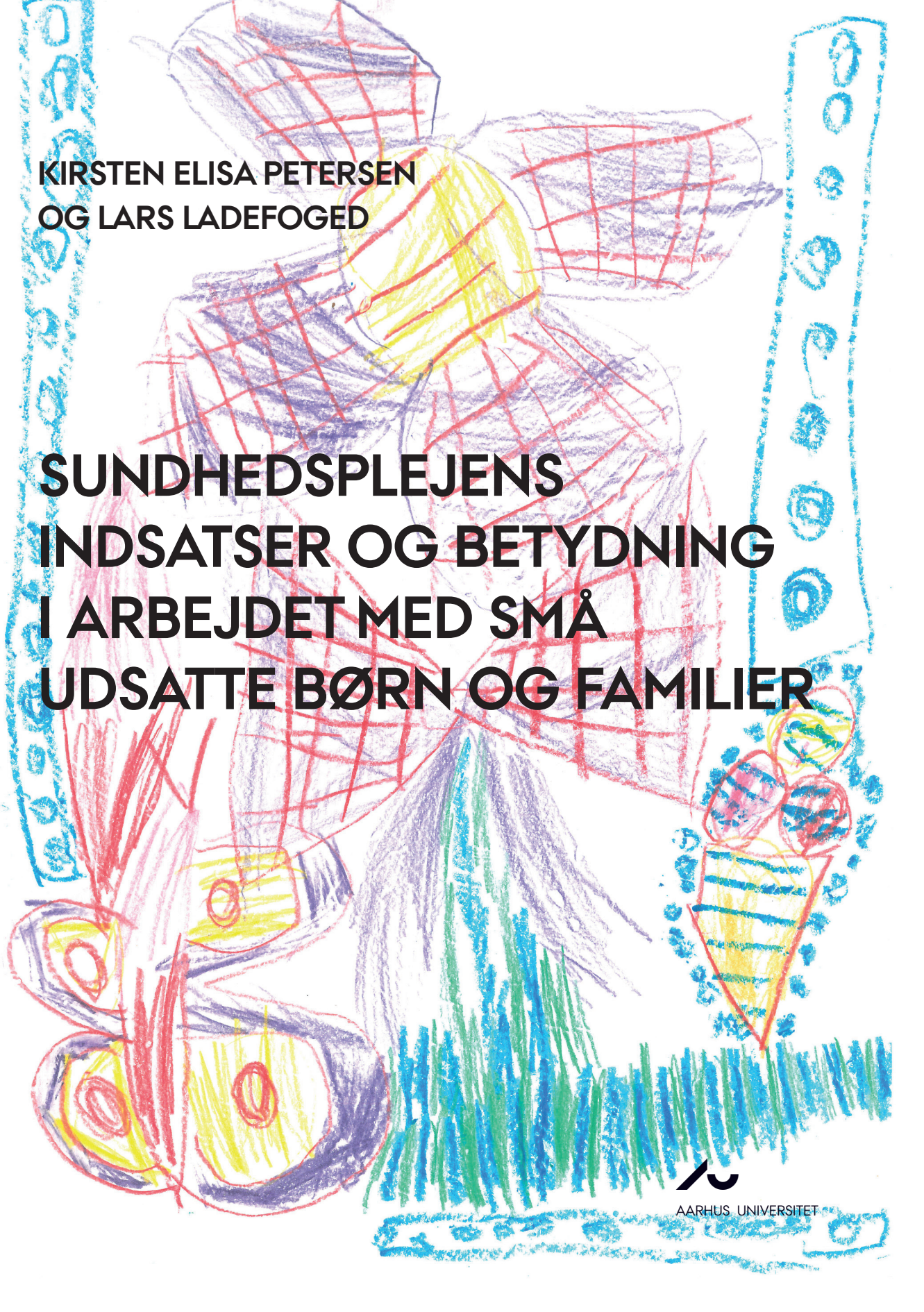




KIRSTEN ELISA PETERSEN
OG LARS LADEFOGED

SUNDHEDSPLEJENS INDSATSER OG BETYDNING I ARBEJDET MED SMÅ UDSATTE BØRN OG FAMILIER



AARHUS UNIVERSITET

Kirsten Elisa Petersen og Lars Ladefoged

Sundhedsplejens indsatser og betydning i arbejdet med små udsatte børn og familier

Titel:

Sundhedsplejens indsatser og betydning i arbejdet med små udsatte børn og familier

Forfattere:

Kirsten Elisa Petersen & Lars Ladefoged

Udgivet af:

Institut for Uddannelse og Pædagogik (DPU), Aarhus Universitet, 2015

© 2015, forfatterne

1. udgave

Kopiering tilladt med tydelig kildeangivelse

Omslag og grafisk tilrettelæggelse:

Knud Holt Nielsen

ISBN:

978-87-7684-765-4 (E-udgave)

978-87-7684-766-1

Indhold

FORORD	5
RESUMÉ	7
KAPITEL 1	8
INDLEDNING	8
FORSKNINGSPROJEKTETS BAGGRUND, FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER	12
RAPPORTENS OPBYGNING OG INDHOLD	17
KAPITEL 2	19
FORSKNING OG VIDEN PÅ OMRÅDET – HVAD VED VI?	19
TILRETTELÆGGELSE AF SØGNINGEN.....	19
SØGNINGENS RESULTATER	21
UDVALGTE STUDIER.....	22
INTERNATIONALE STUDIER	23
OPSAMLING.....	28
KAPITEL 3	30
PROJEKTETS TEORETISKE GRUNDLAG	30
UDSATTE BOLIGOMRÅDER – HVORDAN LEVES LIVET?	30
DE SMÅ UDSATTE BØRN	32
DAGINSTITUTIONENS BETYDNING I FORHOLD TIL UDSATTE BØRN.....	39
OPSAMLING.....	45
KAPITEL 4	46
PROJEKTETS METODISKE GRUNDLAG	46
PROJEKTETS DATAINDSAMLINGSMETODER	47
PROJEKTETS DATAMATERIALE	47
KORT PRÆSENTATION AF DE INVOLVEREDE DAGINSTITUTIONER	49
KORT PRÆSENTATION AF FARS LEGESTUE	49
KORT PRÆSENTATION AF MØDREGRUPPE FRA PROJEKTET ”EN NY START”	49
OPSAMLING.....	51
KAPITEL 5	52
ANALYSE AF DATAMATERIALE	52
TEMAER I ANALYSEPROCESSEN.....	53
DELPROJEKT NR. 1. HARALDSGADEPROJEKTET	54
ANALYSE AF FOKUSGRUPPEINTERVIEW MED SUNDHEDSPLEJE I KØBENHAVN	59
FORSTÅELSER AF UDSATHED – I TEORI OG PRAKSIS	59
INDSATSER OG METODER I SUNDHEDSPLEJENS ARBEJDE MED UDSATTE BØRN OG FAMILIER.....	65

VANSKELIGHEDER I FOREBYGGELSE AF UDSATHED	68
DELPROJEKT NR 2. "TINGBJERGPROJEKTET"	81
DAGINSTITUTIONENS ARBEJDE OG BETYDNING	83
TYPISKE PROBLEMSTILLINGER	87
SUNDHEDSPLEJEN I TINGBJERG – ARBEJDET OG DE ØGEDE INDSATSER.....	91
OPSAMLING AF ANALYSE	100
KAPITEL 6.....	107
OPSAMLING AF PROJEKTETS RESULTATER	107
FREMADRETTEDE ANBEFALINGER	112
REFERENCER	114

Forord

Denne rapport præsenterer resultater fra et forskningsprojekt, der har haft fokus på sundhedsplejens arbejde og betydning i relation til små udsatte børn og deres familier i de såkaldte særligt udsatte boligområder.

Projektet, som består af to delprojekter, der har fokus på sundhedsplejens arbejde i to forskellige bydele i København, har forløbet i perioden januar 2013-december 2014, og i denne periode har sundhedsplejersker, mødre og fædre, som på forskellig vis er tilknyttet sundhedsplejen, samt daginstitutionspersonale bidraget med deres tid og viden, således at dette projekt kunne blive til.

Der skal derfor rettes en stor tak til alle sundhedsplejersker, ledere af sundhedsplejeteams i København samt til det pædagogiske personale og ledere i daginstitutioner fysisk beliggende i Tingbjergområdet i København, som har afsat deres travle tid til at hjælpe med indsamling af data og vidensudvikling til dette forskningsprojekt.

En helt særlig tak skal rettes til sundhedsplejerskerne Susanne Uggerly, Signe Borgwardt, Susanne Moe, Anne Greiersen, Else Flydal og Lisbet Knudsen, som har foretaget de omfattende indledende tiltag til, at netop dette forskningsprojekt kunne blive til, og som "med fingeren på pulsen" vidste, at der i dansk sammenhæng for nuværende er meget begrænset viden om sundhedsplejens arbejde og betydning i relation til små udsatte børn og deres familier. Netop gennem deres omfattende arbejde kom sundhedsplejen i fokus, og projektet blev til.

En speciel tak skal rettes til de mange mødre og fædre og deres børn, som også har deltaget i dette forskningsprojekt. Dels "mødregruppen", som hver fredag mødes med sundhedsplejerskerne Signe Borgwardt og Susanne Moe i Haraldsgades kulturhus, og dels til fædregruppen, som samles hver mandag i Korsgadehallen på Nørrebro samt hver onsdag i beboerhuset i Vermundsgade. En helt eksplicit tak skal rettes til de mange mødre og fædre, som har deltaget i interview og observationer sammen med deres små børn.

Tak også til Københavns Kommune, som delvist økonomisk har finansieret den ene del af forskningsprojektet, og tak til Social- og Integrationsministeriet, som gennem projektet "En ny start" økonomisk har finansieret den anden del af projektet. Derudover en stor tak til Bettina Høgenhav, som har læst korrektur på rapporten, samt Knud Holt Nielsen, der har foretaget layout og tryk af rapporten. Sidst men absolut ikke mindst skal nævnes en helt særlig tak til den lille fireårige kunstner, der har tegnet

forsiden til denne rapport, og hvis mor fra mødregruppen der særligt har hjulpet hende med at udvælge denne flotte tegning.

København, februar 2015

Kirsten Elisa Petersen & Lars Ladefoged

Resumé

Tidligere forskning om sundhedsplejens indsats og betydning er i dansk sammenhæng at betragte som mangelfuld, hvorfor sundhedsplejen i Københavns Kommune har haft et ønske om at få belyst netop dette. Med udgangspunkt i sundhedsplejens indsatser i to særligt udsatte boligområder i København udforsker nærværende forskningsprojekt således de indsatser, der er iværksat overfor områdernes udsatte beboere, samt betydningen deraf. Teoretisk er der taget afsæt i uddannelsesforskning med særlig tilknytning til udsathed og strukturelt betinget chanceulighed.

Resultaterne viser blandt andet, at der er iværksat en omfattende mængde af indsatser overfor de små udsatte børn og deres familier. Indsatser, som særligt træder frem i form af muligheden for en øget frekvens af hjemmebesøg samt mødrenes deltagelse i mødregrupper, som gør dem i stand til at tilrettelægge en adækvat udviklingsplatform for de små børn. Særligt den ekstra tid til helt konkrete anvisninger fremhæves af sundhedsplejerskerne som afgørende for den indsats der udføres i området. Fra forældrenes, og særligt mødrenes perspektiv, udgør sundhedsplejerskerne en tillidsfuld person med en særlig ekspertviden om små børns udvikling, som kan sikre et godt liv fremadrettet.

Derudover afslører forskningsprojektet et hul i forebyggelsen af udsathed, idet der er en potentiel risiko for, at særligt udsatte små børn ikke opdages i tide, hvorfor en forebyggende indsats først iværksættes tæt på barnets skolestart. Således får disse børn ikke udbytte af den særligt tilrettelagte tidlige indsats. Denne problematik opstår i kraft af, at besøg fra sundhedsplejerskerne er et tilbud, som nogle forældre altså vælger ikke at benytte. Fravalget begrundes med såvel familiernes modvilje mod kontakt med *systemet* som manglende viden om sundhedsplejens mulighed for at støtte det lille barns udvikling, ligesom viden om daginstitutionens betydning ikke bliver synliggjort overfor de familier, som sundhedsplejerskerne ikke kan komme i kontakt med. Den tidlige indsats er ligeledes hæmmet af træge og til tider så præget af mangelfulde sociale indsatser, særligt i relation til socialforvaltningens reaktionstid, at begrebet *tidlig indsats* ikke i alle tilfælde kan honoreres.

