

KIRSTEN ELISA PETERSEN  
KORNELIA KRAGLUND  
LARS LADEFOGED

**BETYDNINGEN AF  
SUNDHEDSPLEJENS  
EKSTRA TILRETTELAGTE  
INDSATSER FOR SMÅ  
BØRN OG DERES  
FORÆLDRE**



AARHUS  
UNIVERSITET  
DPU



Kirsten Elisa Petersen, Kornelia Kraglund  
og Lars Ladefoged

# **Betydningen af sundhedsplejens ekstra tilrettelagte indsatser for små børn og deres forældre**

DPU, Aarhus Universitet, 2017

Titel:

*Betydningen af sundhedsplejens ekstra tilrettelagte indsatser  
for små børn og deres forældre*

Forfatter:

Kirsten Elisa Petersen, Kornelia Kraglund og Lars Ladefoged

Udgivet af:

DPU, Aarhus Universitet, 2017

© 2017, forfatteren

1. udgave

Kopiering tilladt med tydelig kildeangivelse

Omslag og grafisk tilrettelæggelse:

Knud Holt Nielsen

Forsidefoto:

Colourbox.com

ISBN:

978-87-7684-612-1 (e-udgave)

978-87-7684-613-8

# Indhold

<b>FORORD</b> .....	<b>5</b>
<b>RESUMÉ</b> .....	<b>7</b>
<b>INLEDNING</b> .....	<b>13</b>
FORSKNINGSPROJEKTETS FOKUS MED AFSÆT I SUNDHEDSPLEJENS EKSTRA INDSATSER .....	18
FORSKNINGSPROJEKTETS FORMÅL, FORSKNINGSPØRGSMÅL OG PROBLEMSTILLINGER.....	20
FORSKNINGSPROJEKTETS PROBLEMSTILLINGER .....	20
<b>PROJEKTETS TEORETISKE GRUNDLAG</b> .....	<b>22</b>
<b>PROJEKTETS METODISKE GRUNDLAG</b> .....	<b>28</b>
<b>PROJEKTETS DATAINDSAMLINGS-METODER OG ANALYSESTRATEGI</b> .....	<b>30</b>
SUNDHEDSPLEJENS EMPIRISKE MÅLEINSTRUMENTER .....	32
FRAFALD .....	33
ANONYMISERING, FORTROLIGHED OG DATAHÅNDTERING.....	33
<b>ANALYSE – BASELINE</b> .....	<b>35</b>
DE VELFORBEREDTE MØDRE .....	35
OMVÆLTNINGEN .....	36
PROFESSIONELLE OG TRYGHEDSSKABENDE SUNDHEDSPLEJERSKER .....	38
OPSAMLING.....	39
<b>ANALYSE AF SELVE PROJEKTFORLØBET</b> .....	<b>41</b>
SUNDHEDSPLEJENS REGISTRERINGER AF SMÅ BØRNS TRIVSEL OG UDVIKLING .....	42
SUNDHEDSPLEJERSKERNES INDSATSER OG VURDERINGER AF DERES EKSTRAINDSATS.....	48
TIDLIG OPSPORING OG TIDLIG INDSATS .....	50
NAMED PERSON.....	50
HVEM PROFITERER SÆRLIGT AF DEN UDVIDEDE SUNDHEDSPLEJERSKEORDNING? .....	52
UDSATTE SMÅ BØRN OG DERES FAMILIER .....	52
FORÆLDRES OPLEVELSER OG ERFARINGER MED SUNDHEDSPLEJENS INDSATSER I PROJEKTFORLØBET .....	54
BØRNENE I PROJEKTET .....	57
SUNDHEDSPLEJERSKERNES INDSATSER.....	58
VANSKELIGHEDER DER IKKE ER BLEVET TAGET HÅND OM.....	60
RESSOURCEORIENTERET TILGANG.....	60
NAMED PERSON.....	61
BETYDNINGEN AF EN INDSATS DER ER FOR ALLE .....	62
<b>OPSAMLING PÅ ANALYSE</b> .....	<b>63</b>
<b>KONKLUSION OG FREMADRETTEDE ANBEFALINGER</b> .....	<b>66</b>
ANBEFALINGER TIL FORTSAT UDVIKLING AF SUNDHEDSPLEJENS INDSATSER .....	72
FREMADRETTEDE ANBEFALINGER TIL VIDEREUDVIKLING AF SUNDHEDSPLEJEINDSATSER MED AFSÆT I PROJEKTETS RESULTATER.....	74
<b>REFERENCER</b> .....	<b>75</b>



## Forord

Denne rapport præsenterer resultater fra et netop afsluttet forskningsprojekt, der har haft fokus på sundhedsplejens *tilrettelagte ekstra indsatser* over for små børn og deres forældre. Projektet har forløbet over en periode på cirka 3 år fra 2014 til 2017, hvor børn, forældre og sundhedspleje er blevet fulgt og har deltaget med deres tid og interesse. Rapporten er baseret på et selvstændigt forskningsprojekt, der har haft fokus på en række særlige ekstra indsatser, som sundhedsplejen har udført gennem en treårig periode i Københavns Kommune, men udgør på samme tid en del af et samlet forskningsprojekt, som overordnet har fokus på betydningen af sundhedsplejens arbejde med tidlige og forebyggende indsatser.

Tidligere i projektføreløbet er således udkommet rapport nr. 1 af Petersen, K.E. & Ladefoged, L. (2015a), *Sundhedsplejens indsatser og betydning i arbejdet med små udsatte børn og familier* samt rapport nr. 2 af Petersen, K.E. & Ladefoged, L. (2015b), *Sundhedsplejens indsatser og betydning i arbejdet med små udsatte børn og familier – forsknings- og vidensopsamling*. De nu tre udkomne rapporter deler et grundlæggende fokus på betydningen af tidlige og forebyggende indsatser i den danske velfærdsstat konkretiseret gennem sundhedsplejens arbejde og deler ligeledes et fælles teoretisk grundlag i forståelsen af børn, barndom og velfærdsstatens indsatser og betydning for børns trivsel, læring og udvikling.

I nærværende rapport præsenteres resultaterne af en række såkaldte ekstra indsatser, som sundhedsplejen i dele af Københavns Kommune har udført gennem de sidste cirka 3 år, og der skal derfor her rettes en stor tak til de sundhedsplejersker, forældre, børn og det pædagogiske personale, som har bidraget til, at dette forskningsprojekt kunne gennemføres.

Ligeledes skal der rettes en særlig tak til Københavns Kommune, der har bevilliget økonomisk støtte til projektet med afsæt i, at netop Københavns Kommune havde afsat økonomiske midler til at give en ekstra indsats til de tidlige forebyggende indsatser, som tilrettelægges og udføres gennem sundhedsplejens arbejde med små børn og deres familier. Der skal ligeledes rettes en særlig tak til Christina Haar Bach, leder af inklusion, integration og sundhed i Københavns Kommune, samt Line Nordberg, tværfaglig chef for sundhedsplejen, og Eva Lohman, teamleder for sundhedsplejen, for deres initiativ til forskning inden for dette område og deres faglighed undervejs i processen. En stor tak skal også rettes til sundhedsplejerske Eva Birke, som med stor tålmodighed og energi har været gennemgående i hele projektføreløbet.

En tak skal også rettes til Bettina Høgenhav, der har læst korrektur på rapporten, samt til Knud Holt Nielsen, der har foretaget layout og tryk af den endelige rapport.

*Kirsten Elisa Petersen, Kornelia Kraglund & Lars Ladefoged  
København, august 2017*



## Resumé

I nærværende forskningsrapport præsenteres resultater fra et netop afsluttet forskningsprojekt, der har haft fokus på sundhedsplejens arbejde med små nyfødte børn og deres familier i udvalgte områder af Københavns Kommune<sup>1</sup>. Projektet har forløbet i perioden 2014-2017 og har fulgt sundhedsplejersker, forældre og deres små børn, siden børnene kom til verden i 2014. Københavns Kommune etablerede en øget tidlig forebyggende indsats, der rakte ud over den allerede eksisterende sundhedsplejeindsats, som tilbydes alle småbørnsfamilier i Danmark, med afsæt i antagelsen om, at øget hjemmebesøg i småbørnsfamilier samt fastholdelse af den samme sundhedsplejerske gennem hele småbarnsforløbet ville have en positiv betydning for familier med små nyfødte børn. Hertil kom ligeledes et fokus på at anvende ressourcer på at lade sundhedsplejen arbejde aktivt på at "overdrage" barn og forældre til daginstitutionen gennem et tilrettelagt såkaldt overdragelsesbesøg med deltagelse af barn, forældre, sundhedspleje samt pædagoger i den pågældende daginstitution.

Gennem en periode på nu tre år er en række familier samt sundhedsplejersker blevet fulgt i forskningsprojektet, hvor de ovenfor ekstra indsats er blevet udført af sundhedsplejen i udvalgte by- og boligområder i København, og det er resultaterne af dette forskningsprojekt, der nu foreligger i denne rapport.

Forskningsprojektet har gennem projektperioden fulgt tre sammenhængende fokusområder, der først og fremmest indkredser og udforsker sundhedsplejens arbejde med den såkaldte ekstra besøgs pakke i en række familier. Dernæst har der ligeledes været et fokus på, hvordan disse indsats har haft betydning for udsatte familier, og et afsluttende fokus, der medvirker til at fremlægge anbefalinger til en fremadrettet styrkelse af sundhedsplejens indsats som en forebyggende indsats i den danske velfærdsstat. Forskningsprojektet har på samme tid taget afsæt i en række spørgsmål:

- Hvilke indsats foretages i sundhedsplejen, når der er tilrettelagt et særligt forløb, der skal følge små nyfødte børn fremadrettet i et 2 ½ årigt forløb?
- Hvordan kan de pågældende indsats angives at støtte børnenes udviklingsmuligheder både aktuelt i barnets livssituation såvel som fremadrettet i

---

<sup>1</sup> Projektet er foregået i Københavns Kommune, men mere specifikke by- og boligområder er anonymiseret efter gældende forskningsetiske regler og retningslinjer og nævnes derfor ikke eksplicit i rapporten.

forhold til barnets liv i daginstitution og skole – set i et sammenhængende uddannelsesperspektiv?

- På hvilke områder har sundhedsplejen betydning i et forebyggende perspektiv i relation til tidlige indsatser overfor udsatte børn og familier?

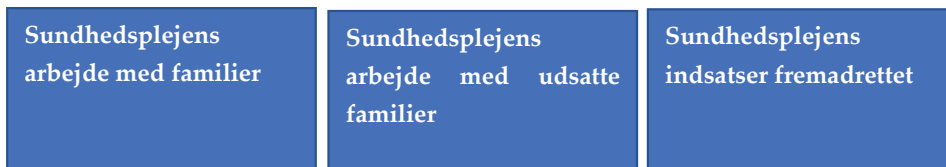
Projektets teoretiske grundlag er overordnet placeret inden for det uddannelsessociologiske område<sup>2</sup> (Bourdieu, 2005; Hansen, 2003, 2005, 2014), idet der sættes fokus på, at sundhedsplejen udgør en integreret og vigtig del af barnets (og forældrenes) første møde med det samlede danske skole- og uddannelsessystem. På samme tid står begrebet forebyggelse også centralt i projektets teoretiske grundlag, idet netop den danske velfærdsstat (Greve, 2011; Jensen, 2015; Petersen, 2017) i sin opbygning og struktur rummer en række centrale elementer, der netop medvirker til at sætte fokus på betydningen af at forebygge inden for både det sundhedsmæssige, det sociale og det emotionelle område hos børn. Netop sundhedsplejens arbejde som en integreret del af velfærdsstatens indsatser for alle børn (Greve, 2011; Jensen, 2015) rummer et fokus på barnets samlede sociale, emotionelle og sundhedsmæssige udvikling, og de sundhedsfaglige indsatser medvirker i høj grad til at hjælpe barnet i tilværelsen og forebygge eventuelle udviklingsvanskeligheder (Petersen & Ladefoged, 2015; Petersen et al., 2017).

Projektet er overordnet placeret inden for en såkaldt kvalitativ forskningstradition, hvori formålet blandt andet er at skabe en dybere forståelse af undersøgelsesgenstandens problemkompleks (Andersen, 1990), som altså i dette forskningsprojekt er betydningen af særligt tilrettelagte sundhedsplejeindsatser i Københavns Kommune. For at kunne imødekomme dette formål, har det været nødvendigt at rette henvendelse til både de praktikere, som yder den særlige indsats, til de småbørnsforældre, som modtager indsatsen og endelig til de praktikere i daginstitutionerne, som samarbejder med både forældre og sundhedspleje. Projektet følger gennem anvendelse af en række kvalitative metoder 3 samtidige spor. I projektets spor nr. 1 følges sundhedsplejen i udvalgte boligområder i København i deres arbejde i 120 familier fra første hjemmebesøg, og til barnet er 2 ½ år gammelt. I projektets spor nr. 2 sættes et særskilt fokus på sundhedsplejens indsatser i relation til udsatte familier. Projektets spor nr. 3 har fokus på at indfange viden om sundhedsplejen, der fremadrettet kan medvirke til at udvikle sundhedsplejens praksis. De tre spor i projektforløbet illustreres i nedenstående figur nr. 1:

---

<sup>2</sup> For uddybende diskussioner af projektets teoretiske grundlag henvises også til rapport nr. 1 (Petersen & Ladefoged, 2015a).

I oversigtsform projektets opstart:



Figur 1.

I oversigtsform består projektets dataindsamlingsmetoder af følgende:

- Etablering af baseline i form af individuelle dybdegående interview med 9 udvalgte familier
- Fokusgruppeinterview med sundhedsplejersker i de deltagende by- og boligområder ved projektets påbegyndelse og ved projektets afslutning
- 120 (efter frafald 90) børn og deres forældre følges via dataindsamling knyttet til sundhedsplejerskernes egne faglige notater
- 21 familier følges særligt gennem interview ved projektets opstart og igen ved projektets afslutning.
- Interview foretages med pædagoger i daginstitutioner, som deltager i de såkaldte overleveringssamtaler med sundhedsplejerske, forældre og barn.

Projektets resultater peger på, at betydningen af en tidlig forebyggende indsats rettet mod både børn og forældre kan indkredses af både forældre og sundhedsplejen.

Forældrene, som har deltaget i undersøgelsen, og som er blevet fulgt særligt tæt, sætter fokus på, at sundhedsplejen tidligt og med en høj grad af tid og fleksibilitet er til rådighed for familierne, støtter op omkring eventuelle vanskeligheder relateret til det lille barn og/eller til forældrene. Forældrene beskriver i projektførløbet en række vanskeligheder enten bundet til forældrene eller til det lille barn. Vanskeligheder, som beskrives af nogle af forældrene, er oplevelser af angst, depression, utilstrækkelighed og psykisk sårbarhed, mens vanskeligheder knyttet til barnet er fortællinger om et voldsomt fødselsforløb, for tidlig fødsel samt bekymringer om barnets vækst og trivsel.

De vanskeligheder, som familierne beskrev ved påbegyndelsen af projektførløbet, hvor de netop havde født, er imidlertid enten blevet løst eller reduceret gennem den 2 ½ årige periode, hvor familierne er blevet fulgt i forskningsprojektet. Forældrene beretter da også om, at sundhedsplejen opleves af de fleste som en fagperson, der er tillidsskabende, og som hjælper forældrene med at tage vare på barnet og følger barnets trivsel og udvikling. Ligeledes peges på betydningen af, at sundhedsplejen er den

samme gennem hele forløbet, og at det er tryghedsskabende at få flere besøg af sundhedsplejen, hvor eventuelle bekymringer kan drøftes eller følges tæt.

Resultaterne af forskningsprojektet peger også på, at sundhedsplejen oplever øgede muligheder for at støtte og hjælpe familier.

De ekstra besøg, der er indlagt i den udvidede sundhedsplejeordning, giver mulighed for at sundhedsplejerskerne anvender nogle helt konkrete nye tiltag, der åbner op for en tidlig opsporing af vanskeligheder hos barnet og/eller familien samt en tidlig indsats, der hjælper barnet/familierne på vej i en retning, der understøtter barnets trivsel og udvikling.

Endvidere har sundhedsplejen i projektperioden taget en række nye screeningsredskaber i anvendelse, og dels er der indlagt flere hjemmebesøg allerede tidligt i spædbarnsperioden. Især sundhedsplejens egen udvikling af et såkaldt trivselskort fremhæves som et redskab, der både hjælper sundhedsplejen, og som samtidig skaber grundlag for dialog med forældrene om deres lille barns udvikling og trivsel – også på måder der ikke peger på problemer, men i højere grad ser på barnets trivsel som helhed.

De flere hjemmebesøg vurderes at skabe mere tæthed med familierne allerede tidligt i spædbarnsperioden og medvirker til, at sundhedsplejen vurderer, at de hurtigere og tidligere kan støtte familierne med de problemstillinger, der måtte opstå. Særligt kan en opgørelse over sundhedsplejens egne registreringer i de 90 familier belyse, hvilke problemstillinger sundhedsplejen oplever i familierne. De hyppigste problemstillinger knytter især an til såkaldte problemer med amning samt udviklings- og trivselsproblemer hos barnet.

I relation til sundhedsplejens arbejde med udsatte børn og familier ser det ud til, at de familier, som har deltaget i projektførløbet, og som af sundhedsplejen kategoriseres som såkaldte type C familier<sup>3</sup>, i høj grad har profiteret af de ekstra tilrettelagte indsatser. 13 ud af de 21 familier, som er fulgt tæt i projektperioden, angives at være familier, som sundhedsplejen fra forældreskabets begyndelse har været bekymret for på forskellig vis, enten i forhold til forældrenes kompetencer til at magte forælderrollen eller i forhold til det nyfødte barns trivsel og udviklingsmuligheder. Analyserne af da-

---

<sup>3</sup> Skalaen for udsathed bevæger sig fra den ene ende (A), hvor barnet udvikler sig almindeligt. I denne ende af skalaen er forældreomsorgen god, og der søges rådgivning omkring eventuelle vanskeligheder, som efterfølgende håndteres i familien. I den anden ende af skalaen (D) er barnet udsat for langvarig og tung belastning og udvikler sig i en dårlig retning. Forældrenes omsorg er reduceret i en sådan grad, at de ikke længere magter belastningerne i familien. Vanskelighederne i familien kræver særlige ressourcer og bistand udefra.

Handlevejledningen kan læses her: <http://www.kk.dk/sites/default/files/migrated/sc/bekymret-for-et-barn - en handlevejledning.pdf>

tamaterialet peger imidlertid på, at de familier, som befinder sig i forskellige former for udsatte livsforhold, har oplevet, at det har været positivt for dem at blive fulgt tæt af den samme sundhedsplejerske gennem hele projektforsløbet, at der har været mulighed for at sundhedsplejen kunne henvise til andre støtte- og hjælpeforanstaltninger såvel som støtte til samarbejde med daginstitutionen og pædagogerne. Ligeledes peger forældrene på betydningen af, at problemer og bekymringer i såvel familien som hos det lille barn kunne drøftes og håndteres sammen med sundhedsplejen.

Sammenfattende kan der konkluderes en række centrale fund:

Knyttet til de såkaldte ekstrabesøg, som er indlagt i projektperioden, viser resultaterne, at de tidlige ekstrabesøg åbner for en yderligere udvikling af tidlig opsporing og en øget tidlig indsats, der understøtter det lille barns trivsel og udvikling.

Til ovenstående fund knytter sig særligt et fokus på sundhedsplejens betydning for udsatte familier, hvor netop de ekstra indsatser har medvirket til at reducere både forældrenes og sundhedsplejens oplevelser af bekymringer for den enkelte families trivsel og udvikling.

Særligt det såkaldte trivselskort, som er udviklet af sundhedsplejen, og som er blevet anvendt som et metodiske redskab imellem sundhedspleje og forældre i relation til vurdering af det lille barns trivsel, trækkes frem som et fagligt redskab, der både er brugbart for sundhedspleje og for forældre. Sundhedsplejen peger på, hvorledes trivselskortet åbner for dialog med forældrene og er udformet således, at der anlægges et ressourceorienteret fokus på det lille barns trivsel og udvikling, som også forældrene finder brugbare i forståelsen af deres barn.

Forældrenes perspektiver i projektperioden har medvirket til at indkredse, at forældrene har oplevet en øget tryghed i forhold til de hyppigere besøg af sundhedsplejersken. Således oplevede de interviewede forældrene, at den udvidede sundhedsplejerskeordning særligt bidrog til at bekræfte, at barnet trives, hvilket gav forældrene en øget oplevelse af tryghed.

En tilsvarende oplevelse belyses af sundhedsplejen ved projektets afslutning, hvor der peges på, at de ekstra besøg forbedrer kontakten til familierne, og forældrene opleves generelt som mere åbne, og sundhedsplejen har derfor muligheder for at gå dybere i deres samtaler med familierne.

I projektperioden havde sundhedsplejerskerne adgang til at henvise, og de henviste særligt til psykologer og til den ambulante børneterapi. Henvisningsbeføjelser åbner for muligheden for at sætte ind med en tidlig og relevant indsats, men mulighederne for henvisninger har indimellem ikke været tilstrækkeligt målrettede.

Det vurderes, at overdragelsessamtalen i institutionen kan bidrage til en tidlig opsporing og en tidlig indsats. Sundhedsplejerskens deltagelse i samtaler om vanskeligheder kan fungere som tryghedsskabende faktor, hvilket kan betyde, at familien bedre vil være i stand til at lytte og forholde sig til de bekymringer, institutionspersonalet måtte have.

Overdragelsessamtalen er imidlertid ressourcekrævende, og der eksisterer et behov for at kompensere eller organisere sig, sådan at overdragelsessamtalen ikke står i vejen for det pædagogiske tilbud.

Opsummerende kan det tilføjes, at sundhedsplejerskerne håndterede familiens vanskeligheder på et tidligt tidspunkt, sådan at vanskelighederne ikke har vokset sig større.

## Indledning

I nærværende forskningsrapport præsenteres resultater fra et netop afsluttet forskningsprojekt, der har haft fokus på sundhedsplejens arbejde med små nyfødte børn og deres familier i udvalgte områder af Københavns Kommune.<sup>4</sup> Projektet har forløbet i perioden 2014-2017 og har fulgt sundhedsplejersker, forældre og deres små børn, siden børnene kom til verden i 2014. Københavns Kommune etablerede en øget tidlig forebyggende indsats, der rakte ud over den allerede eksisterende sundhedsplejeindsats, som tilbydes alle småbørnsfamilier i Danmark med afsæt i antagelsen om, at øget hjemmebesøg i småbørnsfamilier samt fastholdelse af den samme sundhedsplejerske gennem hele småbarnsforløbet ville have en positiv betydning for familier med små nyfødte børn. Hertil kom ligeledes et fokus på at anvende ressourcer på at lade sundhedsplejen arbejde aktivt på at "overdrage" barn og forældre til daginstitutionen gennem et tilrettelagt såkaldt overdragelsesbesøg med deltagelse af barn, forældre, sundhedspleje samt pædagoger i den pågældende daginstitution.

