 på https://www.information.dk/debat/2017/04/stresset-familieliv-kun-foraeldrenes-ansvar?lst_cntrb

Information B: Lokaliseret den 10. maj. 2021 på <https://www.information.dk/emne/minimumsnormeringer>

KL: Gyldal, T. (2019). Løsningen på det stigende børnetal er bedre rammer til kommunerne.

I: *KL*. Lokaliseret den 10. maj 2021 på

<https://www.kl.dk/forsidenyheder/2019/august/debatindlaeg-loesningen-paa-det-stigende-boernetal-er-bedre-rammer-til-kommunerne/>

Retsinformation A: Lokaliseret den 16. januar 2021 på

<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2011/680>

Retsinformation B: Lokaliseret den 16. januar 2021 på

<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2011/680>

Retsinformation C: *Dagtilbudsloven*. Lokaliseret den 15. maj 2021 på

<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2020/1326>

Sundhedsstyrelsen (2019) - EN HÅNDBOG. Lokaliseret den 13. april 2021 på

<https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/Ern%C3%A6ring-til-sp%C3%A6db%C3%B8rn-en-h%C3%A5ndbog-for-sundhedspersonale.ashx?la=da&hash=5F3EEA0E17DA3C39E3A4768614C7A83963CA327>

A

SST: Sundhedsstyrelsen (2017): *Afdækning af kommunernes indsats til gravide, spæd- og småbørn og deres forældre med udgangspunkt i sundhedsplejens ydelser*. Lokaliseret den 20. februar 2021 på

<https://www.sst.dk/-/media/Puljer/Tidlig-indsats-for-s%C3%A5rbare-familier/Afdaekningsrapport.ashx?la=da&hash=7A1E92D4DA44AA4F8F03B3B336F433E504BA7E07>

KVINFO: Viden om fædres barsel. (2018). *KVINFO*. Lokaliseret den 2. maj 2021 på

<https://kvinfo.dk/viden-om-faedres-barsel/>

Bjørnfort, M. & Lassen, M. (s.d.). *Problemet med søvntræning*. Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker. Lokaliseret den 7. marts 2021 på <https://www.sundhedsplejersken.nu/artikel/problemet-med-soevntraening/>

UddannelsesGuiden.. Lokaliseret den 14. januar 2021 på <https://www.ug.dk/uddannelser/andreerhvervsrettedeuddannelser/andreuddannelserforvoksne/videreuddannelser/sundhedsplejerske>

VIVE: Wüst, M., Hirani, J., Hansen, A. & Andersen L (2020): *Sundhedsplejerskeindsatsen i Danmark – Perspektiver for anvendelse af kommunale journaldata i forskning om sundhedspleje*. Lokaliseret den 16. januar 2021 på <https://www.vive.dk/media/pure/15459/4932028>

VIVE A: CRUNCH (2017): *Øjebliksbilledet 2017 – sundhedsordninger for børn og unge 1.1.2017*. Lokaliseret den 16. januar 2021 på https://www.vive.dk/media/2198/crunch_oeb_final.pdf

VIVE B: Pontoppidan, M., Klest, S., Patras, J. & Rayce, S. (22. februar 2017): Uklarhed om effekten af universelle forældreforløb. *VIVE*. Lokaliseret den 16. Januar 2021 på <https://www.vive.dk/da/udgivelser/uklarhed-om-effekten-af-universelle-foraeldreforloeb-12204/>

VIVE C: Wüst, M. & Haahr, U. (17. Maj 2017). *Sundhedspleje med vidtrækkende betydning*. *VIVE*. Lokaliseret den 14. februar 2021 <https://www.vive.dk/da/udgivelser/sundhedspleje-med-vidtraekkende-betydning-12478/>

WHO: WHO (2021): What is the WHO definition of health?

Lokaliseret den 16. januar 2021 på <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

Pubmed: Russell, S. & Drennan, V. (2007): Mothers' views of the health visiting service in the UK: a web-based survey. *National Library of Medicine*. Lokaliseret den 24. februar 2021 på <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17821876/>

Pubmed: Olander, E., Aquino, M., Chhoa, C., Harris, E. & Lee, S. (2019): Women's views on contact with a health visitor during pregnancy: an interview study. *National Library of Medicine*. Lokaliseret den 20. februar 2021 på <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32800003/>

JAMA Network: Singla, D., Lawson, A. & Kohrt, B. (3. februar 2021): Implementation and Effectiveness of Nonspecialist-Delivered Interventions for Perinatal Mental Health in High-Income Countries A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network*.

Lokaliseret den 21. februar 2021 på

https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2775992?guestAccessKey=cb8de5a4-e7e5-4180-9c2c-85d815721f5a&utm_source=silverchair&utm_medium=email&utm_campaign=article_alert-jamapsychiatry&utm_content=olf&utm_term=020321

Videnskab: Thingsted, A. (9. februar 2021): Sådan kan fødselsdepression forhindres.

Videnskab. Lokaliseret den 18. februar 2021 på

https://videnskab.dk/krop-sundhed/stort-studie-identificerer-indsats-der-modvirker-foedselsdepression?fbclid=IwAR0K_7HFO_Ba0LKLmyM2EgAzVytbW35bb1A-jxGfHqwJtuWuE-n_Tj5yVk

Bilagsoversigt

Bilag 1: Interview med Anne

Bilag 2: Interview med Beate

Bilag 3: Interview med Liv

Bilag 4: Interview med Marie

Bilag 5: Opslag til de fire Facebookgrupper og Facebook besvarelser.