Afslutningsvist fremlægger forskningsprojektet fire punkter at være opmærksomme på i den fremtidige indsats overfor de små udsatte børn og deres familier. Punkterne vedrører betydningen af ekstra hjemmebesøg, øget samarbejde med daginstitutionen, fastholdelse og videreudvikling af mødregrupper og endelig særskilte indsatser overfor fædre i de særligt udsatte boligområder.

Kapitel 1

Indledning

Denne rapport præsenterer de teoretiske og empiriske resultater af et netop afsluttet forskningsprojekt, som har haft fokus på sundhedsplejens arbejde med udsatte børn og familier fra de såkaldte ghetto-lignende boligområder, herefter særligt udsatte boligområder¹ – i nærværende sammenhæng mere specifikt fra boligområder på Nørrebro og i Tingbjerg i Københavns Kommune.

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; Axelsen, 2004). Sundhedsplejens indsatser omfatter 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 indkredser eventuelle fysiske og psykiske udviklingsvanskeligheder.

Netop sundhedsplejens indsatser er barnets og familiens første møde med sundhedssystemet og danner for alvor rammen om betydningen af tidlige og forebyggende indsatser i velfærdsstaten.

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 betydningen af dette i forhold til børns trivsel og udvikling

¹ I juni 2013 foretog den nuværende regering en udvidelse af kriterierne på listen fra tre til fem. Ghattolisten kaldes fra februar 2014 ikke længere en ghettoliste, men en liste over *særligt udsatte boligområder*, og kriterierne for, hvornår et område defineres som særligt udsat, er følgende: Andelen af 18-64 årige uden tilknytning til arbejdsmarkedet eller uddannelse overstiger 40 pct. (gennemsnit for de seneste 2 år); Andelen af indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande overstiger 50 pct.; Antal dømt for overtrædelse af straffeloven, våbenloven eller lov om euforiserende stoffer overstiger 2,70 pct. af beboere på 18 år og derover (gennemsnit for de seneste 2 år); Andelen af beboere i alderen 30-59 år, der alene har en grunduddannelse (inkl. uoplyst uddannelse), overstiger 50 pct. af samtlige beboere i samme aldersgruppe; Den gennemsnitlige bruttoindkomst for skattepligtige i alderen 15-64 år i området, eksklusiv uddannelsessøgende, er mindre end 55 pct. af den gennemsnitlige bruttoindkomst for samme gruppe i regionen (Ministeriet for By, Bolig og Landdistrikter, 2014).

(Oldrup & Vitus, 2011; Petersen, 2012, 2014). I de øvrige nordiske lande² har især Sverige udviklet en forskningsbaseret viden om sundhedsplejens arbejde med små børn og deres familier, herunder også betydningen af sundhedsplejens indsatser overfor mødre med fødselsdepression og psykosomatiske reaktioner (Berg-Brodén, 1992), samt betydningen af støtte til nybagte forældre, der indikerer, at netop nybagte forældre er meget åbne for råd og vejledning, hvorfor netop indsatser i de tidlige spæd- og småbørns år skaber grundlag for, at forebyggende indsats er af betydning (Dahlquist et al., 1987).

Der mangler dog fortsat forskningsbaseret viden, der direkte udforsker sundhedsplejens arbejde og særlige indsatser i dansk sammenhæng. 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 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.

Således indkredser en amerikansk undersøgelse (Gomby et al., 1999) i en udforskning af sundhedsplejens arbejde med små børn og deres forældre (homevisiting programs), at netop et fokus på betydningen af børns tidlige barndomsår, og den betydning forældrenes kompetencer har i varetagelsen af barnets udvikling, er central for barnets fysiske og psykiske sundhed og trivsel fremadrettet i barnets liv. I dette studie foretages en undersøgelse og sammenligning af seks forskellige sundhedsplejeprogrammer, fordelt over hele USA, som har det til fælles, at de alle er tilrettelagt som tidlige sundhedsplejeindsatser overfor små børn og deres familier. Alle seks tilrettelagte programmer har ligeledes såkaldte follow-up undersøgelser af børnene – det ene følger børnene helt op til 15-års alderen. Disse programmer, som varierer i form, fokus og indhold, har det til fælles, at de tilbyder sundhedsplejeindsatser til udsatte familier, men medvirker samtidig til at indkredse betydningen af, at sundhedsplejens indsatser tilrettelægges således, at de møder den enkelte families særlige behov og vanskeligheder.

Selvom forskningen i dansk sammenhæng i høj grad er begrænset på området, så kan det tidlige forebyggende arbejde udført af sundhedsplejen dog i en dansk sammenhæng følges tilbage til 1937. Axelsen (2004) belyser gennem historiske analyser af

² Der er bl.a. foretaget nordisk litteratursøgning i: Bibliotek.dk, SEARCH (AU Library), Libris.se, Diva Portal. Anvendte søgestrengte er bl.a.: Sundhedspleje, børn, familie, hälsovård, vård, barn, hälsa.

Internationalt er der søgt på: Scopus, Cinahl, PsycInfo, Sociological Abstracts. Anvendte søgestrengte er bl.a.: Public Health visitor, Child at Risk, Home Visitations, At Risk Families (se uddybende kapitel 2 i nærværende rapport).

sundhedsplejens arbejde med børn og familier med særlige behov, hvorledes den første lov udkom i 1937, hvor sundhedsplejersker blev ansat i kommuner med henblik på at bekæmpe sygelighed og dødelighed blandt børn i det første leveår.³ Siden da har sundhedsplejens funktion og arbejdsområder udvidet sig til at omfatte alle børn inden skolestart såvel som sundhedspleje i relation til skolebørn. I bemærkninger til lovforslaget (Lovforslag nr. 54, Folketinget 1945-46: 6) betoner Axelsen (2004: 31), hvorledes sundhedsplejen både skulle varetage det hygiejniske arbejde og ligeledes opspore andre former for problemer, der ikke direkte var sundhedsrelaterede, for eksempel vanskeligheder med indlæring og henvisning til speciel undervisning. I 1970'erne forekom endnu en udvidelse i forståelsen af sundhedsplejens arbejde, idet sundhedsplejeordningen blev udvidet fra kun at omfatte børn i de første leveår såvel som skoleordning til at omfatte børn under den undervisningspligtige alder, hvor også fokus blev udvidet fra at omfatte barnets fysisk sundhed til også at medtage "psykiske og miljøbetingede faktorer og den betydning, sådanne faktorer kan have for børnenes trivsel og udvikling" (Axelsen, 2004: 32).

I Sundhedsstyrelsens retningslinjer fra 1995, og som er revideret i 2005,⁴ bliver det forebyggende sundhedsarbejde ekspliciteret yderligere, og sundhedsplejersken skal nu ved besøg i hjemmet bl.a. observere,

- om barnets fysiske, psykiske, motoriske, sproglige og sociale udvikling er alderssvarende
- om kontakten og tilknytningen mellem forældre og barn er aktiv og stimulerende
- om der er forhold i familiens situation, der kræver vejledning eller særlig indsats
- om forældrene har tilstrækkelig viden om barnets behov og udvikling.

Sundhedsplejersken skal på baggrund af sine observationer og kontakt med familien støtte en fortsat sund udvikling hos barnet. Dette betyder, at især børn med særlige behov skal prioriteres. I det omfang det skønnes nødvendigt, må sundhedsplejersken opretholde kontakten med barnet og familien for at forebygge, at sygelige tilstande opstår, og medvirke til, at formodede eller erkendte trivsels- og udviklingsproblemer kommer under behandling så tidligt som muligt. Ifølge Københavns Kommune tilby-

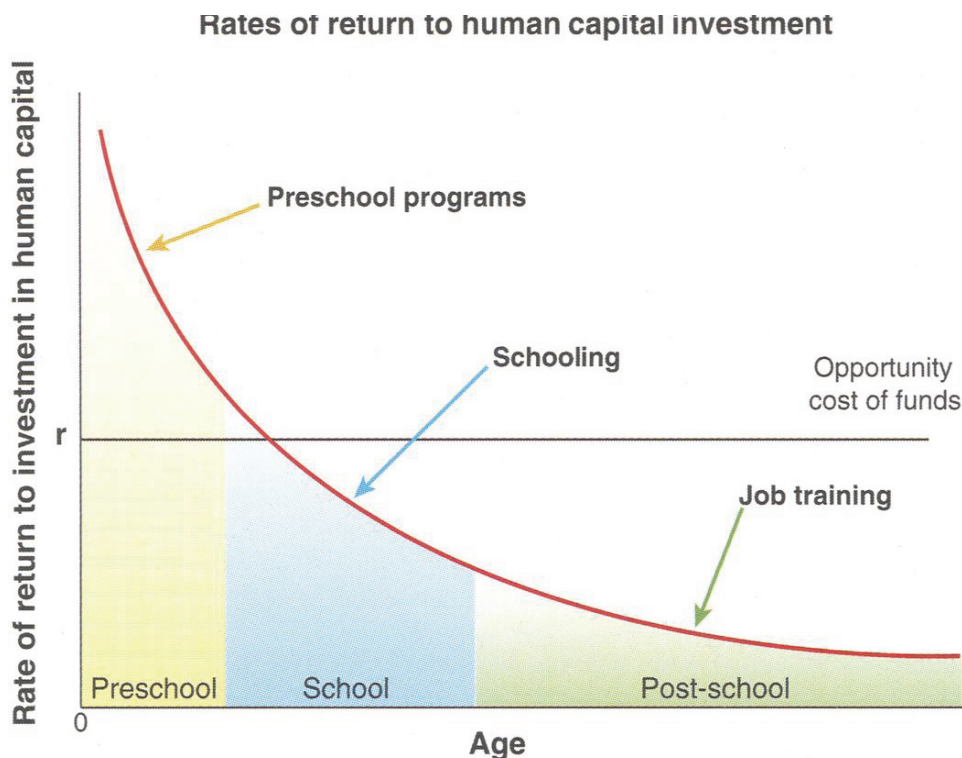
³ Lov nr. 85 af 31. marts 1937 om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blandt børn i det første leveår. For en uddybende historik gennemgang af sundhedsplejen og lovgivningsmateriale knyttet hertil se især Axelsen (2004) kapitel 2, der foretager en grundig historisk analyse af sundhedsplejen i dansk sammenhæng.

⁴ Fra Sundhedsstyrelsens publikation "Forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. Retningslinjer" (1995). Revideret i 2005. Kan hentes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

des for nuværende fem hjemmebesøg til førstegangsfødende småbørnsfamilier og tre besøg til flergangsfødende i barnets første leveår. Ved hjemmebesøgene vurderer sundhedsplejersken de små børns helbred, trivsel og udvikling. Derudover vurderes familiens behov for sundhedsfaglig vejledning løbende, ligesom der følges op på eventuelle problemstillinger. Sundhedsplejerskerne indtager et kontekstuel perspektiv i arbejdet med familierne, således at familiens hverdag, levkår og værdier inddrages i understøttelsen af familien. Således sikres de små børns trivsel og udvikling via dialog og samarbejde med forældrene.

Udover disse generelle hjemmebesøg kan alle gravide, barslende og familier med små børn i Københavns Kommune få ekstra besøg eller andre ydelser af sundhedsplejen, såfremt der er behov. Det vejledende udgangspunkt er, at 25 % af alle småbørnsfamilier kan modtage ekstra tilbud. Det er en sundhedsfaglig vurdering, hvornår der er et sådant behov, som rækker ud over det generelle tilbud. Det kan være ekstra behov i form af sundhedsmæssige, sociale, mentale eller familiemæssige problemer, som kræver en ekstra indsats fra sundhedsplejen, eller som kræver en henvisning til anden faglig ekspertise. Der er således for nuværende en række tilbud, som kan iværksættes efter behov hos såvel børn som forældre som et led i den tidlige indsats overfor udsathed.

Nedenstående figur 1 (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. Det helt centrale i figuren er netop, at jo tidligere indsatser til forebyggelse af udsathed sættes ind, i jo højere grad er der mulighed for at støtte og hjælpe barnet i tilværelsen.



Figur 1.

Betegnelsen tidlige forebyggende indsatser henviser til de uddannelsesmæssige, sociale og sundhedsmæssige indsatser, der har været en integreret del af den danske velfærdsstat gennem de sidste mange årtier. Siden 1940'erne har netop sundhedsplejens arbejde været en integreret del af de tidlige forebyggende indsatser i dansk sammenhæng med forskellige tiltag og med skiftende foki, men dog hele tiden med et afsæt i betydningen af netop en tidlig indsats overfor små børn. Nærværende rapport medvirker til at udforske og underbygge netop betydningen af disse indsatser overfor både små børn og deres familier.