Gennem en periode på nu tre år er en række familier samt sundhedsplejersker blevet fulgt i forskningsprojektet, hvor de ovenfor ekstra indsats er blevet udført af sundhedsplejen i udvalgte by- og boligområder i København, og det er resultaterne af dette forskningsprojekt, der nu foreligger i denne rapport. De familier, som er udvalgt og fulgt i forskningsprojektet, omfatter både familier, som befinder sig i forskellige udsatte livsforhold, såvel som familier, som sundhedsplejen ikke vurderer som udsatte. Baggrunden for dette har været sundhedsplejens og Københavns Kommunes ønske om at indkredse, hvordan og på hvilke måder de ekstra tilrettelagte sundhedsplejeindsatser får betydning for alle småbørnsfamilier og således ikke udelukkende for familier, som på forhånd vurderes at have særlige sundhedsplejemæssige behov.<sup>5</sup>

I Danmark såvel som de øvrige nordiske lande er sundhedsplejens indsats til fremme af små børns sundhed og trivsel en fast del af alle børns liv (Jansson, 1992; Jansson et al., 1998; Petersen & Ladefoged, 2015a, 2015b; Jørgensen 2015; Petersen et al.,

---

<sup>4</sup> Projektet er foregået i Københavns Kommune, men mere specifikke by- og boligområder er anonymiseret efter gældende forskningsetiske regler og retningslinjer og nævnes derfor ikke eksplicit i rapporten.

<sup>5</sup> For en udforskning af sundhedsplejens særlige tilrettelagte indsats rettet mod familier og små børn, der befinder sig under forskellige udsatte livsforhold, henvises til en tidligere rapport, der er udkommet, og som præsenterer resultaterne af et forskningsprojekt, der netop har haft fokus på sundhedsplejens arbejde med udsatte små børn og deres forældre (Petersen, K.E. & Ladefoged, L., 2015a).

2017 in prep). Sundhedsplejens indsatser omfatter i en dansk sammenhæng en række tilrettelagte hjemmebesøg både før og efter fødsel, samarbejde med forældre, samarbejde med daginstitutioner samt en række screeningsredskaber, der udføres i tilrettelagte perioder af spæd- og småbørnsperioden, og som følger børns sundhed, trivsel og indkredsning af eventuelle fysiske og psykiske udviklingsvanskeligheder (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014).

Netop sundhedsplejens tidlige indsatser er barnets og familiens første møde med sundhedssystemet og danner for alvor rammen om betydningen af tidlige og forebyggende indsatser i velfærdsstaten. Center for Forebyggelse (2005) indkredser forebyggelse som tiltag, der har til formål at hindre sygdom, psykosociale problemer eller ulykker i at opstå (Center for Forebyggelse, 2005: 39). Jørgensen (2015) har påpeget, netop med afsæt i forskning knyttet til sundhedsplejen, at mens lovgivningen så at sige fastlægger de overordnede retningslinjer, som er forpligtende for kommunerne, er det imidlertid kommunerne selv, der afgør, hvordan og på hvilke måder de vil tilrettelægge deres sundhedsfaglige indsatser, således at de følger lovens retningslinjer. I praksis betyder dette, at der kan fremtræde (store) forskelle mellem de forskellige kommuners sundhedsplejeindsatser, og det kan derfor være ganske vanskeligt at indkredse, hvordan og i hvilket omfang sundhedsplejen arbejder med tidlige forebyggende indsatser, og hvilken betydning disse indsatser har for små børn og deres familier på landsplan.

På samme tid kan sundhedsplejens indsatser også ansues som barnets og familiens første møde med det danske social- og uddannelsessystem (se evt. også Petersen & Ladefoged, 2015a for denne diskussion). Dels med afsæt i, at hvis sundhedsplejen indkredser vanskeligheder i barnets trivsel, så kan der også iværksættes en række sociale foranstaltninger, fx ved kontakt til forvaltningen, og dels med afsæt i, at sundhedsplejens indsatser også får betydning for barnets læring og udvikling og dermed også rækker ind i barnets fremtid i daginstitution og skoleliv.

Begrebet tidlige forebyggende indsatser viser i denne sammenhæng også hen til de sociale og uddannelses- og sundhedsmæssige indsatser, der er og har været en integreret del af den danske velfærdsstat (Jensen, 2011; Greve, 2015; Esping Andersen, 1990) gennem de sidste mange årtier.

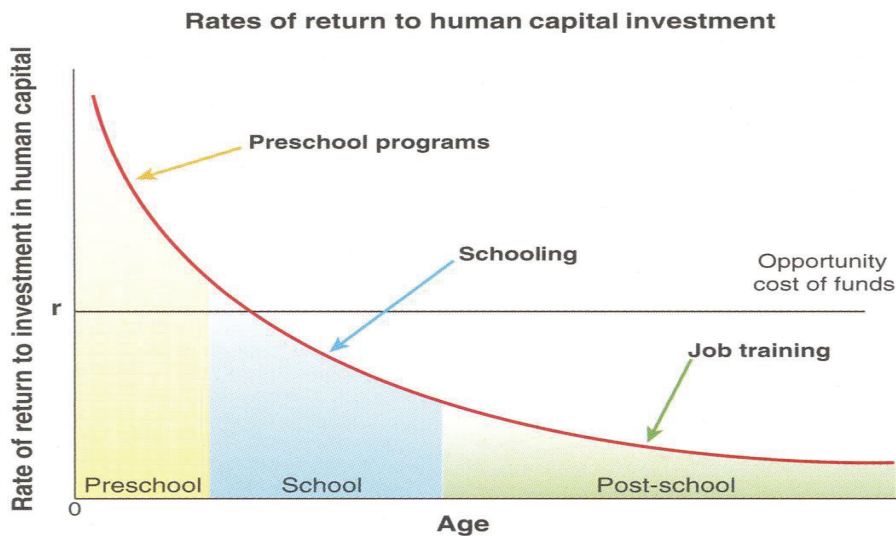
At tænke forebyggelse er ikke ny viden, men må i høj grad ses i forhold til den såkaldte danske velfærdsstatsmodel (Christiansen et al., 2006; Jensen, 2011; Greve, 2015).

Velfærdsstaten i en dansk sammenhæng rækker ud og omfatter både sundhedsvæsen, børne- og ældrepleje, arbejdsmarkedet såvel som hele uddannelsesområdet i forsøget på at beskytte borgeren mod usikre livsforhold, fx arbejdsløshed, sygdom og alderdom og sikre adgang til daginstitution, skole og uddannelse. Denne samfunds-



mæssige tilrettelæggelse af indsatser, der skal beskytte borgerne mod usikre livsforhold, herunder altså også de opvoksende generationer, er imidlertid ikke noget, der eksisterer i alle lande – der er i langt højere grad tale om en særlig dansk eller nordisk velfærdsstatsmodel (se evt. også Petersen, 2017 for en uddybning af denne diskussion om forebyggelse i relation til velfærdsstaten).

Flere forskningsundersøgelser både herhjemme og internationalt har peget på, at tidlige indsatser kan medvirke til at forebygge vanskeligheder senere i livet hos børn og unge (Petersen, 2009; Oldrup & Vitus, 2011; Petersen & Ladefoged, 2015a). At sætte ind tidligt i barnets liv fremfor senere er også gunstigt beregnet ud fra et samfundsøkonomisk perspektiv. Nedenstående figur 2 (Heckman, 2006: 3) belyser betydningen af tidlige forebyggende indsatser ud fra begrebet human kapital, der i denne sammenhæng viser hen til summen af det enkelte barns muligheder for at udvikle færdigheder til at håndtere skole, uddannelse og arbejde på længere sigt i tilværelsen.



Figur 2.

Det helt centrale i figuren er netop, at jo tidligere indsatser til forebyggelse af et barns vanskeligheder sættes ind, i jo højere grad er der mulighed for at støtte og hjælpe barnet i tilværelsen. Således viser figuren markeret ved den vandrette streg, at hvis der især sættes ind i de såkaldte førskoleår, som omfatter 0-6 år, så reduceres risikoen for, at barnet udvikler vanskeligheder på længere sigt gennem barndom og ungdomsliv, fremfor at indsatser fx først sættes ind i ungdomsårene. Helt centralt i Heckmans

(2006) økonomiske analyser er, at de investeringer, der bliver gjort tidligt i barnets liv, giver et højere afkast i form af god trivsel og udvikling, mens begrænsede investeringer i de tidlige barndomsår får større økonomiske omkostninger – set i et samfundsmæssigt perspektiv – idet indsatser i ungdoms- og voksenårene ikke angives at have den samme effekt (se evt. uddybende Petersen & Ladefoged, 2015; Petersen, 2017).

På trods af sundhedsplejens indsatser i alle familier i Danmark, herunder viden om betydning af tidlige indsatser for børns fysiske og psykiske trivsel (Rutter & Rutter, 1993; Zeanah, 2000; Sameroff & Fiese, 2000; Crockenberg & Leerkes, 2000; Lerner et al., 2003) eksisterer der kun meget begrænset forskning i dansk sammenhæng om sundhedsplejens arbejde samt effekten af dette i forhold til børns trivsel og udvikling (Petersen, 2012, 2013; Jørgensen, 2015; Petersen & Ladefoged, 2015a, 2015b; Petersen et al., 2017 in press). I de øvrige nordiske lande har især Sverige udviklet en forskningsbaseret viden om sundhedsplejens arbejde med små børn og deres familier, herunder også betydningen af sundhedsplejens indsatser over for mødre med fødselsdepression og psykosomatiske reaktioner (Berg-Brodén, 1992) samt betydningen af støtte til nybagte forældre. Denne forskningsbaserede viden indikerer, at nybagte forældre er meget åbne for råd og vejledning, hvorfor netop indsatser i de tidlige spæd- og småbørnsår udgør en hensigtsmæssig forebyggende tidlig indsats (Dahlkvist et al., 1987). Internationalt er der til gengæld omfattende forskning og viden om forskellige former for sundhedsplejeindsatser. I et forskningsreview (Petersen & Ladefoged, 2015b) viser søgning i både danske, nordiske og internationale databaser, at især USA og England har en lang tradition for at udføre forskellige former for indsatser rettet mod småbørnsfamilier – dog ikke nødvendigvis tilrettelagt og udført af sundhedsplejersker, men derimod af en mere bred faggruppe, der omfatter såkaldt sundhedspersonale, men til gengæld fulgt op i et forskningsmæssigt perspektiv, der i nærværende sammenhæng kan medvirke til at indkredse betydningen af at tilrettelægge forsknings- og vidensudvikling på dette område i dansk sammenhæng.<sup>6</sup>

Det er også langtfra ny viden, at tidlige forebyggende indsatser udføres af sundhedsplejen til forebyggelse af sundhedsmæssige, sociale og emotionelle vanskeligheder hos både små nyfødte børn og deres mødre, og i de senere år har der både i nordisk og international sammenhæng været fokus på at udvikle, implementere og evaluere sundhedsplejens arbejde i hjemmet med mor og barn relationen (maternal-child

---

<sup>6</sup> Forsknings- og vidensopsamlingen er baseret på både internationale og nordiske studier og har koncentreret sig om *to samtidige spor*; henholdsvis et spor der indkredsede forskningsbaserede undersøgelser om sundhedsplejens indsatser i relation til de små udsatte børn og deres familier, og et spor der samtidig kunne indkredse forskningsundersøgelser, som pegede på betydningen af iværksatte indsatser både i forhold til de små udsatte børn og i forhold til deres forældre (se evt. uddybende Petersen & Ladefoged, 2015a).

clients) (McNaughton, 2004; Petersen & Ladefoged, 2015b). Adskillige undersøgelser rettet mod især udsatte forældre og deres små børn peger da også på, at hjemmebesøg (homevisiting) udført af sundhedsplejersker (public health nurses) har betydning for mødres evne til at give relevant omsorg og støtte barnets trivsel, såvel som for barnets generelle sociale, emotionelle og kognitive udvikling (Gomby et al., 1999; Allen, 2007; Mcfarlane et al., 2010; Duggan et al., 2007; Bono et al. 2005; Vasquez & Pitts, 2006; Tarlier et al., 2013).

En række internationale studier har endvidere indkredset, hvorledes sundhedsplejerskers tidlige tilrettelagte indsatser har betydning, specifikt i relation til det lille barns udvikling. De mest effektfulde indsatser er således beskrevet som værende de såkaldt hjemmebaserede indsatser med et moderat antal sessioner over en begrænset periode (Bakermans-IJzendoorn et al., 2005). Peacock et al. (2013) belyser i en systematisk gennemgang af forskning på området, at signifikante forbedringer for børns udvikling og sundhed er fundet i forbindelse med forebyggelse af fx børnemishandling, særligt når interventionen igangsættes prænatalt. Der er også indkredset udviklingsmæssige forbedringer med hensyn til kognition og problemadfærd hos børnene, ligesom der er fundet en reduceret forekomst af lav fødselsvægt og sundhedsproblemer hos ældre børn og øget forekomst af normale vækstkurver i den tidlige barndom.

Den internationale forskning er generelt også veldokumenteret inden for en lang række problemkomplekser i relation til små nyfødte børn i såkaldte høj-risiko familier. I et forskningsreview (Petersen & Ladefoged, 2015b) indkredses flere temaer, hvor tidlige forebyggende indsatser – ofte med både sundhedsplejersker, sygeplejersker og/eller såkaldt paraprofessionelle – iværksættes. Det drejer sig således om betydningen af indsatser overfor vold i familien, små børn født i familier med misbrug samt sundhedsplejens faglighed og kompetencer i relation til arbejdet med immigrantfamilier. Katz & Gagnon (2002) peger fx på, at det er nødvendigt at have et særligt fokus på sundhedsplejens faglighed i relation til tidlige forebyggende indsatser rettet mod immigrantmødre og deres små børn, når der er bekymring i forhold til sundhedsmæssige og sociale problemer med et specifikt fokus på betydningen af støtte til amning. I et mindre pilotstudie viste resultaterne, at mellem 40 % og 100 % af problemerne ikke ansås for løst, når immigrantmødrene forlod hospitalet med deres små nyfødte børn. I dette studie argumenteres bl.a. også for betydningen af at medtænke forskelle i immigrant status, sprogsvækeligheder, uddannelsesniveau og socioøkonomisk status i relation til den støtte, som tilbydes mødrene og deres små nyfødte børn (Katz & Gagnon, 2002). Forskning knyttet til migrantmødre er også foretaget af Paris et al. (2008), som har fulgt immigrantmødre i USA, der i dette studie deltager i et hjemmebesøgsprogram for mødre, der vurderes i risikogruppen for at udøve børnemishandling. Resulta-

terne herfra viser bl.a., at især de paraprofessionelle opleves at være en stor støtte for mødrene, der ofte oplever social isolation og ensomhed i migrantlandet. Et tilsvarende fund er indkredset af Self-Brown et al. (2011), hvor der er fokus på et tilrettelagt forældretræningsprogram (SafeCAre), som skal forebygge børnemishandling i migrantfamilier. Her peges på tillidsskabende adfærd som essentiel for interventionens udfald, og at det kan være vigtigt at bruge flere besøg på at lære familien at kende og skabe en tillidsfuld relation.

### **Forskningsprojektets fokus med afsæt i sundhedsplejens ekstra indsatser**

Gennem en tilrettelagt periode på 2 ½ år fra barnets fødsel følges 120 familier i udvalgte by- og -boligområder i Københavns Kommune, hvor familierne modtager en række særlige indsatser foretaget af sundhedsplejen. Disse særlige indsatser handler om øgede hjemmebesøg i familien, der rækker ud over sundhedsplejens traditionelle besøg i en familie, såvel som en række tilrettelagte screeningsredskaber knyttet til barnets sociale, emotionelle og sproglige udvikling. Således som sundhedsplejens indsatser for nuværende er tilrettelagt for små nyfødte børn og deres forældre, foretages en række hjemmebesøg i alle familier i Københavns Kommune. Disse hjemmebesøg omfatter henholdsvis:

- det såkaldte barselsbesøg
- dernæst etableringsbesøget
- 3-4 ugers besøget
- et besøg når barnet er 5-6 mdr.
- og igen ved 8-10 mdr., hvor der foretages to screeninger
- et besøg igen når barnet er 1 ½ år, hvor screening afsluttes
- samt et afsluttende 2 ½ års besøg.

I projektforløbet har sundhedsplejen i Københavns Kommune udvidet disse syv hjemmebesøg fra sundhedsplejen med yderligere en række besøg samt yderligere screening af børnenes sociale, emotionelle og sproglige/kognitive udvikling, således at der iværksættes yderligere hjemmebesøg til familien, når barnet er 3 måneder, og igen når barnet er 4 måneder. Hertil foretages endnu et besøg, når barnet er 1 år, og igen når barnet er 2 år. Besøget, når barnet er 2 år, foregår i daginstitutionen i samarbejde med institutionspersonale, forældre og sundhedspleje. Udover de øgede hjemmebesøg og udvidelsen af screeningsredskaber arbejdes der endvidere med at etablere en såkaldt Named Person.

Inspireret af sundhedsplejens erfaringer fra Skotland, hvor alle børn tilknyttes en sådan Named Person, som er den fagperson, der er familiens primære kontaktperson, hvis funktion er at koordinere og sikre den tværfaglige indsats, der eventuelt iværksættes omkring familien, etableres også i nærværende projekt en Named Person. I denne sammenhæng er det de sundhedsplejersker, der er tilknyttet projektets boligområder, der fungerer som Named Person og følger familierne frem til det sidste og afsluttende møde, når barnet er 2 ½ år gammelt og er i daginstitution, hvor planen er, at en ny kontaktperson vil overtage funktionen med afsæt i daginstitutionens pædagogiske arbejde.

### **Den Ekstra Besøgs pakke i projektperioden**

(Besøg med understregninger er besøg jf. besøgsprofilen)

- Barselsbesøget
- Etableringsbesøg
- 3-4 ugers besøg
- 3 måneders besøg, med ADBB-screening
- 4 måneders besøg eventuelt med psykolog, såfremt ADBB-screeningen har påvist begyndende tilbagetrækning
- 5-6 måneders besøg
- 8-10 måneders besøg med BOEL og ADBB-screening
- 1 års besøg i samarbejde med sprogvejleder eller tale-høre konsulent særligt ved tosproget familier
- 1 ½ års besøg med afsluttende ADBB-screening
- 2 ½ års besøg som netværkssamtale i barnets daginstitution, og hvor overdragelse af The Named Person videregives, så familierne fremadrettede ved, hvem der er deres kontaktperson.

Disse ekstra eller udvidede hjemmebesøg gives til alle familier med små nyfødte børn i udvalgte boligområder i København over en treårige periode og afsluttes med sundhedsplejens besøg i daginstitutionen sammen med familien, når barnet er cirka 2 ½ år. Projektets indhold, dvs. de såkaldte udvidede besøg med mulighed for ekstra screeningsredskaber, the Named Person samt overlevering i daginstitutionen, er indsatser, som er udviklet af sundhedsplejen til selve projektperioden og tager afsæt i sundhedsplejens faglige erfaringer og viden om, hvad netop disse indsatser betyder for små børn og familier. Det er ligeledes sundhedsplejen, der har udvalgt de boligområder,

der inddrages i projektforsløbet, ligesom det er sundhedsplejen, der har udvalgt en række ekstra screeningsredskaber, der tilbydes familierne i projektforsløbet.

## **Forskningsprojektets formål, forskningsspørgsmål og problemstillinger**

I nærværende forskningsprojekt tages der eksplicit afsæt i et projekt med fokus på ekstrainsatser, hvortil der inddrages i alt 120 familier, som modtager øget hjemmebesøg af sundhedsplejen over en samlet periode på 2 ½ år fra barnets fødsel. Formålet med forskningsprojektet er at følge, udforske og evaluere, hvilke måder hvorpå sundhedsplejens særlige indsatser kan antages at have betydning for små børns trivsel og udvikling, såvel som på familiens trivsel som helhed.

Forskningsprojektets formål følger tre samtidige spor:

- Fokus på sundhedsplejens arbejde med små børn og deres familier i barnets første 2 ½ årige levetid.
- Særskilt fokus på sundhedsplejeindsatser i udsatte familier.
- Fremlægger anbefalinger til, hvordan sundhedsplejeindsatser fremover kan styrkes.

## **Forskningsprojektets problemstillinger**

Med afsæt i, at der endnu kun eksisterer meget begrænset forskning- og vidensudvikling om sundhedsplejens indsatser og betydning for spæd- og småbørn såvel som deres familier i dansk sammenhæng, sætter nærværende forskningsprojekt fokus på den manglende viden med afsæt i Københavns Kommunes plan om øget hjemmebesøg, tværfagligt samarbejde og barnets forløb ind i daginstitutionen.

Der kan trækkes på viden fra de øvrige nordiske lande, således som det er beskrevet indledningsvist, idet sundhedsplejens forebyggende arbejde med alle små børn er relativt identisk på tværs af de nordiske lande. De områder, som sundhedsplejen i en dansk sammenhæng er identisk med de øvrige nordiske lande, knytter især an til sundhedsplejen som en særlig uddannet faggruppe, der har autorisation til at varetage sundhedsfaglige opgaver på børneområdet. Ligeledes er sundhedsplejen også et tilbud til småbørnsfamilier, dog ikke nødvendigvis ved såkaldte hjemmebesøg, men til gengæld et tilbud, som også er integreret i de øvrige nordiske landes velfærdstater (Petersen & Ladefoged, 2015a, 2015b).

Dog må det fremhæves, at netop nærværende forskningsprojekt, der både indsamler data om sundhedsplejens arbejde, familiernes oplevelser og vurderinger af sundhedsplejens betydning, såvel som psykometriske screeningstest, der følger børnenes udvikling socialt, emotionelt og kognitivt, er det første af sin art (Petersen & Ladefoged, 2015a, 2015b).

Med afsæt i den manglende forskningsbaserede viden forløber forskningsprojektet i flere samtidige spor, der udfoldes i to analysestrategiske forskningsspørgsmål, således som det belyses i nedenstående:

Forskningsprojektets analysestrategiske forskningsspørgsmål:

- Kan der via sundhedsplejen indfanges særlige indsatser rettet mod børn og familier, som har betydning for små børns sociale, emotionelle og kognitive udvikling?
- Hvordan kan disse indsatser have betydning fremadrettet i et forebyggende perspektiv i relation til støtte til småbørnsfamilier?

Forskningsprojektet forventer at give svar på følgende spørgsmål:

- Hvilke indsatser foretages i sundhedsplejen, når der er tilrettelagt et særligt forløb, der skal følge små nyfødte børn fremadrettet i et 2 ½ årigt forløb?
- Hvordan kan de pågældende indsatser angives at støtte børnenes udviklingsmuligheder både aktuelt i barnets livssituation, såvel som fremadrettet i forhold til barnets liv i daginstitution og skole – set i et sammenhængende uddannelsesperspektiv?
- På hvilke områder har sundhedsplejen betydning i et forebyggende perspektiv i relation til tidlige indsatser overfor udsatte børn og familier?

## Projektets teoretiske grundlag

Forskningsprojektets fokus på betydningen af øget hjemmebesøg i familier med små børn, herunder også udsatte familier, kalder på flere og samtidige teoretiske perspektiver.

Således bringes flere perspektiver i spil i forskningsprojektet og medvirker til at belyse projektets problemstillinger og analysestrategiske forskningsspørgsmål, således som beskrevet i foregående afsnit.

Overordnet er projektets teoretiske grundlag placeret inden for det uddannelses-sociologiske område<sup>7</sup> (Bourdieu, 2005; Hansen, 2003, 2005, 2014), idet der sættes fokus på, at sundhedsplejen udgør en integreret og vigtig del af barnets første møde med det samlede danske skole- og uddannelsessystem. Inden for det uddannelsessociologiske perspektiv er der en optagethed af, hvordan og på hvilke måder samfundets strukturer og instanser reproducerer social ulighed i et samfundsmæssigt perspektiv. Dette perspektiv skal ikke forstås således, at blot fordi et barn kommer fra opvækstforhold, hvor forældrene er karakteriseret ved et lavt uddannelses- og arbejdsniveau, så er barnet pr. automatik udsat. Det er meget væsentligt at fastholde dette forhold. Hvad der derimod samtidig også er væsentligt, er, at jo lavere forældres uddannelses- og arbejdsniveau er, jo vanskeligere er tilsyneladende betingelserne og mulighederne for, at barnet klarer sig godt i skolen, får en god uddannelse og bedre arbejdsmuligheder og dermed også adgang til de samfundsmæssige goder som fx gode boligforhold, sundhed og velfærd (Hansen, 2003, 2005; Petersen, 2009, 2011; Petersen og Ladefoged, 2015a). Det centrale i denne sammenhæng er, at Bourdieus teoretiske perspektiv (2005, 2006) bidrager til at belyse, hvorledes fx skolen og uddannelsesinstitutionerne medvirker til at fastholde og reproducere bestemte former for kulturel kapital, der igen på længere sigt bevirker, at de elever, der mestre de samfundsmæssigt anerkendte kapitalformer, også klarer sig bedre i uddannelses- og arbejdslivet (Mehan, 1993). Herhjemme i Danmark har Bourdieus teoretiske perspektiver haft stor gennemslagskraft, og der er foretaget en række studier, der har taget udgangspunkt i hans centrale begreber (Jæger et al., 2003) og især argumenteret for betydningen af, hvordan det moderne velfærdssamfund på trods af økonomisk velstand fortsat medvirker til at fastholde sociale reproduktionsmekanismer på tværs af generationer og dermed bevirker, at social ulighed fastholdes.

---

<sup>7</sup> For uddybende diskussioner af projektets teoretiske grundlag henvises også til rapport nr. 1. (Petersen & Ladefoged, 2015a).



Inden for forskningsområdet, der trækker på Bourdieus teoriapparat, er der efterhånden fremkommet en anseelig mængde forskning, der særligt medvirker til at fokusere på de strukturelle ulighedsbetingelsers betydning set i forholdet til udsatte børns livschancer, om end begrebet udsatte børn ikke nødvendigvis tages i anvendelse. Derimod tages der udgangspunkt i samfundsmæssigt betingede forhold og vilkår, der medvirker til at skabe reproduktion af sociale, økonomiske, kulturelle og uddannelsesmæssige forhold, og som derigennem medvirker til at identificere betydningen af opvækstforhold, hvor forældrenes socioøkonomiske placering antages at virke ind på børnenes chancemuligheder i samfundet.

International forskning (De Graaf et al., 2000; DiPrete, 2000; Breen & Goldthorpe, 2001) indkredser for eksempel, at der på trods af de samfundsmæssige velfærdsinstitutioner og den generelle ekspansion i uddannelse i den vestlige verden fortsat kan argumenteres for, at social arv stadig spiller ind i forhold til individets uddannelsesmæssige muligheder (og begrænsninger). I en undersøgelse foretaget af Shavit & Blossfeld (1993) viste resultaterne, at der fortsat i en lang række vestlige lande kunne påvises denne form for uddannelsesmæssig stabilitet, og at det kun var lande som Sverige og Holland, der kunne påvise en tydelig reducere i forhold til faderens uddannelsesbaggrund og arbejdsmæssige placering, målt i forhold til børnenes uddannelse og arbejdsmæssige placering. De Graaf et al. (2000) har i en efterfølgende undersøgelse foretaget med udgangspunkt i det hollandske skolesystem dog påvist, at et forhold som forældres læseadfærd har stor indflydelse på børnenes senere skole- og uddannelsesmuligheder forstået således, at hvis forældrene læser systematisk med børnene, så åbnes der så at sige op for en forøgelse af børnenes uddannelsesmæssige chancer, også selvom der er tale om børn fra forældre med lavt uddannelsesniveau. Imidlertid er det til stadighed vanskeligt for børn fra lavindkomstfamilier at trænge igennem skolesystemet.

“...and if the control over these cultural dispositions is rewarded in the educational system, the cultural reproduction explanation of social inequality in educational stratification seems to be valid” (De Graaf et al., 2000: 96).

Med anvendelsen af Bourdieus reproduktionsteori er der tale om, at den kulturelle kapital omformes til uddannelseskaptal, der så senere i livet medvirker til at give adgang til privilegerede samfundspositioner, men at det til stadighed for de lavere privilegerede er vanskeligt at opnå adgang til den eftertragtede værdige uddannelseskaptal.

Netop med afsæt i ovenstående uddannelsessociologiske perspektiv bliver sundhedsplejens arbejde med tidlige og forebyggende indsatser centralt. Argumentet er her, at netop sundhedsplejens arbejde som en integreret del af velfærdsstatens indsatser for alle børn (Greve, 2011; Jensen, 2015) rummer et fokus på barnets samlede sociale, emotionelle og sundhedsmæssige udvikling, og at de sundhedsfaglige indsatser i høj grad medvirker til at hjælpe barnet i tilværelsen og forebygge eventuelle udviklingsvanskeligheder (Petersen & Ladefoged, 2015; Petersen et al., 2017).

Begrebet forebyggelse står også centralt i projektets teoretiske grundlag, idet netop den danske velfærdsstat (Greve, 2011; Jensen, 2015; Petersen, 2017) i sin opbygning og struktur rummer en række centrale elementer, der netop medvirker til at sætte fokus på betydningen af at forebygge inden for både det sundhedsmæssige, det sociale og det emotionelle område hos børn.

Typisk foretages en inddeling mellem henholdsvis primære, sekundære og tertiære forebyggelsesindsatser, hvor de primære henviser til de typer af indsatser, som velfærdsstaten tilrettelægger for alle børn som en grundlæggende del af børns opvækstliv i Danmark. De primære indsatser knytter an til sundhedsplejen i barnets første 3 leveår, sundhedsplejen gennem børns skoleliv i daginstitution samt SFO og fritids- og ungdomsklubber. De sekundære indsatser er til gengæld de typer af indsatser, som iværksættes, når der på forskellig vis er bekymringer for barnets trivsel og udvikling. Disse indsatser kan omfatte sundhedsplejens henvisninger til en række foranstaltninger, fx børnepsykiatrisk afdeling, men de kan også omfatte daginstitutionens henvisning til tale- hørepedagog eller skolens henvisninger til specialundervisning og lignende. De tertiære indsatser omfatter i langt højere grad typer af indsatser, som iværksættes, når/hvis det skønnes, at barnet ikke er i tilstrækkelig trivsel og udvikling i familien og anbringes uden for hjemmet.

I et bredt vue hen over de mange forskellige indsatser, der er etableret i det danske samfund, rettet mod at støtte børn og unges trivsel, udvikling og uddannelse, kan figur 3 illustrere en oversigt over forskellige typer af indsatser, som velfærdsstaten gennem årtier har udviklet. Figuren er operationaliseret i tre former for tempi; henholdsvis de primære forebyggelsesindsatser, de sekundære forebyggelsesindsatser og de tertiære forebyggelsesindsatser (for en yderligere diskussion af de primære, sekundære og tertiære indsatser, se evt. Petersen, 2017).

Primær forebyggelse	Sekundær forebyggelse	Tertiær forebyggelse
Sundhedsplejen Daginstitution, SFO Fritids- og ungdomsklub Skole Ungdomsuddannelser Studierådgivning/vejledning.	Børnepsykolog/psykiater PPR/Pædagogisk Psyko- logisk Rådgivning, Tale- og hørepædagoger Specialundervisning Mentorordninger Kontaktpædagoger Specialkonsulenter og inklusionsvejledere.	Anbringelsesområdet for børn og unge med fysiske og psyki- ske/socialt vanskelighe- der, fx børnehjem, døgn- institutioner, familieple- je, børne- og ungepsyki- atriske afdelinger.

Figur 3.

Som figur 3 belyser, kan daginstitution, skole, fritidsinstitutioner, ungdomsuddannelser m.m. placeres under primære forebyggelsesindsatser rettet mod *alle* børn og unge i det danske samfund. De primære forebyggelsesindsatser er således de indsatser, som staten har vedtaget, skal skabes gennem tilrettelagte pædagogiske sammenhænge til alle børn og unge, uanset forældres økonomiske og uddannelsesmæssige baggrund. Forebyggelsestanken er her bl.a. baseret på, at alle børn og unge skal have mulighed for at komme i daginstitution, gå i skole, få en ungdomsuddannelse og deltage i fritidstilbud – uanset forældres socioøkonomiske baggrund.

De sekundære forebyggelsesindsatser er etableret gennem tiden med afsæt i at kunne tilbyde andre eller ekstra indsatser, hvis der vurderes at være behov for det, fx hvis sundhedsplejen vurderer, at et barn har brug for ekstra støtte og hjælp. Også de sekundære indsatser er rettet mod alle børn og unge, men det er langt fra alle, der får behov for dem gennem barndoms- og ungdomslivet. De tertiære forebyggelsesindsatser er til gengæld de typer af indsatser, der typisk iværksættes, når det vurderes, at barnet eller den unges trivsel og udvikling er i så alvorlig fare, at fx en anbringelse uden for hjemmet er nødvendig for at beskytte og/eller hjælpe barnet.

På samme tid inddrager projektets teoretiske grundlag også forståelser af små udsatte børn og deres familier. Selvom projektet ikke udelukkende har haft et særskilt fokus på små udsatte børn, har det alligevel været sundhedsplejens afsæt, at de familier og små børn, som vurderedes at befinde sig under udsatte livsforhold, blev inddraget i projektforløbet. Begrebet udsatte børn og familier anvendes i denne sammenhæng som en overordnet betegnelse, der henviser til børn og forældre, som på forskellig må-

de og med forskellig tyngde befinder sig i det, som Mathiesen (1999) betegner som *soziale nødsituationer*. Denne anvendelse af begrebet rummer en forståelse af børn og forældres problemer som knyttet til deres aktuelle konkrete deltagelse i deres liv og søger således derigennem at overskride determinerende og statiske forståelser af såvel tyngden som omfanget af udsatte børn og forældres livs- og udviklingsbetingelser. Denne teoretiske forståelse af begrebet udsathed blev udfoldet i den første rapport om sundhedsplejens indsatser og betydning med små udsatte børn og deres familier, men skal kort medtages her med henblik på at fastholde, at de primære forebyggelsesindsatser rummer muligheder for, at udsathed ikke skal anskues som en fast og konstant størrelse, men netop gennem tidlige forebyggende indsatser kan reduceres og dermed forbedre barnets trivsels- og udviklingsmuligheder.

Vender vi os imidlertid mod den internationale forskning om udsatte børn, kan der overordnet peges på, at børns tegn på udsathed belyses gennem en række problembeskrivelser; emotionelle vanskeligheder, problemer med adfærd og opførsel, kognitive vanskeligheder samt forsinkelser i udvikling relateret til sprog, forståelse og koncentration. Hertil kommer, at udsatte børn så at sige træder ind i skolelivet med problemer knyttet til såvel det sociale, det emotionelle og det kognitive område.

I en gennemgang af en række internationale studier kan der som udgangspunkt inddeles to overordnede forklaringsrammer på barnets udsathed: en strukturel forklaringsramme og en overvejende individuel forklaringsramme (se også Petersen, 2006, der gennemgår disse studier).

- Den strukturelle forklaringsramme angiver børns udsathed i relation til forældrenes socioøkonomiske placering i samfundet (SES) og trækker overvejende på samfundsøkonomiske og politiske forhold. Her udpeges beskrivelser af en opvækst præget af fattigdom, dårlige boligforhold, forældres mangelfulde uddannelse, manglende eller lavtlønnet arbejde samt etnicitet, kultur og race-tilhørsforhold (især for de amerikanske studier).
- Den individuelle forklaringsramme, der trækker på psykologiske og psykiatriske årsagsforklaringer, hvor barnets udsathed analyseres i relation til barnets adfærd (fx testet gennem psykometriske testmetoder og diagnosebeskrivelser).<sup>8</sup> Her udpeges barnets adfærd som den primære årsagsforklaring på barnets udsatte livssituation.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> WHO ICD-10, Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser – klassifikation og diagnostiske kriterier.

<sup>9</sup> Se evt. også Petersen, K.E., & Ladefoged, L. (2015a, 2015b), hvor teoretiske forståelser af udsathed udfoldes yderligere.

Helt centralt, især i dansk forskning inden for uddannelsesområdet, er et begyndende fokus på, hvorledes netop de forskellige institutionelle kontekster, som i den danske velfærdsstat både udgør betingelser og muligheder for det enkelte barn, uanset social baggrund (Petersen, 2012; Jensen et al., 2012). Konkret har dette fokus betydet, at også de professionelle, der tilrettelægger, organiserer og varetager børns uddannelse og læring, også inddrages i udforskning af børns udviklingsbetingelser (Højholt, 2005; Kousholt, 2006; Schwartz, 2005; Petersen, 2009, 2010, 2012; Jensen et al. 2012). Inden for denne forskningstradition ses især på de professionelles forståelser, handlinger og faglige kompetencer i deres arbejde, uanset om arbejdet foregår i sundhedsplejen, daginstitution eller skole, og medvirker til at belyse, at børns udvikling og læring ikke foregår så at sige inde i barnet løsrevet fra institutionelle sammenhænge, men netop sammen med andre børn og voksne. I relation til nærværende forskningsprojekt følges dette teoretiske og empiriske perspektiv, idet også sundhedsplejens tilrettelæggelse, organisering og udførelse af de særlige indsatser, herunder anvendelsen af den såkaldte Named Person, åbner for at indfange betydningen af sundhedsplejens faglige viden og kompetencer i forskningsprojektet, og hvorledes sundhedsplejens viden og kompetencer har betydning i samspil med barnet, forældrene og daginstitutionen såvel som andre relevante samarbejdsparter i det tidlige barndomsforløb.

## Projektets metodiske grundlag

I dette kapitel præsenteres det metodiske grundlag for projektet. De ovenfor beskrevne teoretiske perspektiver lægger op til forskningsprojektets formål om at gennemføre et forskningsprojekt, som har fokus på tre samtidige spor:

1. Fokus på sundhedsplejens arbejde med små børn og deres familier gennem tilrettelagte indsatser, således som skitseret i henhold til Københavns Kommunes projektplan om øget hjemmebesøg.
2. Særskilt fokus på sundhedsplejeindsatser i udsatte familier.
3. Fremlægge anbefalinger til, hvordan sundhedsplejeindsatser fremover kan styrkes både i relation til udsatte familier og til familier som helhed.

Forskningsprojektet med alle dets delelementer er forløbet over en periode på 3 år, fra maj 2014 til maj 2017.

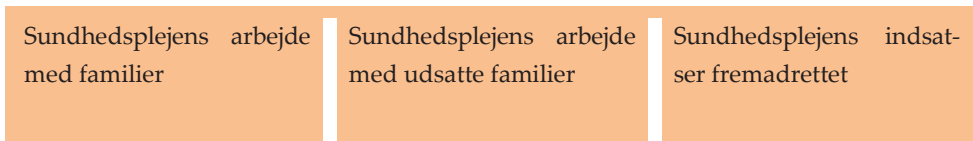
Projektets tidsplan illustreres i nedenstående figur nr. 4.

Maj 2014	Projektet påbegyndes
Juni 2014 – december 2016	Følges sundhedsplejersker og familier med afsæt i Københavns Kommunes projektskitse for øget hjemmebesøg
Januar 2017- juni 2017	Analyse af data og afsluttende rapportering

Figur 4.

Projektet er overordnet placeret inden for en såkaldt kvalitativ forskningstradition, hvori formålet blandt andet er at skabe en dybere forståelse af undersøgelsesgenstandens problemkompleks (Andersen, 1990), som altså i dette forskningsprojekt er betydningen af særligt tilrettelagte sundhedsplejeindsatser i Københavns Kommune. For at kunne imødekomme dette formål har det været nødvendigt at rette henvendelse til både de praktikere, som yder den særlige indsats til de småbørnsforældre, som modtager indsatsen, og endelig til de praktikere i daginstitutionerne, som samarbejder med både forældre og sundhedspleje. I projektets spor nr.1 følges sundhedsplejen i udvalgte boligområder i København i deres arbejde i 120 familier, fra første hjemmebesøg og

til barnet er 2 ½ år gammelt. I projektets spor nr. 2 sættes et særskilt fokus på sundhedsplejens indsatser i relation til udsatte familier. Projektets spor nr. 3 har fokus på at indfange viden om sundhedsplejen, der fremadrettet kan medvirke til at udvikle sundhedsplejens praksis. De tre spor i projektforsløbet illustreres i nedenstående figur nr. 5.



Figur 5.

## Projektets dataindsamlingsmetoder og analysestrategi

Projektet involverer en række informanter bestående af sundhedsplejersker, forældre og pædagogisk daginstitutionspersonale. Første dataindsamlingsrunde forløb i forbindelse med etableringen af en såkaldt baseline vedrørende sundhedsplejens arbejde med familierne, hvor eksisterende oplevelser af sundhedsplejens traditionelle besøgsforløb blev afdækket. Formålet med baselineundersøgelsen var at skabe et sammenligningsgrundlag for vurderingen af sundhedsplejens særlige indsats i form af udvidet besøgsplan samt anvendelsen af en såkaldt Named Person.

Baselineundersøgelsen blev udført med i alt ni familier, som således ikke havde modtaget sundhedsplejens udvidede besøgsplan. I forbindelse med projektets andet spor blev der af sundhedsplejen efterfølgende tilfældigt udvalgt 120 familier til deltagelse i projektet. Familier som blev fulgt empirisk af sundhedsplejen i projektperioden. Blandt disse 120 familier blev yderligere 20 familier fulgt særligt tæt. Nedenstående skema illustrerer, hvorledes de involverede familier er fulgt af henholdsvis sundhedsplejen og forskerteamet bag rapporten.

2014	2015	2016
120 familier følges empirisk af sundhedsplejen, hvor der indsamles data via sundhedsplejens screeningsredskaber		
Ud af disse 120 familier følges 20 familier særligt tæt af forskerteamet, hvor der indsamles data via kvalitative interviews		

Disse 20 familier blev ligeligt fordelt mellem familier, der blev vurderet som værende udsatte og familier, som ikke for daværende kunne betragtes som sådan, men som via deres forældreskab vurderes som i potentiel risiko for udvikling af psykologiske vanskeligheder hos barnet såvel som i forældre-barn relationen.

I vurderingen kategoriseres familierne som A, B, C eller D, hvilket indikerer graden af udsathed. Kriterierne for vurderingen er helt specifikt funderet i den handlevej-



ledning, som Københavns Kommune har udarbejdet vedrørende bekymring om børn og unge,<sup>10</sup> som sundhedsplejen arbejder ud fra.

Skalaen for udsathed bevæger sig fra den ene ende (A), hvor barnet udvikler sig almindeligt. I denne ende af skalaen er forældreomsorgen god, og der søges rådgivning omkring eventuelle vanskeligheder, som efterfølgende håndteres i familien. I den anden ende af skalaen (D) er barnet udsat for langvarig og tung belastning og udvikler sig i en dårlig retning. Forældrenes omsorg er reduceret i en sådan grad, at de ikke længere magter belastningerne i familien. Vanskelighederne i familien kræver særlige ressourcer og bistand udefra.

Vurderingen af familierne er i forskningsprojektet udelukkende udført af sundhedsplejerskerne, og således ikke under indflydelse af forskerteamet. Endvidere er vurderingen af udsathed foretaget af sundhedsplejen ud fra parametre som socioøkonomisk placering, uddannelsesniveau, etnisk baggrund, tilknytning til arbejdsmarkedet, fattigdom eller status som enlig forsøger. Ikke at disse parametre i sig selv gør familierne udsatte, men i kombination med eksempelvis misbrug, psykisk sygdom eller netværksfattigdom gøres familierne potentielt sårbare med behov for ekstra besøg af sundhedsplejen.

De 20 udvalgte forældre blev interviewet ved opstart og afslutning af projektperioden. Endvidere er der udført fokusgruppeinterviews med de sundhedsplejersker, hvis tildelte familier har deltaget i forskningsprojektet, ligesom der er udført individuelle interviews med det pædagogiske daginstitutionspersonale vedrørende den såkaldte Named Person. Når der i dataindsamlingen skelnes mellem individuelle interviews og fokusgruppeinterviews er det fordi, interviewene har haft forskellige formål. De individuelle interviews har haft fokus på familiernes subjektive oplevelser forbundet med såvel deres forældreskab som deres erfaringer med og oplevelser af sundhedsplejen, idet en særlig kvalitet ved netop individuelle interviews er, at de tillader et mindre antal informanternes unikke udsagn at komme til udtryk (Merriam, 1998). Anderledes har fokus været i fokusgruppeinterviewene, som hovedsageligt har undersøgt, hvad der kan beskrives som normative sociale attituder (Puchta & Potter, 2004) i sundhedsplejepraksis og i forbindelse med daginstitutionspersonalets erfaringer omkring samarbejdet med sundhedsplejen i forbindelse med den såkaldte Named Person. Således har fokusgruppeinterviewene været rettet mod erfaringer og attituder i og mellem pro-

<sup>10</sup> Handlevejledningen kan læses her:

[http://www.kk.dk/sites/default/files/migrated/sc/bekymret-for-et-barn\\_-\\_en\\_handlevejledning.pdf](http://www.kk.dk/sites/default/files/migrated/sc/bekymret-for-et-barn_-_en_handlevejledning.pdf)

fessioner. Der ledes således ikke efter ensartede beskrivelser, men derimod om at indfange særlige og ofte forskelligartede synspunkter fra de involverede parter. Dog skal det nævnes, at fokusgruppeinterviewene med daginstitutionspædagogerne blev udført som individuelle interviews på grund af tidsnød i institutionerne.

Som led i analysen af det indsamlede datamateriale er alle interviews optaget og efterfølgende transskriberet med henblik på analyse via meningskondensering, sådan som denne med inspiration fra fænomenologien (Georgi & Georgi, 2003) kan medvirke til at udforske konstitueringen af centrale elementer i menneskers aktiviteter.

Til trods for, at rapporten konkluderer på de analysestrategiske spørgsmål, skal de fremlagte forslag og resultater ikke betragtes som værende gældende til enhver tid på ethvert sted, da konteksten tillægges betydning i kvalitative studier, hvor der således ledes efter det særlige i en given kontekstuel sammenhæng (Karpatschhof, 2015). Derfor skal konklusionerne også læses som en indkredsning af potentielle problematikker, mulige løsninger og afsæt for yderligere forskning på området, sådan som det gør sig gældende for alle forskningsprojektets delelementer. Således er også denne delrapports generaliserbarhed knyttet til de eksisterende forskningsresultater og de muligheder, der er for at udvide denne viden, som det traditionelt gør sig gældende for den kvalitative forskning (Dreier, 2004).

## Sundhedsplejens empiriske måleinstrumenter

Når der i rapporten refereres til, at sundhedsplejen følger familierne empirisk, er det med henvisning til de måleinstrumenter, der anvendes som screeningsredskaber i den øgede indsats, som er iværksat. Måleinstrumenterne er the Alarm Distress Baby Scale (ADBB) og BOEL-testen (Blik Orienteret Efter Lyd). The Alarm Distress Baby Scale (ADBB) (Guedeney & Fermanian, 2001) er et valideret instrument til at måle små børns sociale kontakt, hvor særligt tilbagetrækning vurderes som et tegn på mistrivsel hos barnet. BOEL-testen er oprindeligt importeret til Danmark fra Sverige i 1970'erne og har siden været anvendt i stort omfang til screening af kommunikation med fokus på barnets hørelse, syn, motorik, kontakt og generelle udvikling og udføres typisk, når barnet er mellem 7 og 10 måneder. Testen er modsat ADBB ikke et forskningsmæssigt valideret instrument og har fra dansk side været udsat for kritik af sin anvendelighed (Ravn & Bjergager, 2004). De af sundhedsplejen indsamlede data er efterfølgende analyseret med såkaldte krydstabel analyser (Hansen & Andersen, 2009), hvor der fokuseres på henholdsvis barnets alder, køn og årsag til ekstrabesøg- og indsatser. Uden at ville gøre krav på kvantitative analysers kvalitetskriterier kan analyserne indikere, ved hvilken alder en særlig problematik opstår, og således hvornår en særlig indsats kan have effekt.