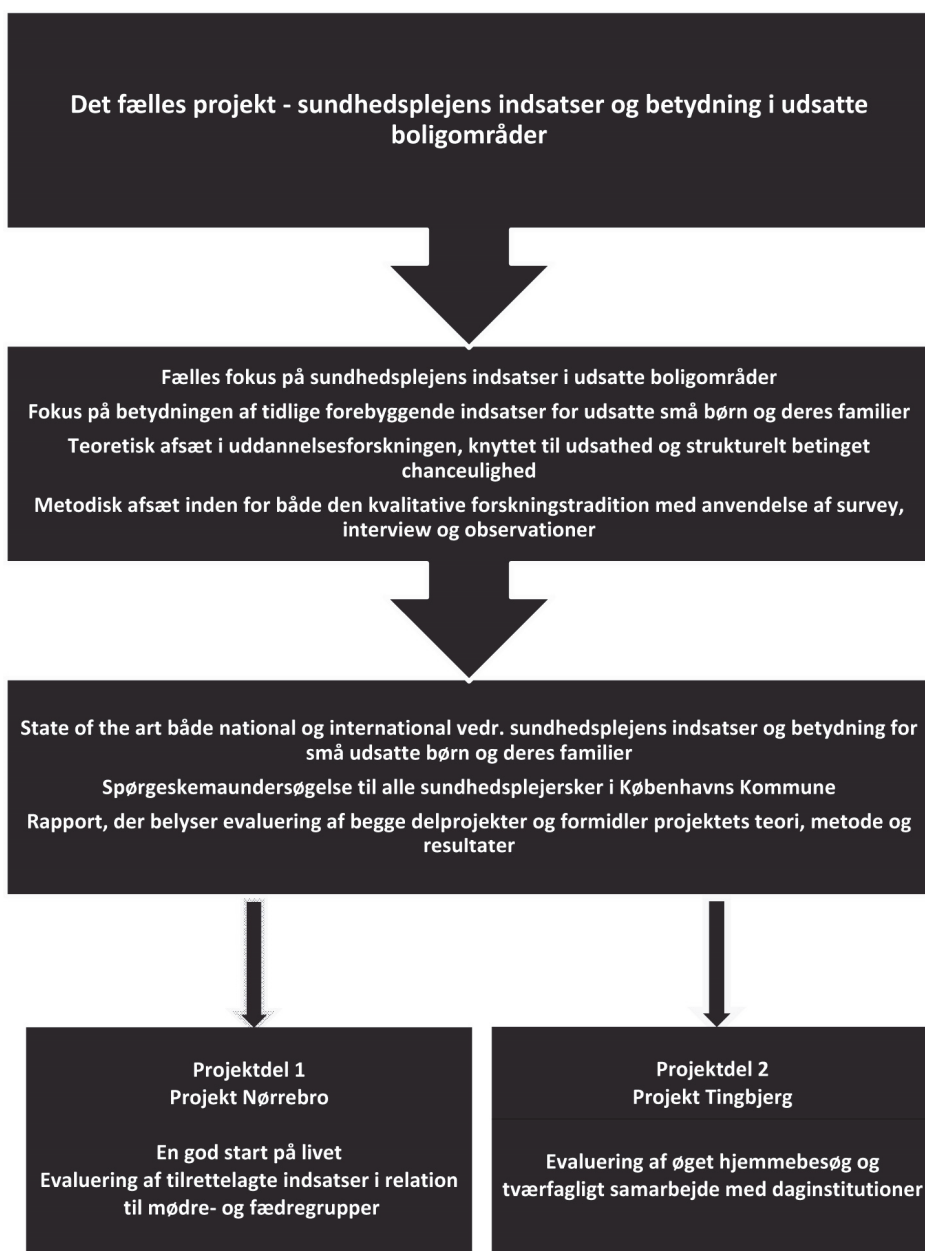
Forskningsprojektets baggrund, formål og problemstillinger

Denne projektbeskrivelse sætter fokus på sundhedsplejens forskellige indsatser rettet mod små børn og deres familier i særligt udsatte boligområder og mere specifikt på sundhedsplejens indsatser i to udvalgte bydele i København.

Mens delprojekt nr. 1 har fokus på især at evaluere tilrettelagte mødre- og fædregruppeindsatser, sætter delprojekt nr. 2 i Tingbjerg fokus på sundhedsplejens ekstra indsatser, der omfatter øget hjemmebesøg i familien, og betydningen af tværfagligt samarbejde med daginstitutionerne i Tingbjerg byområde.

Fælles for begge projekter er, at de deler de overordnede teoretiske, empiriske og analytiske tilgange. Fælles for de to projekter er også som nævnt indledningsvist fokus på betydningen af sundhedsplejens indsatser for små børn og deres familier med en særlig opmærksomhed omkring de socialt og psykologisk udsatte børnefamilier, og herunder også betydningen af de tidlige indsatser for etniske minoritetsfamilier. Der sættes desuden et helt særskilt fokus på, hvad sundhedsplejens indsatser betyder for børn og familier, når indsatserne iværksættes i udsatte boligområder med henblik på at udvikle forskningsbaseret viden, som kan opsamles og videreføres til andre udsatte boligområder i Danmark. Formålet med forskningsprojektet er således at bidrage med viden om betydningen af at udvikle tidlige forebyggende indsatser rettet mod små udsatte børn og deres familier i de udsatte boligområder.

Nedenstående figur 2 skitserer de to projekters fælles og individuelle fokusområder



Figur 2.

Det samlede forskningsprojektets formål, problemstillinger og forskningsspørgsmål
Forskningsprojektets formål er at gennemføre et forskningsprojekt, som:

- har fokus på sundhedsplejens arbejde med udsatte børn i førskolealderen og deres familier
- har et særskilt fokus på sundhedsplejeindsatser i udsatte boligområder
- kortlægger sundhedsplejens indsatser i udsatte boligområder
- fremlægger anbefalinger til, hvordan sundhedsplejeindsatser i udsatte boligområder fremover kan styrkes.

Forskningsprojektets analysestrategiske forskningsspørgsmål:

- Kan der via sundhedsplejen og sundhedsplejerskerne kortlægges og indfanges særlige indsatser rettet mod børn og familier, der lever i udsatte boligområder?
- Hvordan kan disse indsatser have betydning fremadrettet i et forebyggende perspektiv?

Forskningsprojektet forventer at give svar på følgende spørgsmål:

- Hvilke indsatser foretages i sundhedsplejen i udsatte boligområder?
- Hvordan kan de pågældende indsatser angives at støtte børnenes udviklingsmuligheder?
- På hvilke områder har sundhedsplejen betydning i et forebyggende perspektiv i relation til tidlige indsatser overfor børn og familier i udsatte boligområder?

Mere uddybende om delprojekt nr. 1 "Haraldsgadeprojektet"

Dette forskningsprojekt sætter fokus på sundhedsplejens forskellige indsatser rettet mod små børn og deres familier i særligt udsatte boligområder. Med afsæt i sundhedsplejens indsats "En god start på livet", som er et 3-årigt projekt, der økonomisk finansieres af Haraldsgadekvarterets Områdeløft og Social- og Integrationsministeriet og har fokus på tidlige sundhedsforebyggende indsatser for børn i alderen 2-5 år og deres nære familie, udforskes dette projekts indsatser og betydningen af disse indsatser for de små børn og deres familier. Forskningsprojektet kortlægger empirisk de forskellige indsatser, som sundhedsplejen har iværksat i dette boligområde, og udforsker indsatsernes betydning for de små børns generelle trivsel og udvikling, når opvæksten foregår i et udsat boligområde. Projektet følger arbejdet hos sundhedsplejen på Nørrebro i København og sætter særligt fokus på sundhedsplejens projekt "En god start på livet", hvor fokus for sundhedsplejens arbejde særligt omfatter samarbejde med forældre om barnets sprogudvikling og institutionsstart, barnets generelle udvikling og barnets kost- og spisevaner dels gennem øget hjemmebesøg og dels gennem etablering af mødregupper.

I forskningsprojektet sættes fokus på betydningen af sundhedsplejens indsatser for små børn og deres familier med en særlig opmærksomhed omkring de socialt og psykologisk udsatte børnefamilier, og herunder også betydningen af de tidlige indsatser for etniske minoritetsfamilier. Der sættes desuden et helt særskilt fokus på, hvad sundhedsplejens indsatser betyder for børn og familier, når indsatserne iværksættes i udsatte boligområder med henblik på at udvikle forskningsbaseret viden fra projekt "En god start på livet", som kan opsamles og videreføres til andre udsatte boligområder i Danmark. Formålet med forskningsprojektet er således at bidrage med viden om betydningen af at udvikle tidlige forebyggende indsatser rettet mod små udsatte børn og deres familier i de udsatte boligområder, herunder særskilt at indkredse sundhedsplejens indsatser og betydning.

Mere uddybende om delprojekt nr 2. "Tingbjergprojektet"

Sundhedsplejen har iværksat særlige indsatser rettet mod udsatte børn og familier i Tingbjerg, der befinder sig på regeringens liste over særligt udsatte boligområder.⁵

Disse særlige indsatser omfatter målrettede og øgede hjemmebesøg i familierne med de små børn såvel som et aktivt arbejde ind i daginstitutionerne, hvor sundhedsplejen støtter og hjælper familier med at få de små børn i daginstitution, ligesom de arbejder tværfagligt sammen med det pædagogiske personale i relation til de små børns trivsel og udvikling både socialt, emotionelt og kognitivt.

I delprojekt 2 foretages en forskningsmæssig evaluering af de ovenfor skitserede særlige indsatser med henblik på at udvikle viden om, hvordan disse særlige indsatser har betydning for små udsatte børns udvikling såvel som betydning for de tidlige forebyggende indsatser i udsatte boligområder.

Metodisk foretages der interview med sundhedsplejersker i Tingbjergområdet såvel som interview med forældre med særligt fokus på at indfange betydningen af øget hjemmebesøg i de tidlige barndomsår, inden daginstitution påbegyndes. Der er ligeledes et fokus på forældrenes oplevelser og vurderinger af daginstitutionen og de små børns bevægelser ind i daginstitutionen enten ved vuggestue- eller børnehavestart og forældrenes oplevelser af, hvordan sundhedsplejen har betydning for disse bevægelser ind i daginstitutionen.

5

[http://mbbl.dk/sites/mbbl.dk/files/dokumenter/publikationer/liste over særligt udsatte boligområder pr 1 okt 2013.pdf](http://mbbl.dk/sites/mbbl.dk/files/dokumenter/publikationer/liste%20over%20s%C3%A6rligt%20udsatte%20boligomr%C3%A5der%20pr%201%20okt%202013.pdf)

Herudover foretages der interview med det pædagogiske personale i fire daginstitutioner i Tingbjergområdet med henblik på at udforske betydningen af sundhedsplejens indsatser i daginstitutionens pædagogiske praksis.

Sammenfattende er der særskilt for projektdel 2 mulighed for at udforske og indkredse viden om, hvordan sundhedsplejen som den første instans i velfærdsstaten har mulighed for at møde og støtte familierne for at forebygge udsathed hos små børn og deres familier. Ligeledes er der særskilt for projektdel 2 en helt eksplicit mulighed for at indkredse forskningsbaseret viden om betydningen af sundhedsplejen for små udsatte børns bevægelser ind i daginstitutionen, det være sig vuggestue eller børnehave. Fra international forskning har vi efterhånden omfattende viden om netop daginstitutionens betydning for udsatte børn, mens vi i dansk sammenhæng fortsat har brug for at udvikle viden om, hvordan netop de små udsatte børn i disse boligområder overhovedet kommer i daginstitution.

Rapportens opbygning og indhold

Denne rapport rummer i alt seks kapitler eksklusive referencer og bilag.

I rapportens første kapitel præsenteres projektets indledende fokus på sundhedsplejens arbejde med udsatte børn og familier samt selve forskningsprojektets baggrund, formål og forskningsmæssige problemstillinger.

Rapportens andet kapitel præsenterer en forsknings- og vidensopsamling om sundhedsplejens arbejde, indsatser og betydning i relation til udsatte børn og familier. Her peges særligt på forskning, som har medvirket til at belyse sundhedsplejens arbejde i relation til de små udsatte børn i både dansk og international sammenhæng.

Rapportens tredje kapitel præsenterer projektets teoretiske grundlag, som overordnet placeres inden for det uddannelsessociologiske perspektiv, hvor udsathed forbindes med ulige livschancer bundet til de samfundsmæssige strukturer. Særligt dansk uddannelsesforskning har medvirket til at indkredse, hvorledes børn fra familier uden lang uddannelse og uden tilknytning til arbejdsmarkedet på overførselsindkomst har langt vanskeligere ved at klare sig godt gennem daginstitution og skole og uddannelse i ungdomslivet.