## Frafald

Undervejs i projektet har der været frafald i projektdeltagere, som ved projektets opstart var planlagt til 120 deltagende familier, og det endelige antal endte på 90 deltagere. Frafaldet skyldes primært fraflytning fra området samt det faktum, at nogle familier ikke ønskede at deltage i forskningsprojektet alligevel. Blandt de 20 familier, som fulgtes tæt, blev der inden opstart tilføjet yderligere én familie, som ønskede deltagelse. Således endte det samlede antal på 21 familier, som blev interviewet ved projektstart. Ved projektets afslutning var tallet faldet til i alt 13 familier, hvilket ligeledes primært skyldtes fraflytning, manglende interesse eller manglende respons på henvendelse ved afsluttende interview. Iøjnefaldende er det dog, at der blandt de familier, som deltog i projektet, kun er ganske få familier kategoriseret som værende udsat i den såkaldte kategori D. Dette skyldes potentielt, at disse familier fravælger projekter som dette. Årsagen beskrives af sundhedsplejen som værende, at disse familier enten ikke har overskud til at deltage, eller at de frygter det øgede fokus på familien vil få konsekvenser, som familierne ikke ønsker. Skemaet herunder illustrerer antallet af informanter under projektperioden

### Dataindsamling ved projektets opstart:

- Baselineinterviews med forældre uden for projektet (n=9)
- Individuelle interviews med såkaldte udsatte familier (n=21)
- Baseline fokusgruppe sundhedsplejersker (n=5)
- Fokusgruppeinterviews med sundhedsplejersker (n=5)

### Løbende dataindsamling:

- Tests og notater af børn udført af sundhedsplejen (n=90)
- Individuelle interviews med daginstitutionspædagoger vedrørende Named Person (n=2)

### Dataindsamling ved projektets afslutning:

- Individuelle interviews med såkaldte udsatte familier (n=13)
- Fokusgruppeinterviews med sundhedsplejersker (n=4)

## Anonymisering, fortrolighed og datahåndtering

Alle deltagere i projektet er anonymiserede, og deltagerne er indledningsvist skriftligt og mundtligt blevet inviteret til deltagelse i forskningsprojektet med en uddybende

forklaring om projektets formål og fokus. Alle de deltagende familiers data og fortællinger undervejs i projektforsløbet er behandlet med fortrolighed efter gældende forskningsetiske retningslinjer, og projektdeltagerne har til enhver tid kunne trække deres accept om deltagelse tilbage, uden at dette har påvirket den sundhedsfaglige indsats, som de har modtaget i forløbet (Riele, 2013; Polit & Beck, 2017).

Derudover er deltageres citater i nogle tilfælde byttet rundt, således at det ikke er muligt for hverken læsere af rapporten eller deltagerne i projektet at identificere deltagerens udsagn. Citater, der fremstår som værende fra samme person i rapporten, kan således stamme fra to eller flere personer i virkeligheden.

Projektets data er opbevaret i dobbelt aflåste lokaler på Aarhus Universitet, og projektet er anmeldt til Datatilsynet, ligesom det er udført i henhold til the Danish Code of Conduct for Research Integrity (Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2014), som er et adfærdskodeks for integritet i dansk forskning udarbejdet af Uddannelses- og Forskningsministeriet og Danske Universiteter.

## Analyse – Baseline

Dette afsnit præsenterer resultaterne af den baselineundersøgelse, der blev udarbejdet umiddelbart efter projektets opstart. Baselineundersøgelsen havde til formål at afdække eksisterende oplevelser og erfaringer med sundhedsplejens traditionelle hjemmebesøg, sådan som de er beskrevet af de interviewede, som primært er mødrene til de små børn. Det skal dog for god ordens skyld nævnes, at når det primært er mødrene, der er interviewet, så er det familiens eget valg. Fædrene er således ikke aktivt fravalgt fra forskningsprojektets side. I analysen udtrækkes tematikker, som bidrager med det overordnede billede af traditionelle hjemmebesøg udført af sundhedsplejen i et område af Københavns Kommune. Tematikkerne bevæger sig kronologisk forstået på den måde, at første tema vedrører beskrivelser af familiernes forberedelse forud for fødslen. Andet tema vedrører beskrivelser af tiden efter barnets fødsel, og tredje og sidste tema beskriver sundhedsplejerskernes særlige rolle over for familierne.

### De velforberejede mødre

For hovedparten af mødrene gjaldt det, at de var godt forberedte på den kommende fødsel, og hvad de forventede ville blive en såkaldt anderledes tilværelse. Flere havde således opsøgt forberedende kurser i privat regi, gjort ud fra deres egne ønsker, og hvad der kan betragtes som en handling af overskud.

”... man kan lige så godt forberede sig på alt det, man kan forberede sig på”. (Interview med mor, Baselineinterview)

De mødre, som valgte ikke at benytte sig af privat fødselsforberedelse, havde typisk et netværk omkring sig, som gav dem råd og vejledning omkring forløbet, ofte fra privat kendskab til professionelle i sundhedsvæsenet som fx læger, jordemødre eller sygeplejersker, ligesom mødrene selv opsøgte viden på eksempelvis biblioteket eller nettet. I modsætning til mødre i andre bydele i Københavns Kommune, hvor netværksfattigdom synes udtalt (Petersen & Ladefoged, 2015a), besidder disse mødre en række sociale og kulturelle ressourcer (Bourdieu & Wacquant, 2009), der sætter dem i stand til selv at varetage og kontrollere den forberedelse, de føler nødvendig frem mod fødslen.

Selvom mødrene beskriver disse valg som værende supplement, tales de også frem som en nødvendighed, såfremt de ønsker mere detaljeret viden omkring deres kommende fødsel. Således beskriver en mor:

”Jeg har en kronisk sygdom og skulle derfor føde på et bestemt sygehus. Jeg fik at vide, at forberedelsen ville vi tage under fødslen, da det alligevel ville tage lang tid. Det gjorde det ikke, og jeg fødte på 40 minutter (...) næste gang vælger jeg en privat jordemoder”.

Denne handlingsorienterede tankegang beskrives også af en anden mor, som helt bevidst valgte at føde hjemme, hvilket hun beskriver som et aktivt valg med det formål, at mindske stressen ved at skulle på hospitalet i en fart. Og selvom hendes jordemoder ikke nåede frem til fødselens start, ville hun ikke gøre det om igen. Faren hjalp med fødslen, og jordemoderen nåede frem til at kunne yde den efterfølgende hjælp med navlestreng osv. Moderen anbefaler således alle at føde hjemme, ikke mindst på grund af hvad hun selv beskriver som en styrket symbiose mellem mor og barn i et mindre stressende hjemmemiljø.

”Man ville aldrig flytte et fødende dyr fra zoologisk have,” er moderens maleriske argument.

Anderledes løsningsorienteret er en tredje mor, som havde planlagt sin fødsel på sygehus i mindste detalje:

”Jeg havde planlagt at føde et sted med en god neonatal afdeling og dygtige børnelæger, hvis noget skulle gå galt”.

Datamaterialet indikerer, at der er tale om en gruppe af mødre med mange sociale, økonomiske og emotionelle ressourcer til at tilrettelægge, indsamle relevant viden og selv foretage valg og vurderinger knyttet til graviditet, fødsel og barselsperiode.

## Omvæltningen

Til trods for, at mødrene oplevede, at de var godt forberedte på den kommende familieførelse og generelt fremstod som ressourcestærke familier, blev virkeligheden som nye forældre ofte beskrevet som en gigantisk omvæltning i deres liv, hvilket da heller ikke adskiller sig fra tidligere beskrivelser omkring forælderrollen (Petersen & Ladefoged, 2015a: 64).

I den ene ende af skalaen beskriver en mor, hvordan en ellers udførlig planlagt graviditet ændrede familiens liv, efter barnet blev født, hvor der blev mindre tid til andre gøremål, hvilket krævede tilvænning:

”Efter et par måneder fandt vi ud af, at det her er ikke bare lige. Det er meget omfattende at være nye forældre, og det kom bag på os. Godt vi ikke fik dem før”.

Moderen beskriver således, hvordan hendes og hendes mand liv sammen, inden de fik børn, var markant anderledes end efter, og at det at få børn ville havde forhindret dem i den aktive livsstil, hvorfor de er glade for at have fået børnene sent i deres forhold. En mor, der er enlig mor, beretter også om, hvordan hendes ellers meget forberedte graviditet og fødsel vendte op og ned på hendes liv, hvor det at tage sig af de praktiske ting får hovedprioritet, så snart barnet sover:

”Jeg sidder ikke og drikker cocktails i stiletter med rød neglelak om lørdagen. Jeg står og laver Spaghetti Bolognese til en uge”.

Anderledes forholder det sig hos en mor, som i rollen som hende, der ifølge hende selv altid gerne vil gøre alting rigtigt, oplevede en anden form for omvæltning i sit liv. Denne moder oplevede problemer omkring amning, hvilket for hende blev et stort problem, som hun beskriver således:

”Jeg er sådan en, der gerne vil gøre alting rigtigt, også med hensyn til amning. Det er ligesom om, det fylder ekstremt meget for alle i sundhedssystemet. Man skal amme fuldt ud, til barnet er seks måneder. Det ligger i miljøet, og det kunne jeg ikke”.

Moderen beskriver under interviewet, hvorledes hun følte sig forkert, da hun ikke levede op til denne form for korrekthed, hvilke også i begyndelsen havde konsekvenser for hendes barn:

”... mit barn var sultent, og skreg enormt meget. Det var faktisk et mareridt, når jeg tænker tilbage på, at sundhedsmyndighederne kommer med så barske anbefalinger [amning], som det er rigtig svært at leve op til (...) for mig var sutteflaske ikke et eksisterende alternativ. For mig ville det svare til at give hende en cola. Det er som at se en gravid teenagemor stå og ryge. Så indoktrineret var jeg”.

Moderen beretter om, hvad hun selv beskriver som et samfundsskabt problem, der for hende har haft konsekvenser efterfølgende i form af manglende hukommelse, evne til at multitask eller blot at rydde op, når hendes børn er til stede.

”Det er, som om der er noget i stykker i mig” afslutter hun.

Kritikken er fra moderen ikke rettet mod sundhedsplejen, da hun ikke eksplicit havde gjort opmærksom på problematikken. Alligevel kunne hun godt have ønsket, at sundhedsplejersken selv havde opdaget problemet og havde tvunget hende til at prioritere sutteflasken før amningen.

Omvæltningen i familien beskrives også i sammenhæng med de øgede pligter og opgaver, som et lille barn medfører. Således er der potentielle konflikter i fordelingen af disse, og særligt når faren og moren ikke har samme billede af omfanget eller opfattelse af, hvordan de skulle løses. Eksempelvis fortælleren mor:

”Vi diskuterede det praktiske meget. Det skal fungere, ellers går det i hårknode. Rengøring er et eksempel (...) en løsning kan være delt barsel. Det giver en anden forståelse af den hjemmegåendes hverdag, når begge prøver at være den hjemmegående”.

## Professionelle og tryghedsskabende sundhedsplejersker

Tredje og sidste tema i baselineundersøgelsen er koncentreret omkring den særlige rolle, sundhedsplejerskerne har over for familierne. Til trods for, at familierne generelt beskrives som ressourcestærke med solide netværk til at yde omsorg, råd og vejledning, indtager sundhedsplejerskerne alligevel en *betydningsfuld kilde* til viden for familierne. Således beskriver en mor, at selvom hun havde gjort brug af privat fødselsforberedelse, så ville hun aldrig have undværet sundhedsplejerskernes besøg i hjemmet:

”... hvis mit barn trives godt og alt er normal, ville jeg nok vælge den private løsning, men jeg ville vælge sundhedsplejen, hvis der er problemer. De er stærkere fagligt”.

Dette synspunkt følges op af flere af de øvrige mødre, og generelt beskrives sundhedsplejerskerne som meget kompetente med faglig stor ballast, hvilke også er fremhævet i tidligere forskning af sundhedsplejen (Petersen & Ladefoged, 2015a). Også i de familier, hvor der eksempelvis var læger eller andet sundhedspersonale, udfyldte sundhedsplejerskerne en væsentlig rolle som fortrolig sparringspartner, eksempelvis hos en mor der forklarer følgende:



”Sundhedsplejerskerne er anderledes end familien. Jeg vil for eksempel ikke tale om mig selv med familien, når det vedrører røde knopper, brystspændinger og den slags. Men det kan jeg tale med sundhedsplejersken om. De har en anden viden, som ikke kun er omkring medicin. Man kan tale med dem om hvad som helst. Næsten som en psykologfunktion”.

Sundhedsplejerskerne fremstår ikke blot som fortrolige, men også som tryghedsskabende i kraft af deres åbenhed overfor at tale om forskellige emner, uden at det nødvendigvis problematiseres, og hvor man kan give udtryk for sine frustrationer og sin frygt for at fejle, uden at man stigmatiseres som værende en dårlig eller inkompetent mor. Som noget særligt fremhæves også sundhedsplejerskernes mere holistiske blik på familien, hvor der ligeledes fokuseres på de øvrige familiemedlemmer, og ikke kun det nyfødte barn. Sundhedsplejerskerne beskrives også som tryghedsskabende som en slags kontrolfunktion. Ikke af familiens funktion, men som en sikkerhed for, at barnet trives og udvikles som det skal. Således beskriver en mor:

”Jeg så frem til, at sundhedsplejersken kom. Dels var det hyggeligt, men mest for trygheden. Det var hendes fornemmeste opgave, synes jeg. Det gik også fint med vores barn, men vi rådførte os med hensyn til søvn, mad, rutiner og så videre. Man føler sig lidt heldig, at der kommer nogle og tilser ens nye liv, som man jo selv har valgt”.

Samme beskrivelse giver en anden mor:

”Det er tryghed, at der er nogen, der holder trit med, at alt er ok, og at have muligheden for at spørge, hvis nu der sker noget, og det er ikke en mulighed, jeg selv skal tilkalde, det er en mulighed, der er, og nogle har sørget for det. Det er en service, der kommer hjem til mig. Det syntes jeg virkelig er fint”.

## Opsamling

Opsummerende kan det fremhæves, at mødre i den pågældende bydel besidder nogle omfattende sociale, emotionelle og økonomiske ressourcer (Bourdieu & Wacquant, 2009), som sætter dem i stand til selv at vurdere behovet og omfanget af hjælp før, under og efter graviteten. Som en af mødre fremhæver: ”jeg har vidst, muligheden for hjælp var der, og det har været nok for mig”.

Ligeledes fremstår familierne som velforberejede, både hvad angår viden om den kommende forældrerolle, og hvad angår mere praktiske ting som eksempelvis indkøb til og klargøring af børneværelse og så videre.

Samtidig med dette fremstår familierne også sårbare i forskellig grad og af forskellige årsager, hvilket da også eksplicit beskrives af en af mødrene, når hun understreger, at "vi ressourcestærke mødre kan også være sårbare". Når sårbarheden træder frem, er mødrene dog helt trygge ved den hjælp, de finder hos sundhedsplejerskerne, som med deres professionalitet og viden skaber en tillidsfuld atmosfære omkring familierne, hvilket fordrer en ligefremhed omkring eventuelle problematikker. Afslutningsvist skal det fremhæves, at til trods for netværksrigdom, ressourcestærke familier og professionelle sundhedsplejersker, så kan man aldrig helt forberede sig på rollen som ny familie med små børn. Således konkluderer en af mødrene:

"Det at få børn er ligesom at blive bygget om. Der er ting, man tror og håber, men som er helt anderledes. Man fatter ikke, hvad man går ind til. Alle taler godt om den her 'klub', man går ind i, men man forstår ikke, hvad der venter".

## Analyse af selve projektforsløbet

I nærværende sættes fokus på at præsentere de data, der er indkommet i selve projektforsløbet fra 120 familier (der undervejs gennem projektforsløbet faldt til 90 familier) samt 20 familier, der har deltaget med interview. Alle de involverede familier er blevet fulgt af sundhedsplejen med den såkaldte udvidede besøgs pakke og ekstra screeningsredskaber samt med afsæt i den såkaldt Named Person, dvs. at familien har haft den samme sundhedsplejerske under hele forsløbet, der også følger familien ind i daginstitutionen.

Nedenstående figur nr. 6 viser sundhedsplejens såkaldte ekstrainsatser i den ca. treårige periode.

### Den Ekstra Besøgs pakke.

(besøg med understregninger er besøg jf. besøgsprofilen)

- Barselsbesøget
- Etableringsbesøg
- 3-4 ugers besøg
- 3 måneders besøg, med ADBB-screening
- 4 måneders besøg eventuelt med psykolog, såfremt ADBB-screeningen har påvist begyndende tilbagetrækning.
- 5-6 måneders besøg
- 8-10 måneders besøg med BOEL og ADBB-screening
- 1 års besøg i samarbejde med sprogvejleder, eller tale-høre konsulent særligt ved tosproget familier
- 1 ½ års besøg med afsluttende ADBB-screening
- 2 ½ års besøg som netværkssamtale i barnets daginstitution, og hvor overdragelse af The Named Person videregives, så familierne fremadrettede ved, hvem der er deres kontaktperson.

Figur 6.

I den første del af analysen er samlet en række registreringer hentet fra sundhedsplejerskernes notater knyttet til alle familierne, som har deltaget i projektet. Disse registreringer omfatter, hvad sundhedsplejerskerne har indføjret af notater i deres hjemmebe-

søg i familierne i relation til barnets trivsel og udvikling, hvilke bekymringer sundhedsplejerskerne vurderer, at de finder ved deres hjemmebesøg i de respektive familier, herunder gennem de testredskaber, de har anvendt undervejs i projektforsløbet. Herfra præsenteres resultaterne fra fokusgruppeinterview med sundhedsplejen, som er foretaget ved henholdsvis projektets opstart og afslutning og med de to daginstitutioner, som havde mulighed for at deltage i projektets afsluttende fase.

I anden del af analysen præsenteres resultaterne af interview med forældre (især mødre), der er fulgt gennem individuelle semistrukturerede interviews undervejs i projektforsløbet, hvor der især har været fokus på forældre-barn relation samt forældres oplevelser og erfaringer med sundhedsplejen, herunder de ekstra hjemmebesøg samt den såkaldte Named Person, dvs. at den samme sundhedsplejerske har fulgt familien under hele forløbet indtil afleveringssamtalen i daginstitutionen.

### **Sundhedsplejens registreringer af små børns trivsel og udvikling**

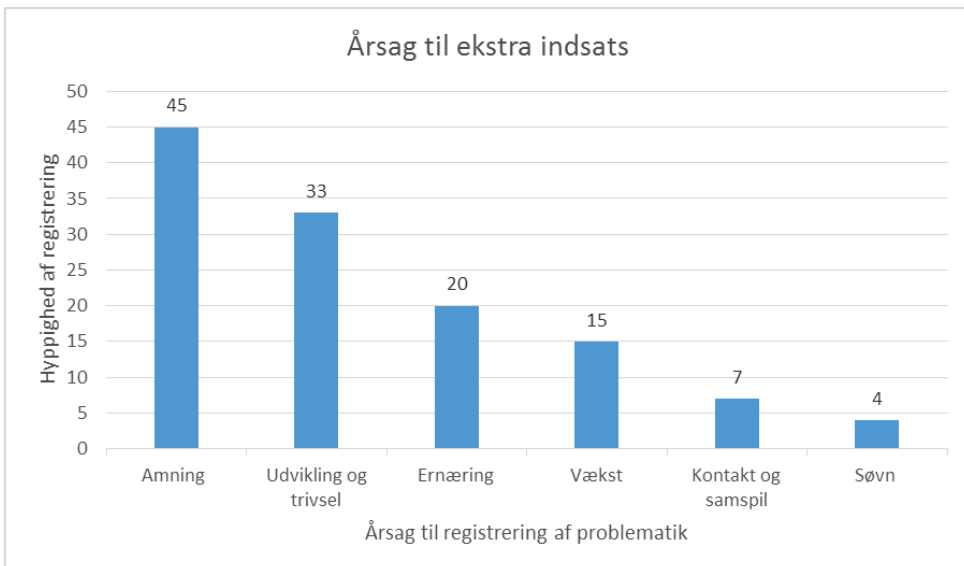
I dette afsnit præsenteres ganske kort en diagrambaseret oversigt over de hyppigste registrerede problematikker, sådan som de fremtræder i sundhedsplejens database. Diagrammerne er inspireret af krydstabel analyser (Hansen & Andersen, 2009) og beskriver således, hvor ofte en given problematik udmønter sig i enten ekstra besøg eller anden form for ekstra indsats, som eksempelvis forældres besøg ved sundhedsplejens åbent hus arrangementer, ekstra hjemmebesøg eller anden form for kontakt mellem forældre og sundhedsplejen. Analyserne har ikke til hensigt at gøre krav på kausalitet i videnskabelig forstand, dels da datamaterialet ikke er indsamlet af forskerlaget bag rapporten, og dels fordi systematikken bag er ukendt og derfor ikke lever op til videnskabelige krav for statistik i forskningssammenhæng. Data er derimod indsamlet af sundhedsplejen selv i de cirka 3 år, som projektet har forløbet, og angiver, hvilke temaer og problemstillinger sundhedsplejen drøfter sammen med forældrene.

Det er eksempelvis ikke eksplicit beskrevet, hvilke problematikker der berettiger hvilken skematisk kategorisering, hvorfor det for eksempel ikke vides, om problemer med amning skyldes manglende sutteevne hos barnet eller manglende mælkeproduktion hos moren. Når diagrammerne alligevel er inddraget i rapporten, skyldes det, at tallene indikerer, hvilke problematikker der optræder hyppigst i sundhedsplejens databaser, samt i hvilken alder de fremtræder.

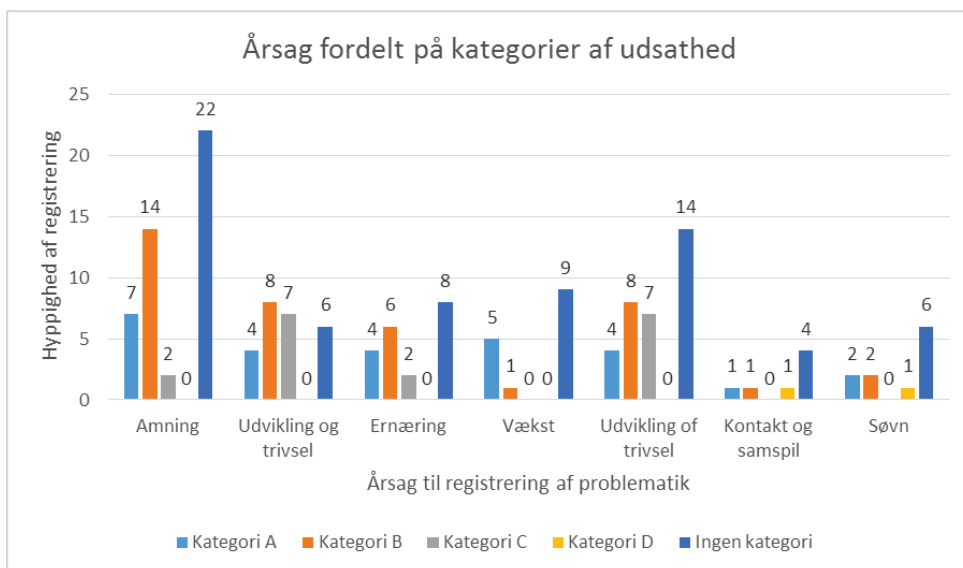
Eksempelvis ses det i figur 7, at amning er den hyppigste registrering af problematikker, og at det typisk sker i barnets første levemåned, kan aflæses i figur 9, samt at problematikker omkring amning ikke er registreret senere end ved barnets fjerde levemåned. Skalaen for barnets alder i måneder er således rensat for måneder uden registrering af den givne årsag, hvorfor eksempelvis diagrammet for Vækst (figur

12) springer fra 6 til 11 til 20 levemåneder. Hvor figur 7 beskriver den overordnede hyppighed af registrering af de seks oftest beskrevne årsager til ekstra indsats, beskriver figur 8 samme hyppighed fordelt på de kategorier af udsathed, som er bestemt af sundhedsplejen, som beskrevet i metodekapitlet. Særligt iøjnefaldende er det, at de familier, der er kategoriseret som udsat i kategori D, optræder meget få gange i registreringerne, hvilket naturligvis kædes sammen med bortfaldet, som det ligeledes er beskrevet i metodekapitlet, hvor det betones, at de mest udsatte familier fravælger deltagelse i projekter som dette. Således eksisterer der en begrundet antagelse om, at de familier, der har størst behov for hjælp udefra, netop er de familier, som af den ene eller anden årsag ikke modtager hjælpen, hvilket er en konkret faktor i sundhedsplejens forebyggende arbejde, der tidligere er blevet belyst i Petersen & Ladefoged (2015a).

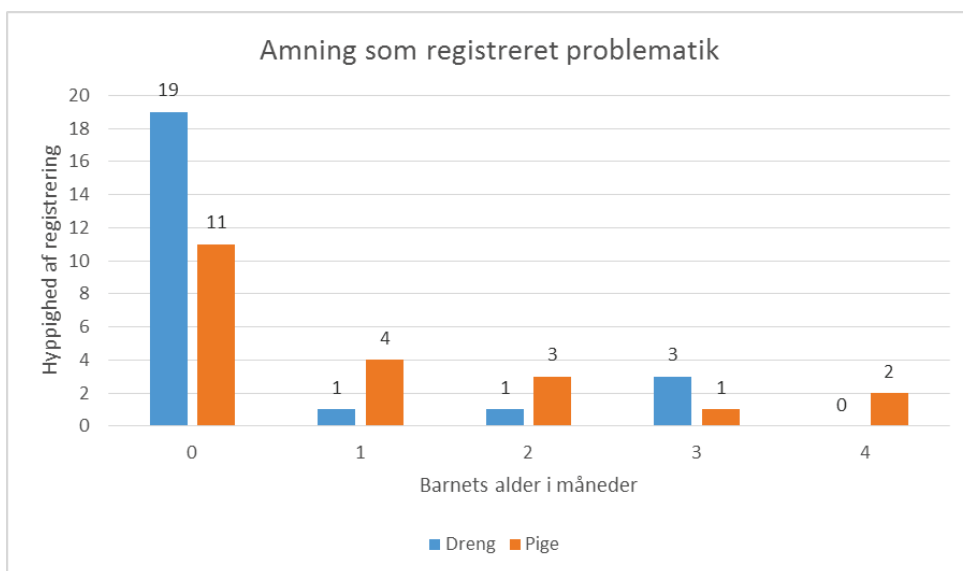
Figurerne 9-14 beskriver mere detaljeret fordelingen på årsag, køn og alder i perioden fra barnets fødsel, til barnet fylder 2 ½ år.



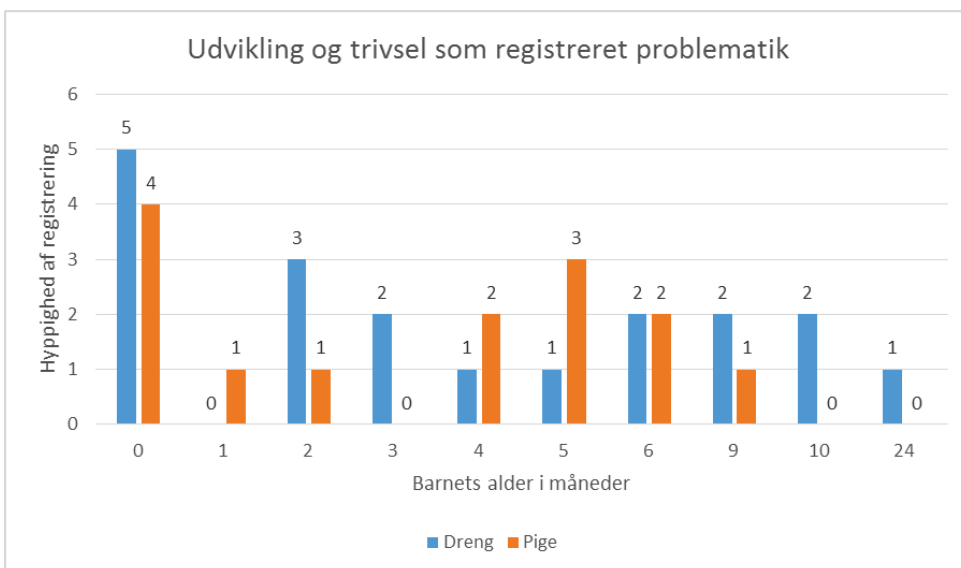
Figur 7.



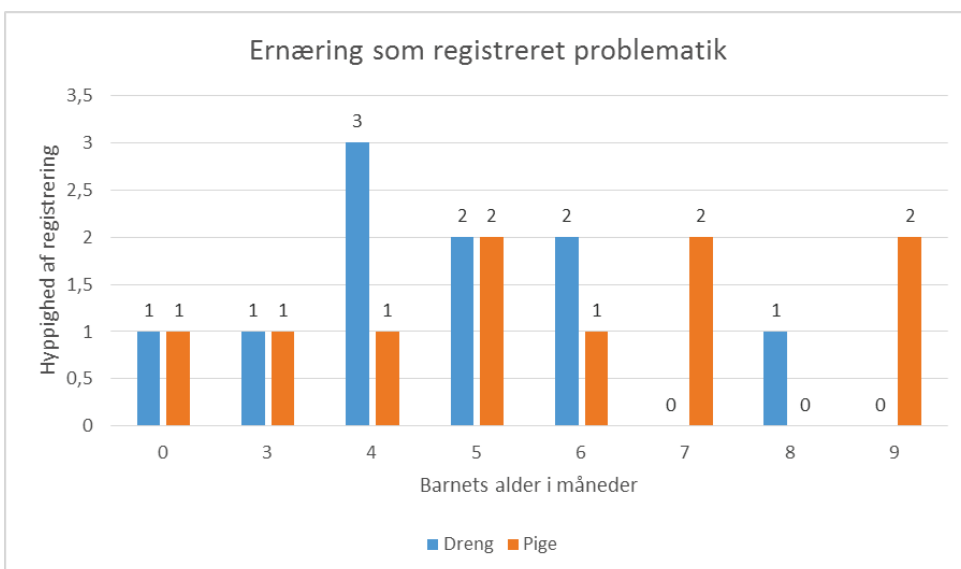
Figur 8.



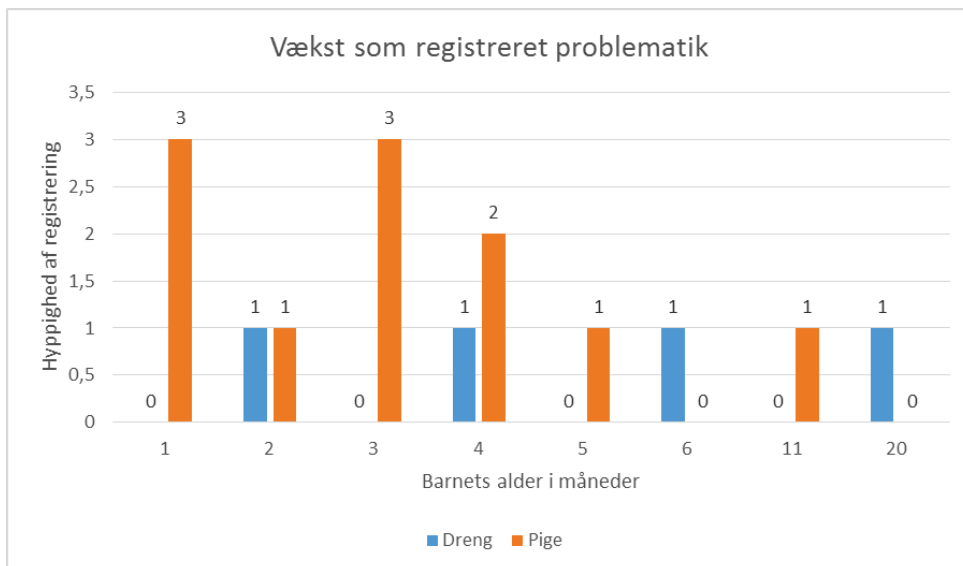
Figur 9.



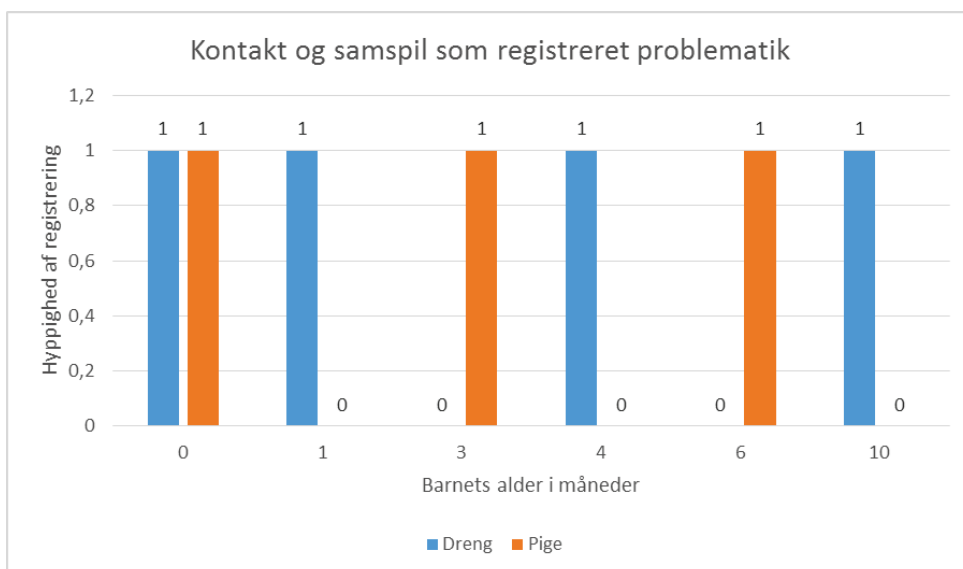
Figur 10.



Figur 11.



Figur 12.



Figur 13.





Figur 14.

Ved at samle sundhedsplejerskernes notater om familierne over en treårig periode, ses hvorledes sundhedsplejerskernes indsatser bevæger sig hen over en række temaer i relation til det lille barns trivsel og udvikling. Amning og vanskeligheder forbundet hertil er således en af de største opgaver, som sundhedsplejen hjælper med i de første tre-fire måneder af spædbarnets levetid. Betydning af, at amning fungerer samt udfordringerne for forældrene, når de oplever, at det ikke fungerer, er i høj grad indkredset i den internationale forskning (Bernaix, 2000; Hoyer & Horvat, 2000), der ligeledes har sat fokus på, netop sundhedsplejens indsatser med at hjælpe mødre til at få etableret amning (Jack et al., 2005), og flere af undersøgelserne peger på, at netop sundhedsplejens støtte og hjælp til amning er central for både sundhedsplejersker som for mødrene.

Den anden mest hyppige registrerede problematik hos sundhedsplejen er, som belyst i figur 7, såkaldte udviklings- og trivselsvanskeligheder. Denne betegnelse kan dække over en mangfoldighed af problemstillinger, iagttaget af sundhedsplejen og beskrevet af forældrene, og det er vanskeligt i et forskningsmæssigt perspektiv at indkredse entydige definitioner af, hvornår begrebet tages i anvendelse samt omfanget heraf, og hvor længe udviklings og trivselsvanskeligheder ses hos barnet. Imidlertid er sundhedsplejens egne opgørelser over den registrerede problematik central, idet den for alvor medvirker til at sætte fokus på, at sundhedsplejen meget tidligt i små børns liv kan observere og indkredse eventuelle vanskeligheder.

Herefter fordeler registreringerne sig jævnt hen over områder, der på forskellig vis knytter an til den tidlige spædbarnsperiode. Interessant er det, at i oversigten over, hvornår problemstillinger optræder i relation til barnets alder, så ses både amning i figur nr. 9 samt udvikling og trivsel, som er registreret i figur nr. 10, at mindskes. Således peger figur nr. 9 på, at når barnet er cirka 4 måneder gammelt, så fungerer amningen i et omfang, så det ikke længere registreres som en problemstilling hos sundhedsplejen. Om barnet så ammes eller får ernæring gennem flaske, fremgår dog ikke af sundhedsplejens registreringer. Figur 10 knyttet til barnets trivsel og udvikling viser ligeledes, at omkring 10 måneders alderen forsvinder pigers trivsels- og udviklingsproblemer, og tilsvarende forsvinder drengenes ved 24 måneders alderen. Hvorfor der optræder en forskel mellem drenge og piger, giver sundhedsplejens registreringer ingen svar på, men centralt er det imidlertid, at de registreringer, der er forbundet til trivsels- og udviklingsproblemer, tilsyneladende er forsvundet, når barnet når 1 års alderen.

## Sundhedsplejerskernes indsatser og vurderinger af deres ekstrainsats

Sundhedsplejerskerne screener (ved to måneders besøg) i den udvidede sundhedsplejerskeordning begge forældre for efterfødselsreaktioner med Edinburgh- og Gotlandskalaen i det omfang begge forældre er til stede ved to måneders besøget og tager imod tilbuddet om screening.

Derudover screener sundhedsplejerskerne barnet for begyndende social tilbagetrækning med ADBB. Der er desuden i projektperioden indlagt et trivselskort, et redskab til refleksion over og vurdering af barnets trivsel i forhold til tilknytning, øjenkontakt, aktivitetsniveau og sprog.

Sundhedsplejerskerne benytter det såkaldte trivselskort til at fastslå det enkelte barns aktuelle trivsel og udvikling, og sundhedsplejerskerne angiver, at anvendelsen af trivselskortet åbner op for samtaler om barnets trivsel, der ekspliciterer sundhedsplejens refleksioner på dialogisk vis, snarere end at trivslen bliver vurderet tavst. Trivselskortet er således et af de redskaber, som sundhedsplejen gennem projektforløbet for alvor peger på er vigtig i samspillet med familierne, idet trivselskortet giver anledning til et såkaldt fælles refleksionsrum imellem forældre og sundhedsplejersken, der giver mulighed for at øge forældrenes viden om barnets udvikling og trivsel aktuelt og i den nærmeste fremtid samt løfte barnets trivsel, og herudover åbner brugen af trivselskortet op for, at sundhedsplejerskerne igennem dialog opnår ny viden om barnet og familien. Samtalen bidrager ifølge sundhedsplejerskerne til, at forældrene opnår øget tiltro

til egne vurderinger, hvilket bidrager til en øget selvtillid og en mindskelse af usikkerhed i forælderrollen.

Screeningerne for efterfødselsreaktioner hos mødrene bliver i vid udstrækning gennemført, i mindre udstrækning screenes fædre. Fædre screenes således ikke med samme selvfølgelighed som mødrene, hvilket betyder, at sundhedsplejen ikke i samme udstrækning har mulighed for at indfange eventuelle efterfødselsreaktioner hos fædre.

Med det ekstra tre måneders besøg opstår der mulighed for en naturlig opfølgning på screeningen af efterfødselsreaktioner, eventuelt suppleret med endnu en test, samt anvendelse af trivselskortet, der danner grundlag for refleksioner om og drøftelse af barnets trivsel imellem sundhedsplejersker og forældre. Fire måneders besøget er et ekstrabesøg for flergangsforældre. Besøget ligger i naturlig forlængelse af de øvrige besøg og har en opsamlende funktion. Herudover er der et særskilt fokus på såkaldt opstart af overgangsmad. Et års besøget ligger tæt på det sidste besøg, otte måneders besøget og sundhedsplejerskerne angiver, at de oplever, at tætheden i besøgene har en væsentlig betydning. Sundhedsplejerskerne oplever, at forældrene i højere grad bruger dem til at afdække specifikke spørgsmål.

Ifølge sundhedsplejerskerne er det af væsentlig betydning, at der i starten af besøgsperioden er indlagt mange besøg, og at det med de ekstra besøg er muligt at gå et lag dybere i samtalerne med forældrene.

Sundhedsplejerskerne oplever, at det tager tid at skabe tillid, og de angiver, at mange samtaler med relevans for barnets udvikling og trivsel aldrig var opstået, hvis ikke besøgene var så hyppige.

Ifølge sundhedsplejerskerne angives det i fokusgruppeinterviewene, at det har stor betydning, at de i projektperioden har været mere tilgængelige, og de familier, der har deltaget i den udvidede sundhedsplejerskeordning, ringer oftere end ellers til sundhedsplejerskerne med deres spørgsmål. Den øgede tilgængelighed og den ekstra tilstedeværelse forbedrer kontakten til forældrene og øger forældrenes kendskab til og opmærksomhed på sundhedsplejerskernes kompetencer, hvilket potentielt kan give et udvidet rum for forebyggelse. Herudover bliver forældrene bedre til at se deres barn, og forældrenes selvtillid og tro på sig selv øges. Sundhedsplejerskerne oplever, at familierne med de ekstra besøg er mere åbne over for dem og oftere fortæller om vanskeligheder.

## Tidlig opsporing og tidlig indsats

Analyserne af datamaterialet viser, at de ekstra besøg, der er indlagt i den udvidede sundhedsplejeordning, giver mulighed for, at sundhedsplejerskerne anvender nogle helt konkrete nye tiltag, der åbner op for en tidlig opsporing af vanskeligheder hos barnet og/eller familien, samt en tidlig indsats, der hjælper barnet/familierne på vej i en retning, der understøtter barnets trivsel og udvikling.

Særligt peger sundhedsplejen på ved afslutning af projektforsløbet, at nogle af ekstrabesøgene har vist sig ekstra centrale i forhold til at forebygge eventuelle vanskeligheder.

Det såkaldte tre måneders besøg betones at have haft meget fokus på samspil mellem forældre.

I forbindelse med især et af de ekstra besøg (tre måneder) viser det sig ifølge sundhedsplejerskerne ofte, hvis forældrene er bekymrede for deres eget forældreskab eller for egen forældreadfærd, eller hvis der er relationelle vanskeligheder forældrene imellem. Dette besøg har givet sundhedsplejerskerne mulighed for at understøtte en god udvikling af forældreskab og forældreadfærd samt forebygge vanskeligheder forældrene imellem, inden de vokser sig større. Sundhedsplejerskerne oplever, at de er med til at forbygge skilsmisser, fordi de også taler med forældrene om forældrroller, sådan at det åbner for, at forældrene kan få talt sammen. Med de ekstra besøg er der tid og rum til at tale om forventninger til parforholdet og forældreskabet. Der er desuden mulighed for at følge op på tidligere vanskeligheder med de ekstra besøg.

Det ekstra fire måneders besøg samler op på søvn, søskende, motorik, sproglig udvikling og giver sundhedsplejerskerne mulighed for at sætte relevant ind ud fra den ekstra viden, de opnår om barnet og familien, inden problemerne vokser sig større. Det er således muligt for sundhedsplejerskerne at opdage og sætte relevant ind med anvisninger til eksempelvis sproglig stimulering, sådan at familien aktivt på et tidligt tidspunkt får mulighed for at justere egen forældreadfærd i en retning, der understøtter barnets udvikling og trivsel, og dermed undgår man, at sproglige vanskeligheder først opdages, når barnet er otte måneder. Fire måneders besøget giver således mulighed for at rette op på områder, der kræver en øget egen-indsats også for flergangsforældre, inden problemerne vokser sig større.

## Named Person

I projektperioden har sundhedsplejerskerne i kraft af deres funktion som Named Person henvist til andre faggrupper, primært til psykologer og den ambulante børneterapi, hvor der er adgang til fysioterapi og ergoterapi. Sundhedsplejerskerne efterlyser

mulighed for at tilbyde vejledende fysio- og ergoterapi, der ikke kræver en egentlig indstilling og at have mulighed for at invitere en fysioterapeut med ud til familierne. Som Named Person har sundhedsplejerskerne været optaget af at skabe overgang til institution. Det har imidlertid vist sig, at det frivillige tilbud om at afholde et års besøg i vuggestuen er blevet fravalgt af familierne til fordel for et besøg i hjemmet.

Overdragelsessamtalen i institutionen, der har til formål at overdrage funktionen af Named Person fra sundhedsplejerskerne til pædagogen, er ikke blevet udfoldet tilstrækkeligt i projektperioden. Formålet med samtalen er ikke blevet formidlet tydeligt til pædagoger og ledere i institutionerne.

I projektperioden har sundhedsplejerskerne opnået et indgående kendskab til familien, og samtalerne med sundhedsplejerskerne i institutionen har bidraget med viden om familien, som ikke ellers var åbenbaret af pædagogen.

I den udvidede sundhedsplejerskeordning har familierne opbygget en tillid og en tryghed til sundhedsplejerskerne. Denne tillid og tryghed antages at have en trygheds-skabende funktion i samtaler i institutionen, når sundhedsplejersken deltager i samtalen, i tilfælde hvor pædagogen har bekymringer i forhold til barnets trivsel og udvikling. Trygheden og tilliden kan have betydning for familiens evne til at indgå i en dialog med det pædagogiske personale om bekymringerne. Dette forudsætter imidlertid, at der er etableret et tillidsfuldt rum imellem forældrene og sundhedsplejerskerne. Dette er imidlertid formentlig mere kompliceret i familier, hvor sundhedsplejerskerne i højere grad indtager en myndighedsfunktion.

... jeg oplever moderen mere tryk ved den samtale, end hvis vi havde haft de der tre måneders samtaler. Hun var meget mere åben, og jeg oplevede egentlig også, at det har smittet lidt af på den måde, vi har snakket sammen efterfølgende.

(Bodil, pædagog)

Det vurderes, at en tidlig tværfaglig samtale og et tidligt tværfagligt samarbejde vil kunne bidrage til en tidlig opsporing af vanskeligheder og kvalificere tidlige indsatser. Herudover angives det, at vejen til en tidlig opsporing og indsats omkring barnet er kortere, når der tidligt er etableret et tværfagligt samarbejde om barnet. Der eksisterer imidlertid enighed om, at samtalen, som den lå i projektperioden, var placeret for sent i barnets vuggestueforløb, og at det vil være mere hensigtsmæssigt, hvis samtalen lå i løbet af tre-fire måneder efter institutionsstart.

Samtalerne i institutionen med deltagelse af både pædagoger og sundhedsplejersker viste sig ligeledes at have barrierer. Det var således vanskeligt ressourcemæssigt at få plads til samtalerne, og der er fremadrettet et behov for ved etablering af ordnin-

gen at medtænke mulige måder at tilføje ressourcer og/eller organisere arbejdet, sådan at der ikke tages tid fra børnegruppen, og sådan at det pædagogiske arbejde i daginstitutionen ikke bliver reduceret til pasning.