Det fjerde kapitel folder projektets samlede metodiske grundlag ud, der indeholder spørgeskemaundersøgelser rettet mod sundhedsplejen i Københavns Kommune og daginstitutionspersonalet i Tingbjerg, fokusgruppeinterview med sundhedsplejersker, observationsforløb af henholdsvis mødre- og fædregrupper, fokusgruppeinterview med personale og ledere i daginstitutioner samt interview med mødre og fædre, der på forskellig vis er tilknyttet sundhedsplejen.

I rapportens femte kapitel præsenteres de samlede analyser af forskningsprojektet, mens kapitel 6 samler op på rapportens teoretiske og empiriske analyser og fremadrettet peger på betydningen af sundhedsplejens indsatser i arbejdet med små udsatte børn og deres forældre.

Kapitel 2

Forskning og viden på området – hvad ved vi?

Dette kapitel sætter fokus på den viden og forskning, der vedrører rapportens analysestrategiske spørgsmål om, hvorvidt der via sundhedsplejen og sundhedsplejerskerne kan kortlægges og indfanges særlige indsatser rettet mod børn og familier, der lever i udsatte boligområder, samt hvordan disse indsatser kan have betydning fremadrettet i et forebyggende perspektiv. Formålet er at indfange dansk, nordisk og international forskning på området og således fremlægge et overblik over, dels hvilke indsatser der udføres, dels hvilken forskningsbaseret viden der eksisterer vedrørende sundhedsplejens indsatser og betydningen deraf.

Tilrettelæggelse af søgningen

Litteratursøgningen til dette kapitel er foretaget i perioden oktober til november 2013.⁶ Der er søgt efter dansk litteratur i følgende databaser

- AU Library (Search)
- Bibliotek.dk.

Derudover er der søgt i databasen over publiceringer fra SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. Søgeprofilen for de danske søgninger er således:

Bibliotek.dk:

sundhedspleje OG børn OG familie*

År: efter 2000

AU Library (Search):

sundhedspleje OG børn OG familie*

År: 2000-2013

International og nordisk litteratur er søgt på:

⁶ Udvikling af søgestrengene til forskningsoversigten samt selve søgningen er foretaget af Susanne Jacobsen og Per Lukman, forskningsbibliotekarer ved AU Library, Aarhus Universitet.

- Scopus
- PubMed
- Cinahl
- Sociological Abstracts
- PsycInfo
- Diva Portal
- Libris.se

Søgeprofilerne for de internationale og nordiske søgninger er som følger:

Scopus:

Your query: TITLE-ABS-KEY ("home visitations" AND ("child at risk" OR "pre-school child")) AND SUBJAREA (mult OR medi OR nurs OR vete OR dent OR heal OR mult OR arts OR busi OR deci OR econ OR psyc OR soci) AND PUBYEAR > 1999

PubMed:

Home-visitations AND children

Cinahl:

((MH "Infant, High Risk") OR (MH "Risk Assessment")) AND (MH "Infant, High Risk") OR (MH "Risk Assessment") OR (MH "Infant, Newborn+") AND (MH "Home Health Care+")

Limiters - Published Date: 20000101-20131231

Sociological Abstracts:

(SU.EXACT.EXPLODE ("At Risk Populations") AND (SU.EXACT ("Home Care") OR SU.EXACT ("Home Visiting Programs") OR SU.EXACT ("Health Personnel"))) OR MJSUB.EXACT ("Home Care Personnel") AND infan*) AND age.exact ("Infancy (2-23 Mo)" OR "Preschool Age (2-5 Yrs.)") AND Pd (>20000101)

PsycInfo:

SU.EXACT.EXPLODE ("At Risk Populations") AND (SU.EXACT ("Home Care") OR SU.EXACT ("Home Visiting Programs") OR SU.EXACT ("Health Personnel"))) OR MJSUB.EXACT ("Home Care Personnel") AND infan*Limits applied

Limited by: Date: After January 01 2000

Age group: Infancy (2-23 Mo), Preschool Age (2-5 Yrs.)

Diva Portal:

(Hälsovård ELLER vård) OCH barn

År: 2000-2013

Libris.se:

(Hälsovård OR vård) OCH barn OCH hälsa OCH år: (2000 OR 2001 OR 2002 OR 2003 OR 2004 OR 2005 OR 2006 OR 2007 OR 2008 OR 2009 OR 2010 OR 2011 OR 2012 OR 2013).

Søgningen er afgrænset til litteratur udgivet i eller efter år 2000. Denne afgrænsning er dog ikke mere konsekvent, end at tidligere publikationer er medtaget, såfremt de måtte være relevante for oversigten og forskningsprojektet. Undervejs i søgningen er de indkomne studier løbende krydstjekket for at indfange studier, som ikke fremkom via den oprindelige søgestreng. Der er således tale om en elektronisk såvel som en manuel søgeproces.

Søgningens resultater

I sorteringen af den indkomne litteratur fremgår det tydeligt, at studierne primært er udført i engelsksprogede lande, og især USA, som tegner sig for langt de fleste studier. Figur 3 giver et overblik over, hvilke lande de indkomne studier er udført i:

Land	Antal studier
USA	157
Canada	13
UK	5
Skandinavien	9
Øvrige ⁷	20
I alt	<u>204</u>

Figur 3.

I sorteringen af de indkomne studier fremgik det tydeligt, at der er en overvægt af kvantitative studier og studier, der kan karakteriseres som enten forskningsreviews,

⁷ Øvrige lande er: Australien, Japan, Schweiz, Indien, Libanon, Tyskland, Ghana, Jamaica, New Zealand, Sydafrika, Kina (Hong Kong).

teoretiske fremstillinger eller reflektive opsummeringer samt konkrete forslag til intervention og serviceydelser.

Med studier udført i USA som toneangivende kan der derudover identificeres adskillige forskningstematikker, der på den ene eller anden måde berører sundhedsplejens indsatser, eller indsatser der kan betegnes som forebyggende velfærdsydelser overfor små børn og deres familier.

Figur 4 illustrerer disse tematikker:

• Hjemmebesøg • Vold/mishandling • Evalueringer/effektmålinger • Sprogudvikling hos børn • Skader på børn • Sundhedsplejersken/praktikere • Teoretiske overvejelser/beskrivelser • Tilknytning, økologi og lign. • Reviews • Fattigdom	• Alkohol og stofmisbrug • Overvægt • Børn og familier i risikogruppen • Hjemmemiljø • Børns udvikling • Sociale tilbud • Lokalområdets betydning • Sårbarhed • Teenagemødre
---	--

Figur 4.

Som det fremgår, er de indkomne studier præget af stor tematisk spredning, som overvejende er kvantitativt orienterede. I øjenfaldende er det, at der fra Skandinavien, med få undtagelser, ikke eksisterer forskningsbaserede undersøgelser om sundhedsplejens indsatser og ej heller betydningen deraf.

Udvalgte studier

I det følgende præsenteres udvalgte studier, som er repræsentative for det samlede antal studier. De udvalgte studier repræsenterer henholdsvis kvantitative og kvalitati-

ve studier. Derudover præsenteres forskningsreviews, som retter sig mod forskellige tematikker. Der præsenteres henholdsvis internationale og nordiske studier. Der er ligeledes udvalgt studier, som har direkte relevans for nærværende forskningsprojekt.

Internationale studier

De udvalgte internationale og nordiske studier vedrører på en og samme gang følgende tematikker:

- Hjemmebesøg af sundhedspersonale⁸
- Vold og mishandling
- Alkohol og stofmisbrug
- Børn og familier i risikogruppen
- Hjemmemiljø og dets betydning
- Forældres kvalitetsoplevelser
- Etnicitet

I det følgende beskrives udvalgte studier, som vedrører tematikkerne *Etnicitet, kultur og forældreskab* og *Betydning og effekt af hjemmebesøg*. Studier, som både er repræsentative for den samlede mængde af indkomne studier, og som har direkte relevans for nærværende undersøgelse.

De udvalgte studier er følgende:

Etnicitet, kultur og forældreskab

Titel	Land
Martin, C.G., Fisher, P.A., & Kim, H.K. (2012) Risk for Maternal Harsh Parenting in High-Risk Families From Birth to Age Three – Does Ethnicity Matter? <i>Prevention Science – The official Journal of the Society for Prevention Research, Volume 13, Issue 1</i> , 64- 74.	USA
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. <i>Children and Youth Services Review, Volume 33, Issue 7</i> , 1166-1172.	USA
Franco, L.M., Pottick, K.J., & Huang, C.-C. (2010) Early Parenthood in a Com-	USA

⁸ Når der refereres til den samlede betegnelse *sundhedspersonale*, skyldes det, at der ikke i alle lande eksisterer sundhedsplejersker, som vi kender dem i Danmark, hvilket kort beskrives i kapitlets opsamling.

munity Context – Neighborhood conditions, race-ethnicity, and parenting stress. <i>Journal of Community Psychology</i> , Volume 38, Issue 5, 574-590.	
Paris, R. (2008) "For the Dream of Being Here, One Sacrifices..." Voices of Immigrant Mothers in a Home Visiting Program. <i>American Journal of Orthopsychiatry</i> , Volume 78, Issue 2, 141-151.	USA

Betydning og effekt af hjemmebesøg

Titel	Land
Peacock, S., Konrad, S., Watson, E., Nickel, D., & Muhajarine, N. (2013) Effectiveness of home visiting programs on child outcomes – A systematic review. <i>BMC Public Health</i> , Volume 13, Issue 1, 1-17.	Canada
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. <i>Child Abuse & Neglect</i> , Volume 31, Issue 8, 801-827.	USA
Allen, S.F. (2007) Parents' Perception of Intervention Practices in Home Visiting Programs. <i>Infants & Young Children</i> , Volume 20, Issue 3, 266-281.	USA
Axelsen, I. (2004) <i>Sundhedspleje og særlige indsatser for svagt stillede børn og unge – myte eller virkelighed? – Om genesen af og strukturen af bestemmelser over hvad der er godt for børn og unge i Danmark</i> . Viborg: Forlaget PUC.	DK
Olds, D.L., Eckenrode, J., Henderson, C.R., Kitzman H., Powers, J., Cole, R., Sidora, K., Morris, P., Pettitt, L.M., & Luckey, D. (1997) Long-term Effects of Home Visitation on Maternal Life Course and Child Abuse and Neglect. <i>JAMA – The Journal of the American Medical Association</i> , Volume 278, Issue 8, 637-643.	USA

Etnicitet, kultur og forældreskab

I et kvantitativt studie af Martin et al. (2012) undersøges risikoen for barske forældreroller blandt amerikanske mødre med forskellig etnisk baggrund, som har deltaget i et forebyggende interventionsprogram vedrørende børnemishandling. Studiet viser en signifikant sammenhæng mellem at være i henholdsvis socioøkonomisk og psykosocial risikogruppe, og at denne kombination ligeledes har signifikant betydning for indtagelsen af en barsk forældrerolle. I studiet identificeres forskelle baseret på etnicitet for risikoen for barsk forældreskab, og det vises blandt andet, at spansktalende latin-amerikanere praktiserer barsk forældreskab i mindre grad end etnisk amerikanske hvide mødre.

Self-Brown et al. (2011) undersøger i et kvalitativt studie behovet for kulturelle tilpasninger ved udførelsen af forældretræningsprogram (SafeCare), som skal forebygge børnemishandling. Interviews med programdeltagere har resulteret i fem anbefalinger at medtænke i sådanne programmer. Det første tema omhandler tilgangen til de involverede familier. 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, inden den konkrete træning iværksættes. Også fælles etnicitet og sprog mellem behandler og klient kan have indflydelse på forløbet, idet klienterne er mere komfortable med at fortælle om deres følelser, familier og deres livssituation på deres modersmål. Familier, som tidligere har været i kontakt med systemet, er særligt forsigtige med deres engagement i træningsprogrammer, primært af frygt. Dette skyldes blandt andet fortællinger om, at forældre med anden kulturel baggrund har fået fjernet deres barn på grund af kulturelle og/eller sproglige misforståelser. Andet tema beskriver vigtigheden af fleksibilitet i træningsprogrammet. For eksempel kan åbenhed overfor sessioner udført i forskellige miljøer og forståelse af etniske højtiders indflydelse på planlægningen øge en families engagement i programmet. Tredje tema beskriver blandt andet betydningen af, at programtræningen udføres ved hjemmebesøg, da det letter familiens bekymringer om transport, børnepasning og så videre. Hjemmebesøgene giver også mulighed for, at andre familiemedlemmer eller venner kan deltage, hvilket kan være en fordel for nogle familier. I fjerde tema beskrives behovet for ændringer af struktur og indhold i træningssessionerne. Der er enighed blandt behandlerne om, at ændringer i programmet, baseret på klienternes etnicitet, vil have lille eller ingen betydning, og måske endda forringe programmet. Derimod peger behandlerne på mere individuelle tilgange til hver familie og på behovet for mere tid hos familien. I femte tema foreslås ændringer i det skriftlige materiale, som udleveres til familierne. Materialet bør gøres mere brugervenligt, for eksempel med flere billeder og bedre oversættelser, særligt hvor engelske ord ikke eksisterer eller har samme betydning på familiernes eget sprog (spansk).