## Hvem profiterer særligt af den udvidede sundhedsplejerskeordning?

Sundhedsplejerskerne vurderer, at grupper af udsatte familier (C og D familierne) under alle omstændigheder ville have modtaget ekstra besøg svarende til besøgsprofilen i den udvidede sundhedsplejerskeordning.

De familier, der tilsyneladende klarer sig godt (de såkaldte A og B familier), ville derimod ikke have modtaget besøg svarende til den udvidede sundhedsplejerskeordning. Med den udvidede sundhedsplejerskeordning har der vist sig vanskeligheder i A og B familierne, der ikke ellers ville have åbenbaret sig. Det har givet anledning til indsatser, der løfter trivslen i A og B familier og antages at forebygge, at problemer vokser yderligere. Den udvidede sundhedsplejerskeordning har således vist sig særlig betydningsfuld for A og B familierne.

Det er imidlertid væsentligt at medtænke, at den udvidede ordning rettet mod alle giver mulighed for en ressourceorienteret tilgang, snarere end en mangelorienteret tilgang (til C og D familierne), og at dette åbner op for et bedre udviklingsperspektiv i modsætning til en mangelorienterede tilgang, der virker fastholdende og stigmatiserende.

## Udsatte små børn og deres familier

I det følgende afsnit skal de områder af sundhedsplejens indsatser, der gennem projektperioden har vist sig betydningsfulde i relation til de udsatte familier, betones. Særligt skal der fremhæves *fire centrale områder*, der peger på, hvorledes sundhedsplejens indsatser har vist sig vigtige for små udsatte børn og deres familier i et forebyggende perspektiv:

### 1. Anvendelse af Trivselskortet

Datamaterialet har medvirket til at belyse, at både sundhedspleje og forældre har haft særlig nytte af den såkaldte trivselstest, som sundhedsplejen selv har udviklet forud for projektets opstart. Netop trivselskortet, der har fokus på barnets trivsel og udvikling, har tilsyneladende åbnet for en dialog mellem sundhedspleje og forældre på anden vis end de øvrige faglige redskaber, som sundhedsplejen benytter sig af. Trivsel-

skortet ser ud til at skabe grundlag for samtale og inddrager både barn og forældre, herunder forældrenes perspektiver på barnets trivsel og udvikling – i et mere helhedsorienteret perspektiv. En forsigtig pointe her er, at de mere traditionelle testredskaber fremstår mere kategoriske, mens trivselsredskabet er et dialogisk og bevægeligt redskab, hvor forståelser, oplevelser og perspektiver er til forhandling og diskussion og dermed medvirker til at øge forældrenes egne oplevelser af at have betydning, rådighed og indflydelse på barnets trivsel og udvikling. Sundhedsplejen peger på, hvorledes trivselskortet åbner for dialog med forældrene og er udformet således, at der anlægges et ressourceorienteret fokus på det lille barns trivsel og udvikling, som også forældrene finder brugbare i forståelsen af deres barn.

## **2. Henvisningsmuligheder til andre foranstaltninger**

I projektperioden havde sundhedsplejerskerne adgang til at henvise, og projektets datamateriale belyste, at de henviste særligt til psykologer og til den ambulante børneterapi. Henvisningsbeføjelser åbner for muligheden for at sætte ind med en tidlig og relevant indsats, men mulighederne for henvisninger i projektperioden har indimellem ikke været tilstrækkeligt målrettede. Både forældre og sundhedspleje belyste, hvorledes der er behov for, at denne henvisningsmulighed kan foregå mere smidigt og mere effektivt, og sundhedsplejen peger på, at netop denne mulighed har brug for at få et særligt fokus i de fremadrettede forebyggende indsatser på spæd- og småbørnsområdet.

## **3. Støtte ind i daginstitutionen**

Det vurderes, at overdragelsessamtalen mellem sundhedsplejersken og institutionen kan bidrage til en mere intensiv og målrettet tidlig opsporing og en tidlig indsats. Sundhedsplejerskens deltagelse i samtaler om vanskeligheder kan fungere som tryghedsskabende faktor, hvilket kan betyde, at familien bedre vil være i stand til at lytte og forholde sig til de bekymringer, institutionspersonalet måtte have. Det vurderes med afsæt i projektets resultater, at der i samarbejdet mellem sundhedspleje, dagtilbud og forældre ligger en mulighed for, med afsæt i en tillidsfuld kontakt og samarbejde, at sætte fokus på at forebygge udviklingsvanskeligheder allerede i meget tidlig alder hos barnet. Det vurderes, at en tidlig tværfaglig samtale og et tidligt tværfagligt samarbejde vil kunne bidrage til en tidlig opsporing af vanskeligheder og kvalificere tidlige indsatser. Herudover angives det, at vejen til en tidlig opsporing og indsats omkring barnet er kortere, når der tidligt er etableret et tværfagligt samarbejde om barnet. Der eksisterer imidlertid enighed om, at samtalen, som den lå i projektperioden, var placeret for sent i

barnets vuggestueforløb, og at det vil være mere hensigtsmæssigt, hvis samtalen lå i løbet af tre-fire måneder efter institutionsstart. Samtidig peger projektets resultater på, at dette er ressourcekrævende, og der eksisterer et behov for at kompensere eller organisere sig, sådan at overdragelsessamtalen ikke står i vejen for det pædagogiske tilbud.

#### 4. Ekstra besøg af sundhedsplejen

Resultater knyttet til de såkaldte ekstrabesøg, som er indlagt i projektperioden, viser, at de tidlige ekstrabesøg åbner for en yderligere udvikling af tidlig opsporing og en øget tidlig indsats, der understøtter det lille barns trivsel og udvikling. Sundhedsplejerskerne belyser, hvorledes de oplevede at håndtere familiens vanskeligheder på et tidligt tidspunkt, inden vanskelighederne voksede sig større. Fra forældrenes perspektiv og ståsted i forskningsprojektet viser resultaterne, at forældre generelt er meget glade for og trygge ved sundhedsplejen og oplever at profitere af at blive fulgt tæt af den samme sundhedsfaglige person gennem hele forløbet. Mødre, som har bidraget i forskningsprojektet, indkredser, hvorledes de har en oplevelse af, at der har været tid til dem og mulighed for at kunne skabe en tillidsfuld kontakt til sundhedsplejen, hvor både barnets udvikling såvel som moderens (forældrenes) oplevelser af vanskeligheder kunne drøftes og tages vare på.

#### Forældres oplevelser og erfaringer med sundhedsplejens indsatser i projektforløbet

De 21 forældre, som har deltaget med interview ved projektets påbegyndelse og afslutning, har gennem dataindsamlingen peget på en række oplevelser og erfaringer forbundet til deres liv og til deres nye livssituation med et lille spædbarn. Der er foretaget i alt 34 interviews med 21 familier, henholdsvis ved projektets opstart og afslutning. For de fleste familiers vedkommende var det udelukkende mødrene, der blev interviewet. I enkelte tilfælde deltog fædrene.

Af de 21 familier, der er fulgt særligt tæt i projektperioden, angiver sundhedsplejersken, at 11 af familierne som udgangspunkt ikke er udsatte, og 10 familier ud fra strukturelle eller individuelle parametre kan karakteriseres som udsatte eller som familier, der er i risiko for at blive det. Med afsæt i sundhedsplejens egne parametre for udsathed, er der således tale om både såkaldte *A*, *B* og *C* familier (således som det blev beskrevet i afsnit nr. 1).

Nedenfor er angivet typer af udsathed i de familier, vi har fulgt særligt tæt. Fastsættelsen af udsathed er bestemt på baggrund af den enkelte families egne oplysninger og fortællinger undervejs i interviewperioden og er således ikke indsamlet via sund-



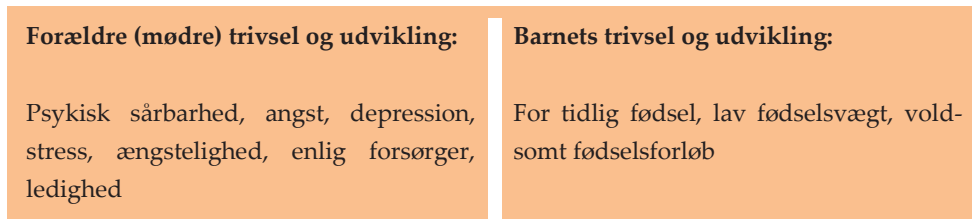
hedsplejens informationer. Begrebet udsathed skal imidlertid ikke anvendes her som en fast eller konstant størrelse, men derimod angive forældrenes egne *periodiske* og *konkrete* oplevelser og erfaringer med vanskeligheder i deres livsforhold og hverdagsliv som forældre til små nyfødte børn. Mathiesen (1999) argumenterer netop for dette bevægelige og periodiske perspektiv i forståelsen af udsathed, der underbygger forældrenes egne oplevelser af at føle sig udsatte i deres livsforhold i en kortere eller længere periode. Nogle familier rummer flere typer af udsathed, mens andre rummer en enkelt type.<sup>11</sup>

Typer af udsathed	Antal forældre
Psykisk sårbarhed	1
Angst	2
Depression	2
Stress	1
Ængstelighed	2
For tidlig fødsel	2
Enlig forsørger	1
Usikkerhed i håndtering af det lille barn	2
Lav fødselsvægt	1
Voldsomt fødselsforløb	2
Ledighed	4

Tabel 1. Fordeling af udsathed

Går vi tættere på forældrenes egne beskrivelser af typer af udsathed, så kan de overvejende inddeles i to kategorier. En kategori der knytter an til barnets trivsel og udvikling, og en kategori der knytter an til forældrenes (mødrenes) trivsel og udvikling.

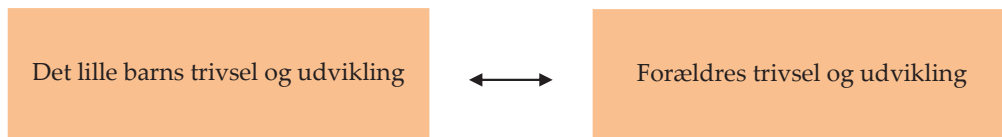
<sup>11</sup> Det er karakteristisk, at vi ikke har fået adgang til data fra familier, der er tilknyttet socialforvaltningens Borgercenter Børn og Unge, og som altså ikke for indeværende modtager særlig støtte.



Figur 15.

Som indkredset tidligere i dansk forskning knyttet til sundhedsplejens indsatser over for små nyfødte og deres forældre (Petersen og Ladefoged, 2015a; Petersen et al., 2017) ses ligeledes med afsæt i interviewforløbene med forældrene, at sundhedsplejens indsatser grundlæggende spænder over *to samtidige og forbundne indsatser*. Indsatser rettet mod barnet og indsatser rettet mod forældrene.

Nedenstående figur vises de to samtidige og forbundne indsatser:



Figur 16.

Dette forhold fremhæves af flere af mødrene gennem interviewforløbene, især ved sidste afsluttende interview. At sundhedsplejens indsatser formelt retter sig mod barnet, men indsatserne i høj grad er en hjælp til forældrene, der så bliver bedre i stand til at håndtere de vanskeligheder, de oplever i deres liv her og nu.

Bemærkelsesværdigt er det, at enkelte A og B familier har berettet om vanskeligheder i forhold til egen forælderrolle, forældrene imellem samt psykiske og praktiske vanskeligheder, som sundhedsplejerskerne ifølge mødrene selv ikke har udvist tilstrækkelig opmærksomhed overfor og hjælp til at håndtere. Mødrenes egen forklaring er, at de fremstod ressourcestærke, og at sundhedsplejerskerne ikke formåede at aflæse deres behov, ligesom de ikke selv formåede at give udtryk for dem på et tidligt tidspunkt.

Forældrenes (mødrenes) egne fortællinger af fødsel, den tidlige spædbarnsperiode såvel som forældre-barn relationen peger på, at en lang række følelser, der træder frem i forbindelse med det lille barns fødsel og tidlige spædbarnsperiode, følelser som ikke nødvendigvis er bundet til familiens manglende forældreevne, men i langt højere grad bundet til en usikkerhed i den tidlige spædbarnsperiode enten i form af konkrete

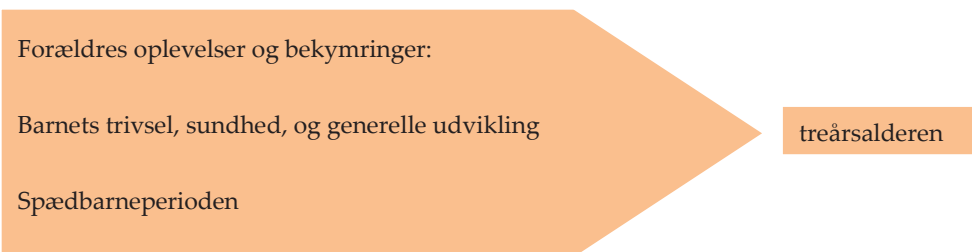
hændelser, fx for tidlig eller voldsomt fødselsforløb eller bundet til barnets trivsel og udvikling.

Ganske interessant er det, at hen over det tidsspænd på cirka 3 år, hvor 21 familier er blevet fulgt, viser det sig, at de forældre, som har deltaget i interviewforløb ved starten af projektet, hvor deres små børn var nyfødte, og ved afslutningen af projektet, hvor deres børn nu er cirka 3 år gammel, oplever, at de vanskeligheder, der udspillede sig for dem, ikke længere opleves aktuelle, bl.a. fordi sundhedsplejerskerne støttede og hjalp med at få taget hånd om vanskeligheder, når de trådte frem i familierne.

Ved projektets afsluttende dataindsamling angiver forældrene (N 13), at deres barn trives. Nogle af forældrene giver udtryk for i perioder at have vanskeligheder med at få deres barn til at falde i søvn. Andre giver udtryk for, at egne psykiske vanskeligheder og vanskeligheder forældrene imellem ikke er eliminerede, men at der er blevet taget hånd om dem enten ved egen hjælp eller ved sundhedsplejerskernes henvisninger, sådan at de ikke er vokset, men snarere er formindskede.

Især det forhold at være blevet fulgt "tæt" af sundhedsplejen, og at det var den samme sundhedsplejerske gennem hele den tidlige spædbarnsperiode, trækkes frem af forældrene som afgørende for, at problemer ikke voksede, men derimod blev håndteret og reduceret.

I nedenstående figur illustreres denne reducere i forældrenes oplevelser af problemer og bekymringer knyttet til deres barns trivsel og udvikling.



Figur 17.

## Børnene i projektet

Dette afsnit har til formål at afdække viden om børnene i projektet, deres trivsel og udvikling. Har sundhedsplejerskeordningen bidraget til, at vanskeligheder omkring børnene er blevet taget hånd om i tide? Er der vanskeligheder, der ikke er blevet taget hånd om, eller er vanskelighederne uændrede? Viden der præsenteres i dette afsnit stammer fra data fra interviews med familierne og fra fokusgrupeinterviews med sundhedsplejerskerne.

Sundhedsplejerskerne selv angiver, at de med den udvidede besøgsplan og deres Named Person funktion, der gav nem adgang til henvisning til andre fagpersoner, havde mulighed for at sætte ind med en tidlig og målrettet indsats, sådan at vanskelighederne ikke nåede at vokse sig større.

Analyse af interviews med mødrene i de 21 familier, der har modtaget den udvidede besøgsplan, indikerer, at sundhedsplejerskerne yder indsatser rettet mod specifikke vanskeligheder, samt at familierne oplever, at det er trygt at vide, at sundhedsplejerskerne er tilgængelige via telefon og på ugentlig basis til åbent hus arrangementer. Derudover bidrager sundhedsplejerskerne til at støtte og legitimere forældreadfærd, sådan at forældrenes tiltro til deres egen forælderevne styrkes, og desuden bidrager sundhedsplejerskerne til at støtte og udvikle familierelationer og dynamikker, herunder forælderroller, søskenderelationer og relationer forældrene imellem.

Forældre, der modtager den udvidede besøgsplan, oplever at "blive fodret" af sundhedsplejerskerne med informationer, der imødekommer aktuelle behov, og som tager udgangspunkt i sundhedsstyrelsens anbefalinger, sådan at familierne ikke behøver at søge informationer andetsteds, hvilket betyder, at sundhedsplejerskerne har en stor betydning for en familierettet og kontekstualiseret informationsformidling.

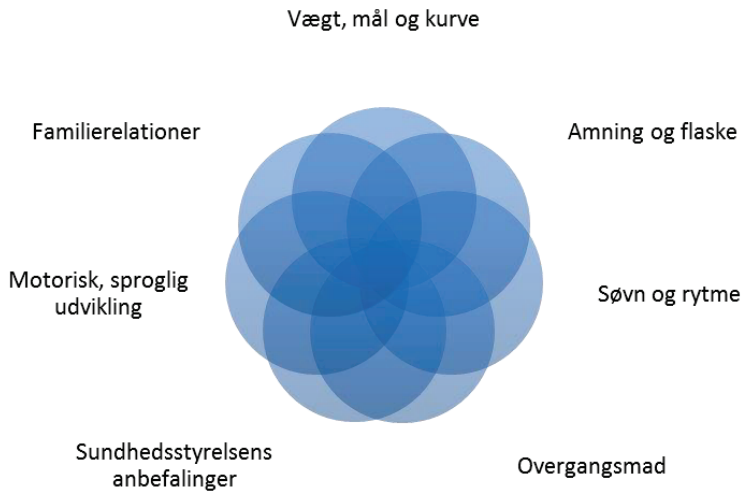
## Sundhedsplejerskernes indsatser

Af indsatser rettet mod specifikke vanskeligheder har flest af de interviewede mødre tilkendegivet at have haft et stort og afgørende behov for indsatser rettet mod amning. Indsatser knyttet til amning lægger sig i den første barselsperiode, og de tidlige hyppige sundhedsplejerskebesøg understøtter dette behov.

Det har generelt været trygt for forældrene at blive bekræftet i, at børnene tog planmæssigt på i vægt. Også dette harmonerer godt med mange hyppige besøg tidligt i barselsperioden.

Herudover udtrykker familierne, at de har modtaget relevant hjælp i forhold til søskende, overgangsmad, motorisk og sproglig udvikling.

De indsatser, familierne angiver at have modtaget, er afbilledet i nedenstående figur.



Figur 18.

... Jeg har også så sent som sidste fredag, ringet og snakket med hende (sundhedsplejersken) og fået sådan en ro i maven i forhold til lige at få nogle ting bekræftet, som jeg havde sådan en ide om kunne være en rigtig vej at gå i forhold til... (Sally, mor, 36 år)

De forældre, der har haft et ophold på et barselshotel eller lignende pga. ammevanskeligheder, giver i stor udstrækning udtryk for, at det sundhedspersonale, de har mødt i hospitalsregi, har været meget optagede af at understøtte amningen for enhver pris, og flere oplever sig udmattede i forsøget på på den ene side at få etableret amningen og på den anden side at sikre, at barnet får tilstrækkeligt med næring. Disse familier giver udtryk for, at der i hospitalsregi er en overbetoning af amningens betydning og et fokus, der primært er rettet mod barnet uden at medtænke familien. De udtrykker en lettelse i mødet med sundhedsplejerskerne, der bidrager med et mere helhedsorienteret blik på amningen, der tager udgangspunkt i hele familien.

Vi syntes ikke, at det var rart at være på hospitalet. Vi havde heller ikke lyst til at tage hjem.

Det var rart, at der var nogen, der bakkede det op, der var vores ønske. Vi syntes, at han skulle have noget (modermælkserstatning). Vi havde en fornemmelse af, at han ikke fik nok. (Susan, mor, 40 år)

## Vanskeligheder der ikke er blevet taget hånd om

Enkelte familier oplevede, at amningen fungerede godt, og at der ikke var bekymringer knyttet til vækst. I de tilfælde, hvor behovet for sundhedsplejersken opstod efter 4. måned, hvor hyppigheden af sundhedsplejerskens besøg er mindsket, er der iblandt de 21 familier, vi fulgte særligt tæt, specifikke vanskeligheder, der ikke er blevet taget tilstrækkelig hånd om. Det drejer sig således om søvnproblemer og vanskeligheder i forhold til at få etableret en rytme fx i perioden 4-8 måneder eller omkring to års alderen, hvor sundhedsplejersken kun som udgangspunkt tilbyder ganske få besøg.

Der er således behov for en sundhedsplejerskeordning, der også medtænker tilgængelighed ud over de første fire måneder, hvor besøgene ligger særligt tæt, fordi familier med problematikker, der opstår efter de første fire måneder, ikke nødvendigvis rækker ud efter hjælp.

Så kunne jeg have taget ind på xx (til sundhedsplejerske-cafe). Det har jeg bare ikke fået gjort. Der kunne jeg godt have brugt... Der var ikke to dage der var ens. Så der kunne jeg godt have brugt én. (Mette, mor, 37 år)

Der er ligeledes et behov for en større opmærksomhed på vanskeligheder hos ressourcestærke A og B familier. Der er således eksempler på vanskeligheder hos A og B familier, der ikke er blevet taget tilstrækkeligt hånd om på et tidligt tidspunkt, formentlig fordi sundhedsplejersken overvurderede familien og/eller undervurderede de vanskeligheder familien havde.

## Ressourceorienteret tilgang

... man har måske mere behov for at sige ja, det kan han (barnet) ikke, men så kan han da så meget andet... selvfølgelig er det da klart, at hvis en sundhedsplejerske spotter nogle ting, så skal hun sige det. Jeg synes bare ikke, at det skal overspilles. Min kæreste syntes da, at hun var meget sød, men han syntes også, at hun var lidt irriterende... Det var fint, at hun kom forbi engang imellem, og så kunne vi tage det hun sagde med et gran salt. ... () oplevede at hun igen kom med en del forslag til ting, vi kunne gøre anderledes. (Maja, mor, 28 år)

De fleste familier har givet udtryk for, at sundhedsplejerskeforløbet har fungeret godt, at de er blevet løftet og har modtaget den hjælp, de har haft brug for på en måde, hvor familien har haft råderum til at vælge den løsning, der passede dem bedst med tiltro til deres egen dømmekraft. Enkelte familier har imidlertid oplevet forløbet som præget af

en mangelfokuseret tilgang, snarere end en ressourceorienteret tilgang, og giver ikke udtryk for den samme tillid og entusiasme som de øvrige. Familier med den type oplevelse giver udtryk for, at sundhedsplejerskernes råd snarere opfattes som utidig indblanding, som de i nogle tilfælde ikke mente at kunne bruge, og/eller som de valgte at se helt bort fra.

Så det spillede måske nok ind på vores billede af hende, at hun havde den der fejl-finder-tilgang... jeg er ikke i tvivl om, at hun havde en rigtig stærk faglighed som sundhedsplejerske, så jeg lyttede stadig til de ting hun sagde... På den måde var jeg helt tryk ved hendes råd. Det var bare ikke sikkert, at jeg ville følge dem alle sammen. (Camilla, mor, 36 år)

## Named Person

De 21 familier, vi har fulgt ekstra tæt, betoner kemien med sundhedsplejerskerne og sundhedsplejerskernes personlige og faglige kompetencer. Data peger desuden på, at sundhedsplejerskernes mulighed for at henvise til andre instanser både er betydningsfuld og mangelfuld, fordi sundhedsplejerskerne kan bidrage til, at der sættes tidligt og målrettet ind med relevante indsatser, og omvendt fordi de tilbud, sundhedsplejerskerne henviser til, i nogle tilfælde ikke matcher familiens behov tilstrækkeligt. Der er således behov for mere målrettede tilbud i viften af henvisningsmuligheder. Eksempelvis oplevede en mor med efterfødselsreaktioner at blive henvist til et forløb hos en børnepsykolog uden viden om og erfaring med efterfødselsreaktioner, og en anden mor, der på grund af et personligt tab blev henvist til en psykolog, kunne ikke tilbydes et forløb, fordi moderen ikke var målgruppen for forløbet.

Det tilbud om henvisning, som flest af de interviewede mødre har afvist, fordi de ikke har kunnet identificere sig med målgruppen, har været en gruppe for sårbare mødre. Alternativt er mødrene blevet henvist til individuelle psykologforløb, som de fleste har taget imod.

I relation til overgangssamtalen i institutionen oplevede familierne for de flestes vedkommende, at samtalen med pædagogen og sundhedsplejersken var berigende. Familierne oplevede, at det var trygt og rart, at sundhedsplejerskerne deltog i samtalen, fordi sundhedsplejersken bidrog med perspektiver, der supplerer pædagogernes tilgang til barnets trivsel og udvikling. Herudover oplevede familierne, at sundhedsplejerskerne kunne kvalificere og understøtte familiernes eget blik på barnets udvikling og trivsel og familiens forhold.

De familier, der indgår i projektet, giver udtryk for, at kontinuitet i sundhedsplejeordningen har en betydning, og at der således i videst muligt omfang bør tænkes i

sammenhæng og kontinuitet i sundhedsplejerskens arbejde med den enkelte familie, sådan at det er den samme sundhedsplejerske, der varetager kontakten med familien i flerbørnsfamilien, at der er sammenhænge mellem sundhedsplejersken i skolen og i hjemmet, og at der er kontinuitet i graviditetsbesøg og barselsbesøg.

### **Betydningen af en indsats der er for alle**

Med den udvidede sundhedsplejerskeordning tilbydes alle besøg til alle familier. Der er således ikke som udgangspunkt familier, der udvælges til ekstrabesøg ud fra et såkaldt mangelsyn på familiens ressourcer. Det har stor betydning, at alle tilbydes lige mange besøg med en udvidet besøgs pakke, fordi de ekstra besøg ikke opleves som stigmatiserende og dermed som fastholdende.

Ved at tilbyde den udvidede besøgs pakke til alle familier undlader man således at fastholde familier i en udsat position, men giver rum til en ressourceorienteret tilgang, der giver udsatte familier mulighed for at udvikle sig i retning af en mindre udsat position, ligesom det giver mulighed for at løfte trivslens i alle familier, også familier der ikke som udgangspunkt opfattes som udsatte.

... så skulle det være noget særligt (med ekstra besøg) og det lys har man måske heller ikke altid lyst til at kaste på sig selv. (Josefine, mor, 39 år)



## Opsamling på analyse

Resultaterne fra analyse af datamaterialet, som er indsamlet over en periode på tre år, medvirker til indledningsvist at indkredse følgende centrale fund:

- At sundhedsplejen gennem ekstrabesøg oplever, at de får mere tid i familierne, en tid der bruges til at støtte og hjælpe forældre og barn, og som vurderes at forebygge, at vanskeligheder udvikler sig og bliver belastende for barn og/eller forældre.
- Sundhedsplejen peger endvidere på, at den såkaldte Named Person skaber grundlag for en tæt og tillidsfuld kontakt med familierne og skaber grundlag for et udvidet samarbejde med daginstitutionerne.
- Sundhedsplejens egne notater om børn og familier fulgt gennem den treårige periode medvirker til at indkredse en række problemstillinger hos familierne, hvor de typiske problemstillinger knytter an til vanskeligheder forbundet med amning samt trivsel og udviklingsvanskeligheder hos barnet.
- At sundhedsplejens indsatser er centrale for udsatte familier, der profiterer af både ekstrainsatser, tæt dialog og samarbejde, såvel som muligheden for at udvide samarbejdet til også at omfatte daginstitutionen og det pædagogiske personale

Videre har analysen af det indsamlede datamateriale medvirket til at indramme forældrenes oplevelser af deres barn, deres livsforhold samt sundhedsplejens indsatser igennem projektperioden.

Fra baseline får vi viden om forældre (mødre), der i høj grad har mange sociale, emotionelle og økonomiske ressourcer til at håndtere graviditetsforløb, fødsel og den tidlige spædbarnsperiode. Baselineindsamlingen af data har ikke fulgt familierne hen over en treårig periode, således som det er blevet gjort i projektperioden, og baseline giver derfor primært et såkaldt øjebliksbillede af de 9 familier, som bidrog med interview. Samlet peger baselineinterview dog på, at de interviewede familier oplever sundhedsplejen som en faglig dygtig og tillidsskabende indsats.

De ekstra besøg giver mulighed for at tale om og sætte relevant ind i forhold til vanskeligheder og bekymringer omkring barnets trivsel og udvikling. Herudover giver de ekstra besøg mulighed for at tale om forældreskab, forældreadfærd og vanskeligheder forældrene imellem. Sundhedsplejerskerne får dermed mulighed for at sætte ind,

inden vanskelighederne vokser sig større. De familier, der har været fulgt tæt i projektforløbet, beretter således om problemstillinger, der er trådt frem, som sundhedsplejen har medvirket til at håndtere.

Sammenfattende peger analyserne af datamaterialet på følgende:

De tidlige ekstrabesøg åbner således op for en udvikling af tidlig opsporing og en tidlig indsats, og de understøtter barnets trivsel og udvikling.

Den udvidede sundhedsplejerskeordning rummer elementer, der bidrager til at løfte barnets trivsel og udvikling. En indsats rettet mod alle giver mulighed for at løfte trivslen i alle familier med en ressourceorienteret tilgang, der lægger op til udvikling og trivsel, snarere end at virke fastholdende og stigmatiserende.

Datamaterialet viser, at anvendelsen af trivselskortet og de tre ekstra besøg bidrager til sundhedsplejerskens øgede kendskab til familien, en mere dialogisk og involverende tilgang samt mindre usikkerhed og mere selvsikkerhed i forælderrollen. Trivselskortet lægger op til et fælles refleksionsrum forældre og sundhedsplejerske imellem, der giver mulighed for at øge forældrenes viden om barnets udvikling og trivsel, øge sundhedsplejerskernes viden om familien samt løfte barnets trivsel. Det fælles refleksionsrum kan ligeledes bidrage til, at forældrene opnår øget tiltro til egne vurderinger.

Forældrene oplevede, at den udvidede sundhedsplejerskeordning særligt bidrog til at bekræfte, at barnet trives, hvilket giver forældrene en øget oplevelse af tryghed. De ekstra besøg betyder, at samtaler om trivsel og udvikling, der ikke ellers ville være opstået, finder sted. De ekstra besøg forbedrer kontakten til familien, og sundhedsplejerskerne oplever, at forældrene er mere åbne overfor dem, og at de i højere grad fortæller om vanskeligheder. Sundhedsplejerskerne oplever at kunne gå dybere i deres samtaler med familierne, og at de modtager flere opkald fra familierne.

I projektperioden havde sundhedsplejerskerne adgang til at henvise, og de henviste særligt til psykologer og til den ambulante børneterapi. Henvisningsbeføjelser åbner for muligheden for at sætte ind med en tidlig og relevant indsats, men der peges i datamaterialet på, at mulighederne for henvisninger indimellem ikke har været tilstrækkeligt målrettede.

Det vurderes, at overdragelsessamtalen i institutionen kan bidrage til en tidlig opsporing og en tidlig indsats. Sundhedsplejerskens deltagelse i samtaler om vanskeligheder kan fungere som tryghedsskabende faktor, hvilket kan betyde, at familien bedre vil være i stand til at lytte og forholde sig til de bekymringer, institutionspersonalet måtte have.

Overdragelsessamtalen er imidlertid ressourcekrævende, og der eksisterer et behov for at kompensere eller organisere sig, sådan at overdragelsessamtalen ikke står i vejen for det pædagogiske tilbud.

Opsummerende kan det tilføjes, at sundhedsplejerskerne håndterede familiens vanskeligheder på et tidligt tidspunkt, sådan at vanskelighederne ikke har vokset sig større.

Den udvidede sundhedsplejerskeordning rummer potentiale til en såkaldt ressourceorienteret tilgang til barnet og familien, der understøtter en positiv udvikling, snarere end en mangelfokuseret, stigmatiserende og fastholdende tilgang. Trivselskortet kan benyttes som et redskab til at anvende en ressourceorienteret tilgang, der tager udgangspunkt i en samtale om forældrenes oplevelser af barnet, snarere end sundhedsplejerskernes, hvilket lægger op til en ressourceorienteret tilgang til barnets trivsel, der mindsker betoningen af sundhedsplejerskernes myndighedsfunktion. Trivselskortet lægger således op til et udviklingsperspektiv præget af tillid til familien og dens ønske om at gøre det bedste for barnet.

## Konklusion og fremadrettede anbefalinger

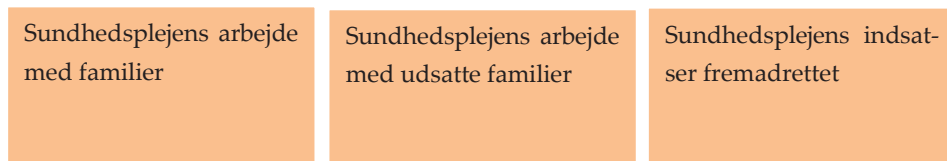
Formålet med forskningsprojektet knyttet til sundhedsplejens ekstra indsatser er at følge, udforske og evaluere, måder hvorpå sundhedsplejens særlige indsatser – den såkaldte ekstrabesøgs pakke – kan antages at have betydning for små børns trivsel og udvikling såvel som på familiens trivsel som helhed.

Selve projektperioden har omfattet en såkaldt udvidet sundhedsplejeordning:

I den udvidede sundhedsplejeordning i udvalgte by- og boligområder i København har sundhedsplejerskerne haft en besøgsprofil, der rummer tre-fire ekstra besøg, herunder et tre måneders besøg, et fire måneders besøg, der er ekstra for flergangsfamilier samt et etårsbesøg. Herudover er der indlagt screeningsredskab samt en såkaldt Named Person, der arbejder ud fra, at det er den samme sundhedsplejerske, der følger den enkelte familie gennem hele spæd- og småbørnsperioden. Endvidere er der indlagt en såkaldt overdragelsessamtale mellem sundhedspleje, forældre og pædagoger i daginstitution.

Forskningsprojektet har igennem projektperioden fulgt sundhedsplejen i de inddragede by- og boligområder i København samt forældre og deres små børn. Projektet har arbejdet med at udforske tre samtidige og gensidigt forbundne spor i forskningsperioden.

I projektets spor nr.1 blev sundhedsplejen i København fulgt i deres arbejde i 90 familier, fra første hjemmebesøg og til barnet er 2 ½ år gammelt. I projektets spor nr. 2 blev der sat et særskilt fokus på sundhedsplejens indsatser i relation til udsatte familier, mens projektets spor nr. 3 har haft fokus på at indfange viden om sundhedsplejen, der fremadrettet kan medvirke til at udvikle sundhedsplejens praksis. De tre spor i projektforsløbet illustreres i nedenstående figur:



Figur 19.

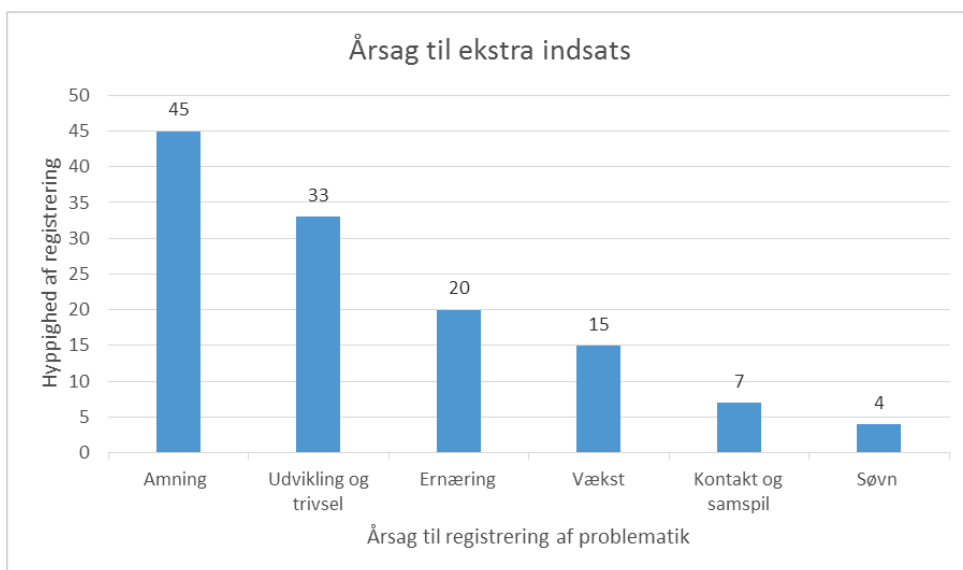
Med afsæt i de tre samtidige spor har forskningsprojektets analysestrategiske forskningsspørgsmål udforsket, hvorvidt der via sundhedsplejen kan indfanges særlige indsatser rettet mod børn og familier, som har betydning for små børns sociale, emotionelle og kognitive udvikling, samt hvordan disse indsatser i et fremadrettet forebyggende perspektiv har betydning for spæd- og småbørnsfamilier.

I relation til forskningsprojektets første spørgsmål kan der for nuværende samles op på, at det er muligt at indfange særlige indsatser i sundhedsplejens arbejde, som har betydning for små børns sociale, emotionelle og kognitive udvikling. Projektets resultater viser, hvorledes en ekstra tilrettelagt indsats i form af øget hjemmebesøg medvirker til, at sundhedsplejen oplever en tættere kontakt til familierne, og at denne tættere kontakt i høj grad anvendes til at forebygge eventuelle vanskeligheder hos det lille barn og/eller i familierelationerne. Den såkaldte udvidede besøgsplan, som sundhedsplejerskerne har arbejdet ud fra i en nu treårig periode, har således åbnet for, at sundhedsplejerskerne selv oplever at have mere tid i de enkelte familier og flere muligheder for at følge familierne tæt igennem et længere forløb. Flere eksempler fra både sundhedsplejen og forældre i projektforsløbet har belyst, hvorledes opståede bekymringer i spædbørnsfamilier håndteres mellem sundhedspleje og forældre og dermed mindsker bekymringerne eller reducerer de vanskeligheder, der sættes fokus på. Reduceringen af bekymringer er særligt trådt frem i analysen af datamaterialet i forbindelse med interview med forældre, der medvirker til at indramme, hvorledes forskellige bekymringer i relation til det lille barns udvikling mindskes gennem sundhedsplejens tætte kontakt med familierne. En kontakt der baseres på tillid til sundhedsplejen og en oplevelse af, at sundhedsplejen er faglig dygtig. Bekymringerne afhjælpes gennem samtaler og tages hånd om hurtigt, hvilket forudsætter fleksibilitet fra sundhedsplejens side. Flere forældre har undervejs i forløbet således oplevet at kunne kontakte deres sundhedsplejerske og få drøftet bekymringer, og at der var relativt kort tid mellem de forskellige besøg, hvilket betød, at familierne havde oplevelsen af ikke at skulle gå rundt og bekymre sig for længe.

Indsamling af sundhedsplejens notater over den treårige periode indkredser en række såkaldte temaer, som er dem der hyppigst er optrådt i de inddragede familier. Det hyppigste tema, som sundhedsplejen oplever i deres arbejde, er vanskeligheder forbundet til amning. Dette tema angives at være det, der fylder mest hos flest spædbørnsfamilier og ligeledes er den indsats, som sundhedsplejen i de første tre-fire måneder af barnets levetid bruger mest tid på at støtte forældrene med. Det andet tema, der er trådt særligt frem, er såkaldte trivsels- og udviklingsvanskeligheder hos det lille barn.

Netop dette tema medvirker til at indfange, hvorledes sundhedsplejens arbejde i et bredt omfang også handler om andet og mere end barnets fysiske sundhed, idet trivsels- og udviklingsvanskeligheder også kan omfatte det lille barns emotionelle og sociale udvikling. At sundhedsplejens arbejde også inddrager det lille barns emotionelle og sociale udvikling er på ingen måde et nyt fokus og er ligeledes belyst i ministeriets retningslinjer for sundhedsplejens arbejde (se Sundhedsministeriets retningslinjer, 2015), men i nærværende sammenhæng er det gennem analyserne af datamaterialet, særligt i forhold til forældrenes egne oplevelser af, hvilke indsatser sundhedsplejen har støttet familierne med, trådt tydeligt frem.

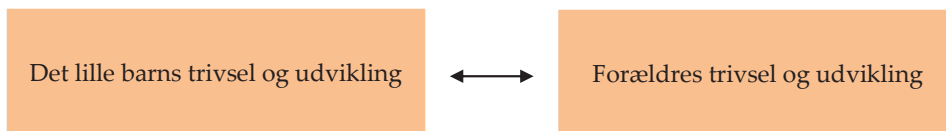
Nedenstående figur nr. 20 belyser fordelingen af de typer af årsager, som sundhedsplejen selv har indkredset gennem projektperioden som værende årsager til ekstrainsatser i familierne



Figur 20.

De indsamlede fund i forskningsprojektet medvirker til for alvor at sætte fokus på sundhedsplejen som en tidlig forebyggende indsats i velfærdsstaten, en indsats der er tilrettelagt som en såkaldt primær forebyggende indsats (Petersen, 2017). Forebyggelsesindsatsen viser sig på flere forbundne områder, idet datamaterialet indkredser, hvorledes indsatser så at sige bevæger sig hen over både barn og familie – ofte på en og samme tid.

Nedenstående figur viser de to samtidige og forbundne indsatser:



Figur 21.

Ovenstående figur illustrerer, hvorledes de sundhedsfaglige indsatser både har fokus på det lille barn og på barnets forældre. I et internationalt perspektiv er denne dobbelte indsats på ingen måde ny viden i relation til sundhedsplejens indsatser. Adskillige studier har således indfanget, hvorledes det sundhedsfaglige arbejde med forældre (ofte mødre) i form af hjælp og støtte til amning, hjælp til at forstå barnets adfærd, trivsel og udvikling samt støtte til forældre i forhold til rytmer og rutiner vedr. søvn, mad, og aktiviteter er indkredset og medvirker til også at indfange, hvorledes tillid mellem forældre og sundhedspleje er afgørende for forældrenes oplevelser af den sundhedsfaglige indsats. I nærværende sammenhæng lægger forskningsprojektets fund sig op ad den internationale forskning og viden på området og indkredser, hvorledes *måden, hvorpå sundhedsplejen møder og deltager* i spæd- og småbørnsfamiliers hverdag, får betydning for, hvordan forældrene tager imod sundhedsplejens indsatser. Jo højere grad af tillid der er til stede mellem forældre og sundhedspleje, i jo højere grad kan sundhedsplejens faglige viden bringes i spil.

I relation til sundhedsplejens indsatser, eksplicit rettet mod udsatte børn og deres familier, peger projektets resultater på at både forældre og sundhedspleje oplever den tidlige indsats som både vigtig for barnet, såvel som for forældrene (moderen). Både mødre og sundhedspleje, indkredser hvorledes den tætte kontakt med den samme person over en tre-årig periode giver oplevelsen af tryghed og tillid, og mulighed for at problemer og bekymringer kan drøftes grundigt og tages hånd om. Projektets resultater peger ligeledes på at anvendelse af det såkaldte trivselskort, som er udviklet af sundhedsplejen, er en mere nuanceret form for testmetode, der inddrager forældrene aktivt i vurderingerne af barnets trivsel, og samtidig anlægger et mere ressourceorienteret blik på både barn og forældre. Endvidere peges på betydningen af samarbejde med daginstitution og pædagoger, såvel som henvisningsmuligheder til andre foranstaltninger, som vigtige for udsatte forældre og deres små børn.

Datamaterialet har ligeledes medvirket til at belyse, at både sundhedspleje og alle forældre har haft særlig nytte af den såkaldte trivselstest, som sundhedsplejen selv har udviklet forud for projektets opstart. Netop trivselskortet med fokus på barnets trivsel og udvikling har tilsyneladende åbnet for en dialog mellem sundhedspleje og forældre

på anden vis end de øvrige faglige redskaber, som sundhedsplejen benytter sig af. Trivselskortet ser ud til at skabe grundlag for samtale og inddrager både barn og forældre, herunder især forældrenes perspektiver på barnets trivsel og udvikling – i et mere helhedsorienteret perspektiv. En forsigtig pointe her er, at de mere traditionelle testredskaber fremstår mere kategoriske, mens trivselsredskabet er et dialogisk og vægeligt redskab, hvor forståelser, oplevelser og perspektiver er til forhandling og diskussion og dermed medvirker til at øge forældrenes egne oplevelser af at have betydning, rådighed og indflydelse på barnets trivsel og udvikling.

Helt afgørende viser projektets data, at sundhedsplejen er en grundlæggende og integreret del af forældres og små nyfødte børns liv. Der er ingen forældre, der stiller spørgsmålstejn ved, om de skal modtage sundhedsplejen i deres hjem, og ingen forældre, der vurderer, at de ikke har brug for sundhedsplejens indsats i relation til deres barns trivsel og udvikling. Dette kan forekomme som en anelse banal konklusion, men er til gengæld relevant at pege frem fra analyserne af datamaterialet, idet sundhedsplejen jo er et tilbud til alle familier, et tilbud der kan vælges til eller fra, men som tilsyneladende er så integreret i den danske velfærdsstats primære forebyggelsesindsatser, at forældre slet ikke stiller spørgsmålstejn ved denne indsats, men til gengæld oplever den som *grundlæggende nødvendig* i de første 2-3 år af barnets levetid. Der træder dog nuancer frem i denne konklusion, idet baselineundersøgelsen viste konturer af forældre (mødre), som valgte flere forskellige tilbud og muligheder til, udover sundhedsplejen, mens alle forældrene, som deltog i selve projektet, anvendte sundhedsplejen som en grundlæggende og primær indsats. En af forklaringerne på denne forskel mellem henholdsvis mødrene fra baselinegruppen og mødrene fra projektgruppen kan formodentligt indkredses i forhold til, at det primært var mødre fra den såkaldte type A gruppe, der udgjorde baselinegruppen. Type A gruppen er sundhedsplejens (og Københavns Kommunes) egen inddeling, og viser hen til gruppen af ressourcestærke forældre, hvor børnene udvikler sig uden vanskeligheder. I selve projektgruppen er der imidlertid også forældre fra type B og C grupperingen og dermed øges også nuancerne i behov for indsatser i familien.

Skalaen for udsathed bevæger sig fra den ene ende (A), hvor barnet udvikler sig almindeligt. I denne ende af skalaen er forældreomsorgen god, og der søges rådgivning omkring eventuelle vanskeligheder, som efterfølgende håndteres i familien. I den anden ende af skalaen (D) er barnet udsat for langvarig og tung belastning og udvikler sig i en dårlig retning. Forældrenes omsorg er reduceret i en sådan grad, at de ikke længere magter belastningerne i familien. Vanskelighederne i familien kræver særlige ressourcer og bistand udefra.