Mens forskning har påpeget betydningen af interpersonelle og familiære forhold relateret til stress, har fokus ikke i samme grad været rettet mod betydningen af lokalområdet samt etniske forskelle, der kan have betydning for stress blandt unge forældre. Med afsæt i udviklingsøkologien (Bronfenbrenner, 1979) sætter Franco et al. (2010) i dette kvantitative studie fokus på at forstå stress blandt mødre med små børn. I forhold til tidligere studier inddrager dette studie betydningen af lokalområdet, og det undersøges om lokalområdets betydning for stress adskiller sig mellem mennesker med forskellige etnisk baggrunde. Forfatterne konkluderer, at udsatte lokalområder kan forbindes med højere stressniveau blandt forældre, og at denne stress divergerer

afhængig af etnisk oprindelse, idet etniske minoriteter oplever mindre stress ved at leve i udsatte boligområder end etnisk amerikanske, hvide mødre. Dette kan ifølge forfatterne potentielt forklares med, at etniske minoriteter ofte er overrepræsenteret i udsatte boligområder, hvorfor der opstår større social samhørighed blandt etniske minoriteter, end det er tilfældet for etnisk amerikanske, hvide mødre.

Paris (2008) giver i dette kvalitative studie stemmer til immigrantmødre i USA, som deltager i et innovativt hjemmebesøgsprogram for mødre, der vurderes i risikogruppen for at udøve børnemishandling. Studiet beskriver mødrenes oplevelser undervejs til USA samt deres levekår efter ankomsten, ligesom mødrenes forståelser af interventionen beskrives. I studiet beskrives rystende historier om, hvorledes fattigdom i mødrenes hjemland har tvunget dem til at flytte til USA og efterlade familie og børn tilbage. I interventionsprogrammet modtog immigranterne hjælp fra flersprogede, multikulturelle paraprofessionelle, som via en relationel arbejdsmodel støttede dem ved hjælp af blandt andet hjemmebesøg, jævnlige telefonsamtaler, forældretræning og aktiv lytning. Studiets resultater nævner tre overordnede temaer: 1) at begynde immigrationen, 2) livet i et nyt land og 3) hjælpsomheden fra de paraprofessionelle. Majoriteten af kvinderne har forladt deres hjemland i jagten på bedre forsørgelsesmuligheder for dem selv og deres børn. De beretter alle om de problematikker, det indebærer at være ny i et land, hvor de ikke behersker sproget, hvilket for nogle resulterede i isolation fra den øvrige befolkning. Alle de involverede kvinder beskriver den praktiske hjælp fra de paraprofessionelle som den mest betydningsfulde. Det er for eksempel hjælp til telefonopkald, indkøb, henvisninger til sociale ydelser og generel bistand i hverdagen.

Betydning og effekt af hjemmebesøg

Effektiviteten af brugen af paraprofessionelle ved hjemmebesøg i udsatte familier er uklar, hvorfor dette review (Peacock et al., 2013) har netop det fokusområde. Alle de involverede studier er randomiserede, kontrollerede forsøg, primært udført i USA. Signifikante forbedringer for børns udvikling og sundhed er fundet i forbindelse med forebyggelse af børnemishandling, særligt når interventionen igangsættes prænatalt. Der er også udviklingsmæssige forbedringer med hensyn til kognition og problemadfærd, ligesom der er en reduceret forekomst af lav fødselsvægt og sundhedsproblemer hos ældre børn og øget forekomst af normale vækstkurver i den tidlige barndom. Dog viser studiet, at hjemmebesøg har en begrænset effektivitet i forhold til at forbedre livet for de mest socialt udsatte børn og familier.

Duggan et al. (2007) undersøger betydningen af frivillige paraprofessionelle, som udøver hjemmebesøg for at forebygge børnemishandling. Studiet er udført kvantitativt

og rejser spørgsmål om effektiviteten af hjemmebesøg i højrisko familier. Resultater fra undersøgelsen inkluderer underretninger om familien, potentiel mishandling, forældrerisici, som for eksempel mental usundhed, stofmisbrug og partnervold. Forældrerisici var almindelige ved baselineundersøgelsen, og en sjettedel af familierne havde været udsat for underretning til det offentlige inden for barnets første to leveår. Mødre, som har modtaget hjemmebesøg, har haft mindre tendens til at anvende mild fysisk disciplin, mens der ikke kunne konstateres forskelle i alvorlig fysisk disciplin. Generelle modsætninger kompromitterer ifølge forfatterne programmets effektivitet.

En artikel af Allen (2007) beskriver et kvalitativt studie af forældres opfattelser af interventionspraktikker, der er effektive i forhold til familier med børn i risikogruppen for sen udvikling eller mishandling. De interviewede forældre peger på behandlerklient relationen som væsentlig, ligesom behandlernes tilgængelighed og muligheden for at få besvaret eventuelle spørgsmål er det. Tillid til behandleren er ligeledes vigtig, hvorimod skift i behandlere er sårbart for den generelle tillid. Forældreuddannelse beskrives af forældrene som positivt, og særligt viden om at kunne følge barnets udvikling beroliger mødrene. Derudover sættes der pris på den hjælpsomhed, forældrene oplever i forbindelse med behandlerens koordinering af serviceydelser for familien. Eksempelvis anskaffelse af materielle nødvendigheder som vugger, gynger, bleer og så videre. Ledsagelse til eksempelvis lægen nævnes også som en stor hjælp for mødrene.

Et enkelt dansk studie er inddraget i oversigten. Inga Axelsen (2004) er med et Bourdieuteoretisk perspektiv gået bag om den virksomhed, sundhedsplejerskerne udfører i forhold til svagt stillede børn og unge i Danmark. Det er Axelsens konklusion, at det, der udspiller sig i de særlige aktiviteter, der beskrives i sundhedsplejens faginterne beskrivelser af deres virksomhed, kan betragtes som symbolsk vold, og det vises, hvordan denne symbolske vold medfører en yderligere marginalisering af de børn og unge, som i forvejen kan betragtes som svagt stillede.

Hjemmebesøg er ofte promoverede som havende betydning for mødre og børns sundhed. I dette kvantitative studie undersøger Olds et al. (1997) den langsigtede betydning af prænatale hjemmebesøg samt besøg i den tidlige barndom for kvinders livsbaner og børnemishandling. Hovedresultaterne i undersøgelsen viser forskelle hos mødre, der har haft hjemmebesøg af sygeplejersker, sammenlignet med mødre som ikke har. Studiet konkluderer, at hjemmebesøg, som iværksættes prænalt og forløber i den tidligere barndom, i nogen grad kan reducere efterfølgende graviditeter, brugen af velfærdsydelser, børnemishandling og omsorgssvigt samt kriminel adfærd.

Udover de konkrete studier har søgningen resulteret i en række forskningsoversigter, som dog ikke kan karakteriseres som oversigter, der giver et fuldstændigt billede af den eksisterende forskning på sundhedsplejeområdet. De indkomne oversigter

sætter derimod fokus på konkrete problematikker og tematikker, som opstår i og omkring arbejdet i sundhedsplejen. Tematikker, som eksempelvis sætter fokus på interventioner, der skal forebygge børnemishandling (Selph et al., 2013). Oversigten er udført på baggrund af manglende forskningsbaseret viden om effektiviteten af adfærdsmæssige interventioner for at undgå børnemishandling og omsorgssvigt og konkluderer, at risikovurdering og adfærdsmæssige interventioner reducerer mishandling og omsorgssvigt, ligesom hjemmebesøg gør det. Oversigten påpeger ligeledes, at resultaterne er inkonsekvente, og at der er behov for yderligere forskning på området. Udfordrende adfærd blandt børn og vejen til serviceydelser, som kan afhjælpe og forebygge en sådan, er beskrevet af Powell et al. (2007), som ligeledes påpeger et hul i forskningen vedrørende netop det emne og anbefaler således yderligere forskning på området. At der er behov for yderligere forskning påpeges desuden på en række sundhedsfaglige områder, blandt andet hjemmebaserede interventioner rettet mod overvægt blandt børn (Knowlden & Sharma, 2012), ligesom studier vedrørende alkohol eller stofmisbrug af gravide eller kvinder med nyfødte børn (Turnbull & Osborn, 2012) er underbelyst.

Derudover påpeger forskere en mangel i den tilgang, der er til forskningen vedrørende såvel forskningsoversigter som konkret forskning omkring sundhedspleje. En mangel, der betegnes som fravær af teori i sundhedsfaglig forskning (Painter et al., 2008), behov for mere teorifunderede interventionsprogrammer omkring forældretræning (Olds et al., 2007), og Knowlden og Sharma (2012) påpeger et behov for mere forskning, der er baseret på social- og adfærdsteori.

Opsamling

Efter gennemgangen af den indkomne litteratur fremgår det, at sundhedsplejens virke og betydning ikke traditionelt har været genstand for forskningen hverken i dansk eller nordisk sammenhæng. Kun et enkelt dansk studie (Axelsen, 2004) retter sit direkte fokus mod området, mens den øvrige nordiske litteratur primært begrænser sig til publiceringer, som ikke direkte belyser sundhedsplejens praksis og betydningen deraf for de små børn og deres familier.

Vi kan også se, at den forskning, der i langt de fleste tilfælde er udført i USA, vedrører flere samtidige emner som eksempelvis forebyggelse, vold og hjemmebesøg. En række forskningsundersøgelser sætter således fokus på etnicitet, vold, forebyggelse og effekten af hjemmebesøg ofte som en kombination mellem disse tematikker. Når disse studier alligevel ikke kan overføres direkte til en dansk sammenhæng, er det af flere årsager. Dels er sundhedsplejersker, som vi kender dem i Danmark, ikke det samme i eksempelvis USA, hvor den overvejende del af studierne er udført. I USA an-

vendes ofte såkaldte paraprofessionelle, som kan betragtes som en assistent med en mængde faglig viden, men som ikke kan sidestilles med en egentlig uddannet sundhedsfaglig person. Dernæst inddrager studierne sædvanligvis ikke flere perspektiver på en given indsats, sådan som det er tilfældet i dette studie, og vi ved derfor meget lidt, også fra international forskning, om hvorvidt interventioner udført af sundhedsplejersker har nogen decideret betydning for de små udsatte børn og deres familier.

Kapitlet har afslutningsvist påpeget en mangel på forskning, som involverer teoretiske perspektiver på en række problemfelter. Et argument, der bekræftes ved samme mangel i en overvejende del af de indkomne studier under nærværende søgning, idet hovedparten af studierne er uden egentlige beskrivelser af deres teoretiske fundament.

Kapitel 3

Projektets teoretiske grundlag

I nærværende kapitel præsenteres projektets teoretiske grundlag, som bevæger sig hen over flere samtidige forsknings- og vidensområder. Først og fremmest er det helt centralt at betone, at projektets teoretiske perspektiv grundlæggende er optaget af betydningen af tidlige forebyggende indsatser i relation til små udsatte børn, og hvordan og på hvilke måder disse indsatser kan medvirke til at forbedre udsatte børns trivsel og udviklingsmuligheder. På samme tid tager projektets teoretiske grundlag afsæt i, at mange af de børn, som lever under udsatte livsforhold, også samtidig vokser op i de såkaldte særligt udsatte boligområder i Danmark, som netop er karakteriseret ved, at beboerne i disse boligområder oftere er uden for arbejdsmarkedet, lever et liv på overførselsindkomster og oftere har anden etnisk baggrund end dansk. Selvom der både politisk og i en lang række sociale og socialpædagogiske indsatser gennem de senere år har været en optagethed af netop børn og unges opvækst i udsatte boligområder i en dansk sammenhæng, er forskningen knyttet til de helt små børn, inden skolegang påbegyndes, fortsat meget begrænset. Der eksisterer dog en række meget centrale undersøgelser, som underbygger betydningen af at inddrage netop by- og boligforhold i relation til børns opvækst, trivsel og udvikling, og flere af disse vil blive foldet ud i nærværende sammenhæng. Selvom sundhedsplejens arbejde, indsatser og betydning danner afsæt for dette forskningsprojekt, bliver også daginstitutionen og pædagogers arbejde med de små udsatte børn og deres forældre inddraget, idet netop sundhedsplejens arbejde i høj grad må siges at have fokus på at hjælpe både børn og forældre til deltagelse i daginstitutionens pædagogiske praksis. I nærværende sammenhæng tages der således afsæt i den del af den uddannelsespædagogiske forskning, som anskuer daginstitutionen som en (betydningsfuld) del af det samlede danske uddannelsessystem og dermed også både børns og forældres første møde med betydningen af tidlig læring, udvikling og forberedelse til skolegang til fremme af børns *livschancer* (Petersen, 2009, 2011; Jensen et al., 2012, 2015).

Udsatte boligområder – hvordan leves livet?

I international forskning er der taget særligt afsæt i udsatte børns udvikling, når opvæksten foregår i udsatte boligområder, og hvordan netop opvæksten i udsatte boligområder kan medføre øget risiko for udvikling af kriminalitet og andre psykosociale

vanskeligheder, samt måder hvorpå forebyggelsesindsatser kan hjælpe denne gruppes udviklingsmuligheder (Brody et al., 2001; Leventhal & Brooks-Gunn, 2000; Ingoldsby et al., 2006; Winslow & Shaw, 2007).

Brody et al. (2001) udforsker for eksempel, hvorfor der kan indkredses en sammenhæng mellem børns vanskeligheder og en opvækst i udsatte boligområder, og tager afsæt i børn i mellemskolealderen, det vil sige fra 10 år og opefter. Dette studie er interessant, idet betydningen af børns venskaber og forældres interaktioner og opdragelsesmønstre inddrages i analyserne og medvirker til at pege på, at børn, som vokser op i udsatte boligområder, er i højere risiko for at finde sammen med andre børn med såkaldt antisocial adfærd, allerede når børnene er i 10-års alderen. Tidligere forskning har hidtil indkredset, at denne risiko først trådte frem, når børn nåede ind i ungdomsårene og i højere grad bevægede sig væk fra hjemmet. Brody et al. (2001) påpeger derudover, at opdragelse med fokus på omsorg og involvering fremmer børns skolestiske kompetencer og medvirker til, at børn oplever, at skolegang og uddannelse er vigtig. Videre peger Brody et al. (2001) på, at netop børn, som vokser op i udsatte boligområder, i høj grad profiterer af omsorgsfuld og involverede forældre, idet dette medvirker til at forebygge, at børn søger venskaber med andre børn, der omfatter kriminalitet, skoleforsømmelse og manglende interesse i skolegang.

I dansk sammenhæng er viden om børns opvækst i udsatte boligområder fortsat meget begrænset (Oldrup et al., 2010; Christensen, 2010; Jensen et al. 2012, 2015). Dette forhold kan umiddelbart forekomme besynderligt, al den stund at forskning grundigt har belyst, at mennesker, der bor og lever i udsatte boligområder, i langt højere grad er socialt udsatte på en lang række væsentlige områder især i forhold til manglende uddannelse og arbejde, et liv på overførselsindkomst, dårlige helbredsforhold og risiko for fattigdom (Oldrup et al., 2010). Børresen (2002) påpeger lignende i følgende citat:

En generel tendens er, at socialt og økonomisk dårligt stillede befolkningsgrupper samles i bestemte geografiske områder og i de mindst attraktive dele af boligbestanden. I disse 'lavindkomst'- og 'lavstatusområder' synes immigranter fra tredjelande at være stærkt repræsenteret. (Børresen 2002: 4).

I en gennemgang af forskning omkring udsatte børn tegner der sig et billede af, at den forskningsbaserede viden primært tager afsæt på enten et individ- eller gruppeniveau, men ikke afsæt i selve dét forhold, at individer og grupper vokser op og lever deres liv i udsatte boligområder, og hvordan og på hvilke måder disse boligområder har betydning for hverdagslivet, herunder børnenes sociale, emotionelle og sundhedsmæssige udvikling. Langt oftere, især i dansk forskning, udforskes såkaldte *risikofaktorer* i børns

opvækst (Christensen, 2006), hvoraf opvæksten i udsatte boligområder og betydningen heraf imidlertid ikke direkte gøres til genstand for forskning og analyse.

Dette kan virke ganske paradoksalt, da stort set alle undersøgelser *nævner* udsatte børn og unges bo- og levestandard, men uden at inddrage disse forhold aktivt i børnenes livsmuligheder, deres oplevelser af hverdagslivet, udviklingsmuligheder, skolegang og uddannelse. Der er således en decideret *mangel på faktisk viden om, hvordan og på hvilke måder børns liv ser ud i disse såkaldte udsatte boligområder* (Sikandar, 2005), hvordan opvæksten i boligområderne kan forøge risikoen for vanskeligheder såvel som en påtrængende mangel på viden om, hvordan forebyggende indsatser i disse boligområder kan have betydning for denne gruppe børns livschancer.⁹

De små udsatte børn

Dette forskningsprojekt, der udforsker indsatserne i sundhedsplejens arbejde med små udsatte børn og deres familier i to udvalgte boligområder i København, hviler teoretisk på et uddannelsessociologisk perspektiv med inspiration fra især Bourdieu (2004) teoriapparat såvel som i dansk sammenhæng Hansens (2003, 2005) forskning om *chanceulighed* i uddannelsessystemet. Hertil trækkes på moderne barndomssociologisk forskning knyttet til børns hverdagsliv (Corsaro, 2005), hvor traditionen for at anskue børn, også helt små børn, som kompetente aktører i eget liv og ikke som sårbare og passive børn, således som den klassiske udviklingspsykologiske forskning traditionelt præsenterer (Petersen, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013).

Gennem de seneste årtier er der sket mange markante brud og forandringer inden for området knyttet til forskning om børn og barndom. Det sociologiske forskningsfelt har for eksempel taget flere afgørende skridt, der retter fokus mod at udforske barndommen og børns levede liv i de forskellige kontekster, der netop udgør det moderne vestlige barndomsliv (Corsaro, 2005; Qvortrup et al., 2009). Dette barndomssociologiske perspektiv sætter for alvor fokus på strukturelle betingelsers betydning for børns levede liv og belyser på mange måder, at det er vanskeligt at begrebssette barndomslivet som noget entydigt, fastlagt og forudsigeligt, idet børn lever under væsentlige forskellige strukturelle betingelser og muligheder.

På samme tid har også denne del af den sociologiske barndomsforskning for alvor sat fokus på at anskue børn som *kompetente aktører* i deres eget liv med muligheder for at øve indflydelse og skabe forandringer (James & James, 2004). Dette barndoms-

⁹ Niels Rosendal Jensen har i to rapporter præsenteret diskussioner af teoretiske forståelser af udsatte boligområder med afsæt i bysociologiske perspektiver. Se henholdsvis Jensen et al. 2012 og 2015 for disse diskussioner.

perspektiv medvirker således til at skabe grundlag for at udfordre de mere traditionelle barndomsforståelser, hvor børn opleves som passive modtagere af alle de påvirkninger, de møder i deres barndomsliv, og blot er underlagt voksnes rammer og regler. Ligeledes har det psykologiske forskningsfelt budt ind med nye forståelser af børns udvikling, der i høj grad bryder med de traditionelle forståelser af udvikling, som foregående i faser og stadier og som noget, der foregår så at sige alene inde i barnet (Hedegaard, 2003; Højholt, 2005; Kousholt, 2005).

Når der argumenteres for samfundsmæssige forhold, som virker ind på børns opvækst, knytter det i denne sammenhæng primært an til, 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 socialt 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 for eksempel gode boligforhold, sundhed og velfærd (Hansen, 2003, 2005). Man kan med andre ord gå lidt bagvendt til værks, idet det er muligt at indkredse, at jo dårligere skolegang des mindre adgang er der til uddannelses- og arbejdsmuligheder – og at der tilsyneladende er en sammenhæng mellem dårlige uddannelses- og arbejdsmuligheder og vanskelige sociale livsforhold bredt forstået (Petersen, 2009, 2011; Jensen et al., 2012).

I det uddannelsessociologiske perspektiv har især Hansens (1986, 1988, 2003, 2005) generationsforskning givet væsentlige bidrag til forståelsen af begreberne *social reproduktion* og *social mobilitet*. Hansen belyser således, at det til stadighed, på trods af velfærdssamfundets udvikling, er sværere for børn fra arbejderklassen at opnå adgang til længere videregående uddannelser, bedre job og derigennem også bedre boligforhold og andre sociale goder. Her anvendes begrebet livschancer, der defineres som forskelle i positioner i samfundsstrukturen og knytter an til et fokus på den samfundsmæssige sociale ulighed, der træder frem i form af forskelle i leveforhold mellem de forskellige sociale klasser (Hansen, 2003, 2005).

Hansen argumenterer ligeledes for, at hvis begrebet social arv skal have sin teoretiske og empiriske berettigelse, så skal det anvendes i bestemte afgrænsede forståelsessammenhænge:

" ... må fænomenet forstås som den kendsgerning, at sandsynligheden for at tilhøre den dårligst placerede gruppe i den nuværende samfundsstruktur er størst, når ens forældre også i sin tid var dårligst placeret i den daværende anderledes samfundsstruktur" (Hansen, 2003: 117).

Hansen (2003, 2005) kritiserer den tilsyneladende udbredte anvendelse af begrebet social arv for at være for fokuseret på individet og argumenterer for, at der med anvendelsen af begrebet livschancer skabes blik for de samfundsmæssige processer, der medvirker til at opretholde ulighedsstrukturer, frem for en fastholdelse af individorienterede egenskaber og adfærdsformer, der går igennem generationerne.

Social arv er her således rammet ind som et fænomen, der hører til sandsynligheden for individets placering i de samfundsmæssige hierarkier, og begrebet livschancer tages i anvendelse for at fastholde fokus på, at der er tale om komplekse samspil mellem individ og samfund.

At der fortsat, på trods af samfundsmæssige forandringer, kan identificeres markante sociale forskelle i uddannelsessøgning, såvel som i hvilket uddannelsesniveau individet opnår gennem sin livstid, er velunderbygget blandt andet gennem Hansens (1986, 1988) generationsundersøgelser. Således er det empirisk påvist, at på trods af de senere årtiers samfundsmæssige forandringer er der fortsat flest børn af forældre fra mellemlange og lange videregående uddannelser, der selv får en mellemlang eller lang videregående uddannelse. Her overfor vises det således også, at børn fra ikke-faglærte arbejderhjem ofte selv forbliver i ufaglært arbejde. Tallene fra Hansens generationsundersøgelser, der har fulgt en generations livsforløb fra 14-års alderen i 1968 og frem til 38-års alderen i 1992, er interessante i denne sammenhæng. Resultaterne fra undersøgelsen viser, at uligheden nemlig på samme tid er både *generel* og *systematisk*. Med *generel* henvises til, at den sociale ulighed genfindes inden for alle de komponenter, som der undersøges. Med *systematisk* henvises der til, at de gode og eftertragtede levevilkår findes blandt de bedst uddannede og omvendt, at de belastede levevilkår genfindes blandt de dårligst uddannede. Hansen (1996, 1988) påviser hertil, at forhold som sygdom, skilsmisse, generelt dårlige levekår såvel som arbejdsmæssige bevægelsesmuligheder direkte er knyttet til forældres (og børnenes) skole- og uddannelsesforhold, eller med andre ord jo højere uddannelse jo bedre levevilkår set i et generelt perspektiv.

Bourdieu's reproduktionsteori (2004, 2005, 2006), hvor der er fokus på uddannelsens betingelser, funktioner og betydning, medvirker til på et overordnet samfundsmæssigt niveau at indkredse, hvilke vilkår og muligheder der antages at være til stede for individets bevægelser gennem de sociale klasser. Særligt Bourdieus (Bourdieu &

Passeron, 2006) begreber *kapital* og *habitus* er centrale analysebegreber i forståelsen af, hvordan klasseforskelle udvikles og fastholdes og konstant reproduceres i et samfundsmæssigt perspektiv. Begrebet kapital henviser til de værdier og ressourcer, den enkelte er i besiddelse af. Her skelner Bourdieu mellem fire forskellige former for kapital: den *økonomiske*, den *kulturelle*, den *sociale* og den *symbolske*. Den økonomiske kapital omfatter indkomstressourcer, mens den kulturelle kapital henviser til den mængde af viden og uddannelse, en person er i besiddelse af. Den kulturelle kapital antages at fremtræde gennem tre former: en kropslig form, der afspejles gennem sprog, smag og dannelse; en objektiveret form, hvor kunst og arkitektur er i centrum samt en institutionaliseret form, der omfatter besiddelse af uddannelse og eksaminer. Den sociale kapital handler om den mængde af relationer og sociale netværk, som en person er i besiddelse af, og som kan antages at have betydning for at opnå en magtfuld samfundsmæssig placering. Den fjerde og sidste er den symbolske kapital, som faktisk samler de andre kapitaler, forstået på denne måde, at mængden af den symbolske kapital viser hen til, at en person er i stand til at tage stilling til, hvad der i et samfund opfattes som værdifuldt og ønskværdigt at gøre og være i besiddelse af. Med begrebet *habitus* forklarer Bourdieu (2005), at der er tale om:

"... varige dispositions-systemer, der er prædisponerede for at fungere som strukturerende strukturer, dvs. som principper, der frembringer og strukturerer praksisser og repræsentationer..." (Bourdieu, 2005: 107).