En anden forskel mellem baselinefamilier og projektfamilier, der her afslutningsvis skal trækkes frem, er, at baselinefamilierne i interviewforløbene beskriver, hvorledes sundhedsplejen primært er blevet anvendt, når og hvis forældrene har været bekymret for deres barns trivsel og udvikling. Typisk har disse familier benyttet en flerhed af tilbud og indsatser, men hvis der for alvor blev bekymring, så blev sundhedsplejen kontaktet, da det er dem, der opleves at have den særlige faglige viden, som ingen andre besidder. I projektfamilierne træder dette forhold anderledes frem, idet sundhedsplejen her tilsyneladende i langt højere grad har udgjort et *sundhedsfagligt fundament* for familierne i den tidlige spædbarnsperiode. Hvordan denne forskel kan forklares, kan formodes at handle om, at baselinefamilierne kun deltog med et enkelt interview, hvor deres oplevelser med sundhedsplejen tog afsæt i et retrospektivt perspektiv, dvs. bagudskuende, mens projektfamilierne blev interviewet, da de startede i projektforsøget med deres små nyfødte børn, dvs. *her og nu*, og blev fulgt undervejs, samt i et afsluttende interview, og samtidig netop modtog en række ekstrainsatser; den samme sundhedsplejerske gennem hele projektperioden, en lang række ekstrasøg, samt ekstra test, og en overleveringsamtale mellem sundhedspleje, forældre og daginstitution. Projektfamilierne har således oplevet og erfaret, hvordan sundhedsplejen kan træde ind gennem hjemmebesøg med mere tid til samtale omkring barnet og omkring familiens situation som helhed, og forældrene, der har deltaget i projektet, har i høj grad taget imod dette tilbud. Der er således ingen af de involverede forældre i projektperioden, der uanset årsager har valgt sundhedsplejen fra, selvom det jo som bekendt er et såkaldt frivilligt tilbud. Snarere tværtimod ser resultaterne fra projektets datamateriale ud til, at forældrene oplever sundhedsplejens ekstrainsatser som meget væsentlige, uanset hvilken typeinddeling de hører ind under. Et helt centralt fund er derfor også at pege på, at det ser ud til, at alle familier, også dem der ikke karakteriseres som særligt sårbare eller særligt udsatte, profiterer af den sundhedsfaglige indsats, men at det i langt højere grad må betones, at sundhedsplejens indsatser bruges *forskelligt* af de *forskellige* familier.

Sammenfattende kan der konkluderes en række centrale fund:

Knyttet til de såkaldte ekstrasøg, som er indlagt i projektperioden, viser resultaterne, at de tidlige ekstrasøg åbner for en yderligere udvikling af tidlig opsporing og en øget tidlig indsats, der understøtter det lille barns trivsel og udvikling.

Til ovenstående fund knytter sig særligt et fokus på sundhedsplejens betydning for udsatte familier, hvor netop de ekstra indsatser har medvirket til at reducere både forældrenes og sundhedsplejens oplevelser af bekymringer for den enkelte families trivsel og udvikling.

Særligt det såkaldte trivselskort, som er udviklet af sundhedsplejen, og som er blevet anvendt som et metodiske redskab imellem sundhedspleje og forældre i relation til vurdering af det lille barns trivsel, trækkes frem som et fagligt redskab, der både er brugbart for sundhedspleje og for forældre. Sundhedsplejen peger på, hvorledes trivselskortet åbner for dialog med forældrene og er udformet således, at der anlægges et ressourceorienteret fokus på det lille barns trivsel og udvikling, som også forældrene finder brugbare i forståelsen af deres barn.

Forældrenes perspektiver i projektperioden har medvirket til at indkredse, at forældrene har oplevet en øget tryghed i forhold til de hyppigere besøg af sundhedsplejersken. Således oplevede de interviewede forældrene, at den udvidede sundhedsplejerskeordning særligt bidrog til at bekræfte, at barnet trives, hvilket gav forældrene en øget oplevelse af tryghed.

En tilsvarende oplevelse belyses af sundhedsplejen ved projektets afslutning, hvor der peges på, at de ekstra besøg forbedrer kontakten til familierne, og forældrene opleves generelt som mere åbne, og sundhedsplejen har derfor muligheder for at gå dybere i deres samtaler med familierne.

I projektperioden havde sundhedsplejerskerne adgang til at henvise, og de henviste særligt til psykologer og til den ambulante børneterapi. Henvisningsbeføjelser åbner for muligheden for at sætte ind med en tidlig og relevant indsats, men mulighederne for henvisninger har indimellem ikke været tilstrækkeligt målrettede.

Det vurderes, at overdragelsessamtalen i institutionen kan bidrage til en tidlig opsporing og en tidlig indsats. Sundhedsplejerskens deltagelse i samtaler om vanskeligheder kan fungere som tryghedsskabende faktor, hvilket kan betyde, at familien bedre vil være i stand til at lytte og forholde sig til de bekymringer, institutionspersonalet måtte have.

Overdragelsessamtalen er imidlertid ressourcekrævende, og der eksisterer et behov for at kompensere eller organisere sig, sådan at overdragelsessamtalen ikke står i vejen for det pædagogiske tilbud.

Opsummerende kan det tilføjes, at sundhedsplejerskerne håndterede familiens vanskeligheder på et tidligt tidspunkt, sådan at vanskelighederne ikke har vokset sig større.

## **Anbefalinger til fortsat udvikling af sundhedsplejens indsatser**

På den ene side bevæger perspektivering sig rundt om disse bidrag, og på den anden side præsenterer perspektivering også de forskningsområder, som rapportens analyser har indkredset og fortsat mangler at belyse i relation til sundhedsplejens arbejde med små nyfødte børn og deres familier. Perspektivering bevæger sig således

også rundt om spørgsmål, der rejser sig på baggrund af projektets resultater, og som kalder på at blive udforsket yderligere. Der træder særligt to perspektiver frem, som både er centrale i relation til sundhedsplejens praksis, såvel som for forskningsområdet om helt små børn og deres forældre, herunder også i relation til udsatte småbørnsfamilier:

Det ene perspektiv knytter an til, at netop sundhedsplejens arbejde tilrettelægges forskelligt i landets kommuner. Hver enkelt kommune har således mulighed for med afsæt i lovgivningens retningslinjer at udvikle og tilrettelægge sundhedsplejens arbejde på hver deres måde. På den ene side åbner dette for et utal af forskellige typer af sundhedsplejeindsatser over for små børn og deres familier; gennem hjemmebesøg, tilknytning til familie/sundhedscentre, undervisningsforløb til forældre osv. På den anden side medvirker dette også til, at vi fra et forskningsmæssigt perspektiv mangler en grundlæggende viden om, hvordan sundhedsplejens indsatser er tilrettelagt på landsplan, og herunder også hvilke typer af sundhedspleje indsatser der kan angives at være særligt betydningsfulde for forskellige typer eller grupper af familier. Det andet perspektiv kalder på, at netop resultaterne af det afsluttede forskningsprojekt medvirker til for alvor at sætte fokus på betydningen af tidlige forebyggende sundhedsplejeindsatser, en type af indsatser, hvor begrebet sundhed handler om hele barnets trivsel og udvikling såvel som familiens trivsel og hverdagsliv. Med afsæt i især analyserne af fokusgruppeinterview med sundhedsplejerskerne såvel som de semistrukturerede interviews med forældre træder et sundhedsbegreb frem, som ikke udelukkende fokuserer på mad, søvn og vægtøgning, men som i høj grad også indfanger hele barnets sociale, emotionelle og kognitive udvikling såvel som familiens generelle trivsel og forældre-barn relationen. Når dette perspektiv, som kan synes indlysende, trækkes frem her afslutningsvis, er det netop fordi, det empiriske materiale har medvirket til at indkredse, hvordan og på hvilke måder sundhedsplejen arbejder med "hele" barnets trivsel og udvikling, og dermed også åbner for, at sundhedsplejen i langt højere grad end traditionelt opfattet må anskues som barnets første møde med det danske skole- og uddannelsessystem, hvor selve grundlaget for barnets trivsel, udvikling og læring understøttes sammen med sundhedsplejen i samarbejde med barnets forældre. Denne forståelse kalder i vidt omfang på mere forskningsbaseret viden, der kan følge forskellige kommuners sundhedsplejeordninger, og forskellige børn og forældre med henblik på at indfange, hvordan sundhedsplejens indsatser har betydning for børns udvikling på længere sigt.

## Fremadrettede anbefalinger til videreudvikling af sundhedsplejeindsatser med afsæt i projektets resultater

- Det anbefales, at sundhedsplejerskeordningen er ens for alle, sådan at sundhedsplejerskerne anlægger en ressourceorienteret tilgang, der giver rum til udvikling og løft af alle familier.
- Derudover anbefales det at lægge et besøg i graviditeten, hvilket i forvejen tilbydes sårbare familier, dels for at hele sundhedsplejerskeforløbet er ens for alle, og også fordi besøget i graviditeten bidrager til et øget kendskab til og en tættere kontakt til familien samt en øget tillid til sundhedsplejersken.
- Det kan ligeledes anbefales at tilbyde en fleksibel model, hvor besøg kan lægges tæt i de første måneder, hvor ammevanskeligheder kræver opmærksomhed, og hvor en tæt kontakt til familien etableres, men med en høj grad af tilgængelighed også i de efterfølgende måneder, på en måde der bibeholder et ressourcefokus.
- Vi vil ligeledes anbefale, at indsatsen rettet mod de såkaldte A og B familier rummer opmærksomhed på de samme problemstillinger som indsatser rettet mod de såkaldte C og D familier, nemlig håndtering af forældreskabet, forælderroller m.m.
- Det anbefales ligeledes at bevare overdragsessamtalen i daginstitutionen med deltagelse af både pædagog og sundhedsplejerske, hvor væsentlig viden om barnet og familien overdrages, og hvor der åbnes op for en tidlig opsporing og en tidlig indsats. Det vurderes mest hensigtsmæssigt at placere samtalen tre måneder efter barnets institutionsstart, hvor barnet er faldet til, institutionen har opnået et kendskab til familien, sådan at væsentlig viden om barnet kan bidrage til en justering af pædagogikken. Det anbefales ligeledes at skabe et rum imellem sundhedsplejerske og pædagog, så de to fagpersoner, der er tæt på barnet, kan drøfte evt. bekymringer.
- Der eksisterer blandt familierne et ønske om en øget digitalisering af sundhedsplejen både i kontakten og i journaliseringen.
- Vi kan ydermere anbefale at øge betoningen af og systematisering af screening af efterfødselsreaktioner hos fædre.
- Herudover anbefales en lettere adgang til fysio- og ergoterapeuter med mulighed for at inddrage dem i et besøg hos familien for at afdække barnets eller familiens evt. behov og i forlængelse deraf som en udkørende ordning.

## Referencer

- Allen, S.F. (2007) Parents' Perception of Intervention Practices in Home Visiting Programs. *Infants & Young Children*, 20(3), 266-281.
- Andersen, I. (1990) *Valg af organisationssociologiske metoder – et kombinationsperspektiv*. København: Forlaget Samfundslitteratur.
- Bakermans-Kranenburg, M.J., van IJzendoorn, M.H., & Bradley, R.H. (2005) Those Who Have, Receive: The Matthew Effect in Early Childhood Intervention in the Home Environment. *Review of Educational Research*, 75(1), 1-26.
- Bernaix, L.W. (2000) Nurses' attitudes, subjective norms, and behavioral intentions toward support of breastfeeding mothers. *Journal of Human Lactation*, 16(3), 201-209.
- Berg-Brodén, M. (1992) Accident in the home among children under five: ethnic differences or social disadvantage? *British Medical Journal*, 296(6634), 1450-1453.
- Bono, K.E., Bolzani Dinehart, L.H., Claussen, A.H., Scott, K.G., Mundy, P.C., & Katz, L.F. (2005). Early intervention with children prenatally exposed to cocaine: Expansion with multiple cohorts. *Journal of Early Intervention*, 27(4), 268-284.
- Bourdieu, P. (2004) *Af praktiske grunde – omkring teorien om menneskelig handling*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bourdieu, P., Passeron, J.-C. (2006) *Reproduktionen – bidrag til en teori om undervisningssystemet*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bourdieu, P. (2005) *Udkast til en praksisteori*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bourdieu, P., Wacquant, L. (2009) *Refleksiv sociologi*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Breen, R., Goldthorpe, J.H. (2001) Class Mobility and Merit. The Experience of two British birth cohorts. *European Sociological Review*, 17(2), 81-101.
- Christiansen, N.F., Petersen, K., Edling, N., & Haave, P. (Eds.) (2006) *The Nordic model of welfare. A historical reappraisal*. Copenhagen: Museum Tusulanum Press.
- Corsaro, W.A. (2005) *The Sociology of Childhood*. (2nd. ed.) Thousand Oaks, CA: Pine Forge Press.
- Crockenberg, S., Leerkes, E. (2000) Infant Social and Emotional Development in Family Context. I: Zeanah, C.H. (Ed.) *Handbook of Infant Mental Health*. New York/London: The Guilford press.
- Dahlkvist, G., Sterky, G. Ivarsson, J. I., Tengvald, K., Wall, S. (1987) Health problems and care in young families – load of illness and patterns of illness behavior. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 5(2), 79-86.

- De Graff et al. (2000) Parental Cultural Capital and Educational Attainment in the Netherlands: A refinement of Cultural Capital Perspective. *Sociology of Education*, 73(2), 92-111.
- DiPrete, T. (2002) Life Course, risks, Mobility Regimes and Mobility Consequences: A Comparison of Sweden, Germany and the United States. *American Journal of Sociology*, 108 ("), 267-309.
- Dreier, O. (2004) *Psykosocial behandling – en teori om et praksisområde*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Duggan, A., Caldera, D., Rodriguez, K., Burrell, L., Rohde, C., Crowne, S.S. (2007) Impact of a statewide home visiting program to prevent child abuse. *Child Abuse & Neglect*, Volume 31, Issue 8, 801-827.
- Esping-Andersen, G. (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Polity Press: Cambridge.
- Georgi, A., Georgi, B. (2003) The descriptive phenomenological psychological method. I: Camic, P., Rhodes, J., Yardley, L. (red.) *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design*. Washington, DC: American Psychological Press.
- Gomby, D.S. et al., (1999) Home Visiting: recent program evaluations: Analysis and recommendations. *The Future of Children*, 9(1), 4-26.
- Greve, B. (2015) *Velfærdssamfundet. En grundbog* (3. udg.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Guedeney, A., Fermanian, J. (2001) A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: The Alarm Distress Baby Scale. *Infant Mental Health Journal*, 22(5), 559-575.
- Hansen, E.J. (1986) *Danskernes levekår, 1986 sammenholdt med 1976*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Hansen, E.J. (1988) *Generationer og livsforløb i Danmark*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Hansen, E.J. (1996) *The first generation in the welfare state – a cohort analysis*. København: The Danish National Institute of Social Research.
- Hansen, E.J. (2003) *Uddannelsessystemerne i sociologisk perspektiv*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Hansen, E.J. (2005) Sociale klasser og social ulighed. I: Andersen, H. (red.), *Sociologi – en grundbog til et fag*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Hansen, E. J., Andersen, B. J. (2009) *Et sociologisk værktøj – Introduktion til den kvantitative metode*. København: Hans Reitzels Forlag.

- Heckman, J.J. (2006) Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged children. *Science, New Series, Volume 312, No. 5782 (Jun. 30, 2006)*, 1900-1902. Published by: American Association for the Advancement of Science.
- Hedegaard, M. (2003) Børn og unges udvikling diskuteret ud fra et kulturhistorisk perspektiv. *Nordiske Udkast*, 31(1), 27-45.
- Hoyer, S., & Horvat, L. (2000) Successful breastfeeding as a result of a health education program for mothers. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1158-1167.
- Højholt, C. (2005) *Forældresamarbejde, Forskning i fællesskab*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Jack, S.M., DiCenso, A., & Lohfeld, L. (2005) A Theory of Maternal Engagement with Public Health Nurses and Family Visitors. *Journal of Advanced Nursing*, 49(2), 182-190.
- James, A., James, A. (2004) *Constructing childhood. Theory, policy and social practice*. New York: Palgrave Macmillan.
- Jansson, A.K. (1992) The work of the district nurse. The organization of care teams and the population's contacts with primary care. Master of public health 1992:8. Gothenburg: The Nordic School of Public Health.
- Jansson, A., et al., (1998) Help-seeking patterns among parents with a newborn child. *Public Health Nursing*, 15(5), 319-328.
- Jensen, C. (2011) *Velfærdsstaten – en introduktion*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Jensen, N.R., Petersen, K.E., Wind, A.K. (2012) *Daginstitutionens betydning for udsatte børn og deres familier i ghetto-lignende boligområder*. Rapport. Institut for Uddannelse & Pædagogik, DPU. Aarhus Universitet.
- Jæger, M.M., Munk, M.D., Ploug, N. (2003) *Ulighed og livsforløb – analyser af betydningen af social baggrund*. København: Socialforskningsinstituttet.
- Jørgensen, G.K. (2015) *Ingen andre har forstået os, har forstået hvor vigtige vi er – En undersøgelse af sundhedsplejerskers faglige selvforståelser*. Ph.d.-afhandling. København: Institut for Uddannelse og Pædagogik, Aarhus Universitet.
- Karpatschof, B. (2015) Den kvalitative undersøgelsesforms særlige kvaliteter. I: Brinkmann, S., Tanggaard, L. (red.) *Kvalitative metoder – en grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Katz, D., & Gagnon, A. (2002) Evidence of adequacy of postpartum care for immigrant women. *Canadian Journal of Nursing Research*, 34, 71-81.
- Kousholt, D. (2005) Forældreperspektiver på samarbejde mellem daginstitution og hjem. I: Højholt, C. *Forældresamarbejde, Forskning i fællesskab*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Lerner, R.C., et al., (2003) *Handbook of psychology. Volume 6. Developmental Psychology*. John Wiley & Sons, Inc. USA.

- Mathiesen, R. (1999) *Sosialpedagogisk perspektiv*. Norge: Forlaget Sokrates.
- Mcfarlane, E., Burrell, L., Fuddy, L., Tandon, D., Derauf, D.C., Leaf, P., & Duggan, A. (2010) Association of home visitor's' and mothers' attachment style with family engagement. *Journal of Community Psychology*, 38(5), 541-556.
- McNaughton, D.B. (2004) Nurse home visits to maternal-child clients: A review of intervention research. *Public Health Nursing*, 21(3), 207-219.
- Mehan et al. (1993) *Constructing school success – the consequences of untracking low-achieving students*, UK Cambridge, University Press.
- Merriam, S. B. (1998) *Qualitative research and Case Study Applications in Education*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2014) *Bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge*.
- Oldrup, H.H., & Vitus, K. (2011) *Indsatser over for udsatte 0-3 årige og deres forældre. En systematisk forskningsoversigt*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Olds, D. et al. (1995) Effects of prenatal and infancy nurse home visitation on surveillance of child maltreatment. *Pediatrics*, 95(3),365-372.
- McCurdy, K., & Jones E.D. (2000) *Supporting families. Lessons from the field*. SAGE Publications Inc.
- Palludan, C. (2005) *Børnehaven gør en forskel*. København: Danmarks Pædagogiske Biblioteksforlag.
- Paris, R. (2008) "For the Dream of Being Here, One Sacrifices..." Voices of Immigrant Mothers in a Home Visiting Program. *American Journal of Orthopsychiatry*, Volume 78, Issue 2, 141-151.
- Peacock, S., Konrad, S., Watson, E., Nickel, D., & Muhajarine, N. (2013) Effectiveness of home visiting programs on child outcomes – A systematic review. *BMC Public Health*, 13(1), 1-17.
- Petersen, K.E. (2006) *Daginstitutionens betydning for udsatte børn – en forskningsoversigt*. HPA-serie, No.1. Arbejdsrapport 8. [www.dpu.dk/hpa/publikationer](http://www.dpu.dk/hpa/publikationer).
- Petersen, K.E. (2009) *Omsorg for socialt udsatte børn. En analyse af pædagogers kompetencer og pædagogiske arbejder med socialt udsatte børn i daginstitutionen*. Ph.d.-afhandling. Institut for Pædagogik, DPU, Aarhus Universitet.
- Petersen, K.E. (2010) *Viden om anbragte børn og unge i døgntilbud*. København: Socialpædagogernes Landsforbund.
- Petersen, K.E. (2011) *Pædagogisk arbejde med socialt udsatte børn i børnehaven*. København: Akademisk Forlag.



- Petersen, K.E. (2012) *Socialpædagogisk arbejde med små børn anbragt på døgninstitution*. Rapport. Institut for Uddannelse & Pædagogik, DPU. Aarhus Universitet.
- Petersen, K.E. (2013) Psykologiens betydning i socialpædagogisk arbejde. I: Erlandsen, T. et al. *Socialpædagogik – en grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Petersen, K. E., Ladefoged, L. (2015a) *Sundhedsplejens indsatser og betydning i arbejdet med små børn og familier*. Rapport. København: Institut for Uddannelsen og Pædagogik (DPU), Aarhus Universitet.
- Petersen, K.E. & Ladefoged, L. (2015b) *Sundhedsplejens indsatser og betydning i arbejdet med små børn og familier – forsknings- og vidensopsamling*. Rapport. København: Institut for Uddannelsen og Pædagogik (DPU), Aarhus Universitet.
- Petersen, K.E. (2017) Pædagogernes arbejde med tidlige forebyggende indsatser. I K.E. Petersen, & T.Erlandsen (red.), *Pædagogen som myndighedsperson: en grundbog*. Frederiksberg: Samfundslitteratur
- Petersen, K.E., Ladefoged, L., & Kraglund, K. (2017 in prep) Early interventions and the importance of health care targeted socially vulnerable children and their families. *Canadian Journal of Nursing Research*.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2017) *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*, 10th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Puchta, C., Potter, J. (2004) *Focus Group Practice*. London: Sage Publications.
- Qvortrup, J., Corsaro, W.A., Honig, M-S (2009) *The Palgrave Handbook of childhood studies*. England: Palgrave Macmillian.
- Ravn, S. H., Bjergager, M. O. (2004) BOEL-testen: en falsk tryghed. *Ugeskrift for Læger*, 166(36), 3086 – 3088.
- Riele, K.T., & Brooks, R. (2013) *Negotiating ethical challenges in youth research*. London: Routledge.
- Rutter, M & Rutter, M. (1993) *Den livslange udvikling – forandring og kontinuitet*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Sameroff, A.J., Fiese, B.H. (2000) Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. I: Shonkoff, J. P., Meisels, S. J. (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention (2nd Ed.)*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schultz Jørgensen, P.S. (1993) *Risikobørn, hvem er de, hvad gør vi?* Udarbejdet for det tværkriminelle børneudvalg, dec. 1993.
- Schultz Jørgensen, P.S. (2002) Risikobørn i Danmark. *Tidsskriftet Social Kritik*, 2002, bd. 84, 98-110.
- Schwartz, I. (2005) Deltagelse og samarbejde i praksisforskning. *Tidsskrift for Socialpædagogik*, 2005(15), 11-24.

- Self-Brown, S., Frederick, K., Binder, S., Whitaker, D., Lutzker, J., Edwards, A., & Blankenship, J. (2011) Examining the need for cultural adaptations to an evidence-based parent training program targeting the prevention of child maltreatment. *Children and Youth Services Review*, 33(7), 1166-1172.
- Shavit, Y., Blossfeld, H.P. (1993) *Persistens Inequality. Changing Educational Attainment in thirteen Countries*. Boulder, Coll: Westview Press.
- Sweet, M., & Appelbaum, M. (2004) Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development*, September/October 2004, 75( 5), 1435-1456.
- Tarlier, D.S., Johnson, J.L., Browne, A.J., & Sheps, S. (2013) Maternal-infant health outcomes and nursing practice in a remote First Nations community in northern Canada. *Canadian Journal of Nursing Research*, 45(2), 76-100.
- Uddannelses- og Forskningsministeriet (2014) *Danish Code of Conduct for Research Integrity*. København: Ministry of Higher Education and Science.
- Vasquez, E., & Pitts, K. (2006) Red flags during home visitation: Infants and Toddlers. *Journal of Community Health Nursing*, 23(2), 123-131.
- Zeanah, C.H. (2000) *Handbook of Infant Mental Health*. New York/London: The Guilford Press.