Habitus omfatter således de strukturer, der er organiseret hos den enkelte, det gælder både kognitivt som mentalt, og som fungerer som en form for handlingsanvisning på, hvordan den enkelte forholder sig til og handler i sin tilværelse. På den ene side er personens *habitus* individuel, det vil sige, den udgør den enkelte persons egne unikke forståelser og handlinger, men den er samtidig også en afspejling af den klasse, som personen tilhører. Det vil sige, at *habitus* fungerer som varige, men dog foranderlige skabeloner for forskellige oplevelser, vurderinger og handlinger (Bourdieu, 2005).

Det, som er centralt i denne sammenhæng, er, at Bourdieus teoretiske perspektiv (2004, 2005) bidrager til at belyse, hvorledes for eksempel daginstitutionen, skolen og uddannelsesinstitutionerne medvirker til at fastholde og reproducere bestemte former for kulturel kapital, der igen på længere sigt bevirker, at de elever, der mestrer de samfundsmæssigt anerkendte kapitalformer, også klarer sig bedre i uddannelses- og arbejdslivet (Palludan, 2005; Mehan et al., 1993). Herhjemme i Danmark har Bourdieus teoretiske perspektiver haft stor gennemslagskraft, og der er efterhånden 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.

International forskning (De Graaf et al., 2000; DiPrete, 2002; Breen & Goldthorpe, 2001) indkredser for eksempel, at der på trods af de samfundsmæssige velfærdsinstanser 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 skolestemet.

Det er inden for dette uddannelsessociologiske perspektiv, at begrebet *udsatte børn* anvendes i nærværende sammenhæng og skaber derved grundlag for empirisk at udforske, hvorledes forskellige indsatser udført af sundhedsplejen i de tidlige barnedomsår medvirker til at forøge og forbedre børns og især udsatte børns livschancer.

På samme tid sættes der i nærværende projekt også fokus på at komme tæt på både det enkelte barn og dennes familie med henblik på at indkredse viden om udsatte små børn og deres familier.

I den sammenhæng anvendes begrebet *børn i sociale nødsituationer*, der er udviklet af den norske forsker Mathiesen (1999).

Begrebet sociale nødsituationer rummer en forståelse af børns 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 børns livs- og udviklingsbetingelser. Mathiesen (1999) anvender begrebet pædagogiske nødsituationer, der henviser til, at barnets livssituation er karakteriseret ved et fravær af udviklingsbetingelser. Et fravær af udviklingsbetingelser kan i høj grad omfatte udsatte familieforhold, udsatte bo- og levestandard, manglende inklusion i daginstitution og skole såvel som manglende muligheder for at komme til udvikling i for-

hold til deltagelse i fritidsaktiviteter, muligheder for ungdomsuddannelse og et arbejdsliv fremadrettet.

Når begrebet udsatte børn teoretisk er præciseret, er det imidlertid også væsentligt at belyse, hvordan og på hvilke måder denne gruppe børns barndomsliv træder frem.

Social udsathed er ikke et entydigt teoretisk eller empirisk begrundet begreb, men anvendes ofte i såvel forskningen, i den politiske offentlighed og i praksisfeltet som en samlet betegnelse for en gruppe af børn, der af forskellige grunde har det særlig svært i deres opvækst. Det er dog imidlertid ganske vanskeligt at indkredse, hvornår de forskellige begreber anvendes og hvorfor, ligesom der i en gennemgang af såvel danske som internationale forskningsstudier kan identificeres en omfattende mængde af begreber, som tilsyneladende handler om det samme, nemlig børn som har *det særlig svært i deres livssituation*, men at både årsagerne hertil samt omfanget og varigheden af det særligt svære varierer afhængigt af undersøgelseernes teoretiske og empiriske design (Petersen, 2009).

En række danske studier har imidlertid medvirket til at indkredse såvel årsager som tegn på særligt svære opvækstvilkår og kan i denne sammenhæng anvendes til at komme tættere på, hvad der egentligt er på tale. Schultz Jørgensen et al. (1993) anvender for eksempel begrebet risikobørn, der omfatter en tredeling mellem børn, der på forskellig vis befinder sig i en risikozone; børn der var egentlige "problembørn", og som allerede havde været udsat for omfattende belastende forhold i deres opvækst, og børn der var "truede" i deres udvikling, fordi de havde oplevet alvorlige belastninger, der stillede krav om særlig pædagogisk hjælp, samt børn med særlige behov, der omfatter børn, som også har oplevet vanskeligheder i deres opvækst, men hvor problemstillingerne ikke har været så omfattende, at det har haft afgørende indvirkning på barnets udvikling og trivsel. Undersøgelsens konklusioner på daværende tidspunkt medvirkede på samme tid til at angive et cirkatal for omfanget af risikobørn i det danske samfund til mellem 10-15 %. Ti år senere har Schultz Jørgensen (2002) indkredset, på baggrund af den tidligere undersøgelse, at gruppen af risikobørn ikke er mindsket gennem denne tiårige periode, der er snarere tale om, at der inden for den beskrevne tredeling kan iagttages forøgelse i antallet af risikobørn. Gruppen af problembørn vurderes således at være steget fra de dokumenterede 5 % i 1993 med grundlag i, at der for det første kan identificeres en stigning i antallet af børn henvist til specialundervisning, for det andet en forøgelse af børn med medicinske/neurologiske diagnoser, og for det tredje at andelen af børn anbragt uden for hjemmet er nogenlunde konstant over denne tiårige periode. For gruppen af truede børn vurderer Schultz Jørgensen (2002) ligeledes at være konstant omkring cirka 5 % også set over den tiårige periode.

Denne vurdering skal ses i lyset af, at forekomsten af familier med sociale problemer ikke er mindsket gennem perioden, det vil sige, det kan formodes, at børnene fortsat lever under belastende forhold. Derudover inddrages i denne sammenhæng også børn, der vurderes som isolerede/ensomme, såvel som børn der udsættes for massiv og hyppig mobning. For den sidste gruppe af børn, der omfatter børn med særlige behov, vurderes der også at være en stigning i relation til tidsspændet, idet henvisninger til PPR har været stigende gennem denne periode, ligeledes har forekomsten af skilsmisser i samfundet. Da Schultz Jørgensen et al.'s (1993) undersøgelse indkredsede, at der formodentligt var tale om en samlet gruppe på mellem 10 og 15 %, argumenterer Schultz Jørgensen (2002) imidlertid, at der cirka 10 år efter er tale om en samlet forøgelse af antallet af risikobørn og angiver tallet til at være mellem 15-20 %. Hvis vi tager afsæt i Schultz Jørgensens (2002) antagelser, så kan der således angives en stigning i antallet af socialt udsatte børn i det danske samfund – set over en tiårig periode.

I 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 overvejende trækker 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 racetilhørsforhold (især for de amerikanske studier).
- Den individuelle forklaringsramme trækker på psykologiske og psykiatriske årsagsforklaringer, hvor barnets udsathed analyseres i relation til barnets adfærd (for eksempel testet gennem psykometriske testmetoder og diagnosebeskriv-

elser).¹⁰ Her udpeges barnets adfærd som den primære årsagsforklaring på barnets udsatte livssituation.

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, 2005; Schwartz, 2005; Petersen, 2009, 2010, 2012; Jensen et al. 2012, 2015). Inden for denne forskningstradition ses især på de professionelles forståelser, handlinger og faglige kompetencer i deres arbejde, uanset om arbejdet foregår i 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.

Daginstitutionens betydning i forhold til udsatte børn

Både delprojekt nr. 1 såvel som delprojekt nr. 2 har i nærværende sammenhæng et fokus på betydningen af, at små børn i udsatte boligområder kommer i daginstitution. Således rummer især delprojekt nr. 2., det såkaldte Tingbjergprojekt, et eksplicit fokus på sundhedsplejens indsatser rettet mod at fremme, at små udsatte børn i dette boligområde kommer i vuggestue og børnehave.

Internationale forskningsoversigter peger generelt på, at en tidlig pædagogisk indsats vurderes at have en positiv virkning, men der er til stadighed uenighed om, hvilke former for indsatser der medvirker til at forbedre udsatte børns udviklingsmuligheder (Gallagher, 1991; Kendall, 1995; Barnett, 1995; Boocock, 1995; Blok et al., 2005). I den internationale forskning er det ret beset ikke ny tænkning at inddrage daginstitutionen som en tilrettelagt pædagogisk indsats overfor udsatte børn (se også Petersen, 2006, 2009).

Et bredt vue over det internationale forskningsfelt indkredser en række studier, der har beskæftiget sig med udvikling af tidlige pædagogiske indsatser i daginstitutionen¹¹ rettet mod udsatte børns udviklingsmuligheder.

¹⁰ WHO ICD-10, Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser – klassifikation og diagnostiske kriterier.

¹¹ Begrebet daginstitution anvendes som overordnet samlebetegnelse vel vidende, at der findes en omfattende mængde pasningsformer såvel offentlige som private i andre lande. Årsagen til,

Internationale studier af tidlige pædagogiske indsatser¹² er omfattende i antal og indhold gennem de sidste 40 år. Primært forekommer der en mængde studier fra USA, hvor traditionen for at anvende et randomiseret forskningsdesign til at måle indikatorer på effekt af en given indsats anvendes i langt højere grad end i andre lande, herunder Danmark.

Således har et studie (Schweinhart et al., 1993) fulgt en gruppe af børn gennem deres skolegang, ungdomsliv og senere voksenår, og resultater fra studiet peger på, at børn, som har deltaget i den pædagogiske intervention i de tidlige barndomsår, klarer sig bedre i ungdoms- og voksenlivet sammenlignet med den kontrolgruppe, der ikke modtog pædagogisk intervention.

"The Abecedarian project" (Ramey et al., 1979; Ramey & Farran, 1983) har iværksat pædagogiske indsatser knyttet til udsatte børns kognitive, sociale og sproglige udvikling. Projektet blev iværksat i USA i 1972 og løb frem til 1977 og er et longitudinelt randomiseret forskningsstudie inspireret af Brofenbrenners (1986) teoretiske perspektiver. Bronfenbrenners perspektiver viser sig især gennem den pædagogiske tilrettelæggelse af projektet, hvor også forældrene inddrages aktivt såvel som barnets generelle miljø, idet der både gives en pædagogisk indsats og ligeledes gives medicinsk og ernæringsmæssig støtte. Her forsøges således at give barnet en helhedsorienteret støttende indsats frem for kun at forholde sig til barnets daglige timer i daginstitutionen. Studiet viser resultater ved at følge børnene 10 år efter, hvor de går i skole, gennem kognitive tests, hvor de børn, der havde modtaget den pædagogiske indsats, klarede sig væsentligt bedre i deres skoleforløb end børnene i kontrolgruppen, der både havde dårligere skoleresultater og måtte gå klasser om.

McCartney et al. (1985) foretager en undersøgelse af forskellige daginstitutioner og peger på, at daginstitutioner med "høj kvalitet" medvirker til at øge børns sprogudvikling og sociale færdigheder. Begrebet høj kvalitet omfatter i denne sammenhæng forhold som voksen-barn ratio, personalets uddannelse samt tilrettelagte læringsprogrammer¹³ med fokus på barnets kognitive udvikling. Det amerikanske stu-

at begrebet daginstitution anvendes og fastholdes, er, at der i denne undersøgelse tages udgangspunkt i børns pasning uden for hjemmet inden skolestart.

¹² De internationale studier, der henvises til i dette afsnit, er indkommet fra en søgning i udenlandske databaser, som er anvendt i en forskningsoversigt over daginstitutionens betydning for socialt udsatte børn. For mere detaljeret information om søgestreng, kriterier for udvælgelse af studier samt nærmere analyse af resultater se Petersen, K.E. (2006) "*Daginstitutionens betydning for socialt udsatte børn – en forskningsoversigt*". www.dpu.dk/hpa/publikationer

¹³ Begrebet læringsprogrammer er min oversættelse fra engelsk, hvor det engelske ord curriculum anvendes. Når jeg anvender begrebet læringsprogrammer, er det for at fastholde en distinktion mellem dette begreb i relation til den danske model over læreplaner. Der er tilyneladende ikke basis for at anvende begrebet læreplaner, således som det er udviklet i en dansk

die foretaget af Magnuson et al. (2004) har gennem en sammenligning af forskellige daginstitutionstyper i USA fundet, at børn, som er i daginstitution, hvor der er tilrettelagte læringsprogrammer med fokus på forberedelse til skolelivet, klarede sig bedre gennem de første skoleår sammenlignet med gruppen af børn, der ikke havde deltaget. Hertil påviser undersøgelsen, at daginstitutionen har betydning for udsatte børn, hvilket blandt andet forklares med, at udsatte børn i daginstitutionen modtager en kognitiv støtte og stimulering, som de ellers ikke får hjemmefra. Undersøgelsen har endvidere fokus på strukturelle forhold i institutionerne, herunder personalets uddannelse, voksen-barn ratio, samt hvorvidt de forskellige institutioner havde tilrettelagte læringsprogrammer.

Det engelske studie "The Eppe Project" af Sylva et al. (2003) og Sammons et al. (2003, 2004a, 2004b) har også foretaget en sammenlignende analyse af daginstitutionens betydning, hvilket igen skal ses i forhold til de forskellige pasningsformer, der eksisterer i England. Her viser resultater fra undersøgelsen, at der er forskel på børns kognitive og sociale udvikling set i forhold til, om børnene er i daginstitution, inden skolegang påbegyndes, eller om de passes hjemme. Børn, der er i daginstitution, klarer sig væsentligt bedre i de sociale og kognitive tests, mens de børn, der blev passet hjemme, også viste sig overvejende at have hjemlige forhold, der var præget af, at moderen var arbejdsløs, ingen uddannelse havde, lav indkomst og anden etnisk herkomst end engelsk.

Studiet indbefatter også undersøgelser af personalenormering, personalets uddannelsesniveau, brugen af tilrettelagte læringsprogrammer samt institutionernes fysiske forhold.

I dag herhjemme i Danmark vil det være svært at foretage denne type af sammenlignende undersøgelser, dels fordi der ikke i den danske dagpasningsmodel opereres med et utal af forskellige pasningsformer, og dels fordi størstedelen af alle danske børn i alderen 3-6 år er i dagtilbud, og det vil således være vanskeligt at foretage sammenligninger med børn, som ikke er i dagtilbud med henblik på at udforske effekten af de pædagogiske indsatser. Når dette er betonet, eksisterer der imidlertid en række meget centrale undersøgelser, som er foretaget gennem de senere år, der på forskellig vis udforsker daginstitutionens arbejde og betydning i relation til udsatte små børn og

kontekst, idet der ofte i de udenlandske studier er tale om meget strukturerede tilrettelagte læringsforløb med et særligt sigte på at støtte barnets skolestiske færdigheder frem mod skolestart. Der er for nuværende ved en gennemgang af den danske model for læreplaner ikke basis for, at de to begreber kan antages at være enslydende hverken i indhold eller teoretisk udformning eller i de måder, hvorpå læreplaner formidles i den pædagogiske praksis med børn i førskolealderen.

deres forældre (Nordenbo et al., 2008, 2009, 2010; Larsen et al., 2011, 2012, 2013; Nielsen et al., 2014).

Der har ikke været tradition for at se på effekten af daginstitutionens indsatser i dansk sammenhæng. To interessante projekter, som imidlertid har fokuseret på at følge udsatte børns liv i daginstitutionen og måle effekten heraf, skal dog nævnes. Henholdsvis det såkaldte HPA-projekt¹⁴ samt VIDA-projektet, som er de eneste i dansk forskning, der direkte følger børnene gennem daginstitutionsperioden og måler børnenes sociale, emotionelle og kognitive udvikling både før, under og efter. Projektets formål var at undersøge, om det at arbejde målrettet og systematisk med pædagogiske forandringer i daginstitutioner og døgninstitutioner ud fra forskningsprojektets interventionsoplæg kunne bidrage til at modarbejde konsekvenser af en opvækst præget af negativ social arv. Der konkluderes også, at effekten af intervention i projektet generelt peger mod øgede livschancer, men også at projektet primært, særligt på det socio-emotionelle område, er til gavn for midtergruppen af børn og ikke som tiltænkt de mest udsatte børn, men at de mest udsatte børn ser ud til at blive styrket på visse kognitive områder, for eksempel i forhold til matematiske kompetencer (Jensen, 2009a, 2009b).¹⁵ Forskningsprojektet 'Vidensbaseret indsats over for udsatte børn i dagtilbud – modelprogram', forkortet VIDA, bygger videre på resultaterne fra HPA-projektet. Formålet med VIDA-projektet er at dokumentere, hvilke pædagogiske indsatser der kan sikre udsatte børn en bedre tilværelse. VIDA omhandler et særskilt fokus på programmer rettet mod forældre. Konklusionen fra projektet er blandt andet, at VIDA har en effekt på alle børn i forhold til trivsel og socio-emotionel udvikling, men at programmet ikke i særlig grad løfter de udsatte børn. VIDA viser også, at forældreinvolvering har betydning for reducere af adfærdsproblemer hos de involverede børn (Jensen, 2013).¹⁶

Derudover ved vi også, at der fra tidligere forskning er store forskelle mellem daginstitutioner, afhængigt af institutionernes fysiske og geografiske beliggenhed på det danske landkort. Denne forskel har Christensen (1996) betonet med afsæt i begrebet social segregering, der viser hen til, at børn kommer i daginstitution tæt ved, hvor de bor, og dette betyder, at når der er forskelle i menneskers boligforhold, så viser denne forskel sig også i daginstitutionerne. Således har Petersen (2009, 2011) indkredset med afsæt i pædagogerne forståelser af deres arbejde, at den største forskel knyttet til arbejdet argumenteres i forhold til antallet af udsatte børn i den enkelte daginstitu-

¹⁴ Forskningsprojektet 'Handlekompetencer i pædagogisk arbejde med socialt udsatte børn og unge – indsats og effekt', forkortet HPA-projektet, blev gennemført i perioden 2005-2009. Se eventuelt uddybende rapporten af Jensen et al., 2009.

¹⁵ Se også HPA-projektets hjemmeside: <http://edu.au.dk/forskning/projekter/vida/hpa>.

¹⁶ Se også VIDA-projektets hjemmeside: <http://edu.au.dk/forskning/projekter/vida>.

tion. Der er tale om store forskelle både i struktur og indhold i det pædagogiske arbejde, i personaleressourcer og også i fokus på pædagogikken. Tre overordnede typer af daginstitutioner kan således indkredses:

Type A: Der omfatter daginstitutioner, hvor det pædagogiske personale vurderer, at de ikke har nogen udsatte børn. Denne type daginstitution er primært fysisk beliggende i villa- og parcelhusområder.

Type B: Der omfatter daginstitutioner, hvor det pædagogiske personale vurderer, at der er en stor gruppe udsatte børn, samtidig med at der også er en stor gruppe af "normalt velfungerende børn". Endvidere indkredses der også her at være en voksne gruppe børn, en såkaldt "gråzonegruppe", der omfatter børn, som det pædagogiske personale i forskelligt omfang er bekymret for enten periodisk eller over længere tid. Denne type daginstitution er ofte beliggende på grænsen mellem forskellige typer af boligbebyggelse, for eksempel mellem almennyttige boligområder og parcelhusområder, og modtager således børn fra forskellige områder af bybilledet.

Type C: Der omfatter daginstitutioner, hvor det pædagogiske personale vurderer, at størstedelen af deres børn kan karakteriseres som udsatte, og hvor gruppen af såkaldte normale børn er meget lille. Type C daginstitutionen er yderligere karakteriseret ved fysisk at være beliggende i udsatte boligområder. I type C daginstitutionen ved vi også fra tidligere forskning, at det pædagogiske personale i højere grad arbejder ud fra socialpædagogiske forståelsesrammer (Jensen, 2006), som i praksis betoner betydningen af familiearbejde, støtte til forældrene i forskellige former såvel som en lang række særligt tilrettelagte indsatser, der fokuserer på at udvikle udsatte børns sociale, emotionelle og kognitive kompetencer (Petersen, 2009, 2010).

Netop type C daginstitutionen er i nærværende sammenhæng i fokus, al den stund at forskningsprojektet også er rettet mod betydningen af sundhedsplejens samarbejde med pædagoger i daginstitutioner, såvel som sundhedsplejens arbejde med at støtte forældre til, at deres børn kommer i daginstitution, inden skolegang påbegyndes. Fra yderligere forskning særligt i disse type C daginstitutioner fysisk beliggende i udsatte boligområder er der indkredset viden om, at størstedelen af børnene har anden etnisk baggrund end dansk, og at udsathed knytter an til mange forskellige faktorer, der både omfatter barnets trivsel og udvikling såvel som forældres vanskeligheder i hverdagslivet (Jensen et al., 2012, 2015). Ligeledes er det indkredset, at netop i denne type daginstitution sættes der et meget eksplicit fokus på at udøve omsorg til de små udsatte børn, en omsorg, der både kan omhandle mad, tøj der passer til årstiden og det lille barns behov for at have en voksen tæt på hele dagen.

Vi ved ligeledes også, at når en daginstitution er beliggende i et såkaldt udsat boligområde, så er børnegruppen ofte karakteriseret ved, at op mod 85 % af børnene

har anden etnisk baggrund end dansk (Jensen et al., 2012). Netop i relation til etniske minoritetsbørn har tidligere forskning belyst, hvordan denne gruppe børn og unge fortsat klarer sig dårligere i det danske samfund på en lang række områder knyttet til skolegang, uddannelse og arbejde end etniske majoritetsbørn og unge (Jakobsen & Liversage, 2010; Danmarks Statistik, 2014). Hertil udtrykkes generelt også både blandt politikere og medier gennem de senere år en stor bekymring knyttet til etniske minoritetsbørn om, hvordan de klarer sig i daginstitutionen. Kommer de overhovedet i vuggestue, og hvordan klarer de sig i skolen fagligt og i forhold til det danske sprog? I relation til etniske minoritetsbørns skolegang har undersøgelser peget på, at børn kan risikere at opleve sig som marginaliserede i skolen (Gilliam, 2009) og italesættes som ballademagere, eller at etniske minoritetsforældre i daginstitutionen oplever, at de bliver behandlet forskelligt, netop fordi de har en etnisk minoritetsbaggrund (Palludan, 2005; Bundgaard & Gulløv, 2008). Andersen (2005) har ligeledes i sin undersøgelse belyst, at mødet mellem etniske minoritetsbørn og det sociale system, der har til formål at fremme inklusion gennem de socialpædagogiske indsatser, risikerer at ekskludere, problemgøre og stemple nogle af børnene og deres familier. Tilsvarende problemstillinger rejses i internationale og især europæiske studier, der ligeledes peger på vanskeligheder med skolegang, opnåelse af videregående uddannelse og tilknytning til arbejdsmarkedet for etniske minoritetsbørn og unge (Fekete, 2004; Heath & Brinbaum, 2007; Byrne, 2006) med fokus på især samfundsbetingset chanceulighed i uddannelsessystemet.

Fælles for både de internationale og danske studier knyttet til daginstitutionens indsatser overfor udsatte børn er dog et *systematisk fravær* af sundhedsplejens indsatser i daginstitutionen. Væsentligt for de internationale studier er, at betydningen af sundhedsindsatser i relation til daginstitutionen ikke beskrives eksplicit, men i højere grad indgår implicit i beskrivelsen af de tilrettelagte pædagogiske indsatser, for eksempel gennem ernæringsmæssige tiltag. Samtidig er det centralt at fremhæve, at den internationale forskning knyttet til daginstitutionens betydning for børns udvikling peger på, at det forbedrer børns uddannelseschancer, mindsker kriminalitet og senere også forbedrer job- og indtjeningsmuligheder, og særligt også hvis der er tale om såkaldte høj-kvalitetsdaginstitutioner, som direkte angiver at have en betydning særligt for udsatte børns sociale, emotionelle og kognitive udvikling (Petersen, 2006; Christoffersen et al., 2014).

Opsamling

I nærværende kapitel er projektets teoretiske grundlag blevet introduceret. Indledningsvist blev betydningen af opvækst i udsatte boligområder introduceret og undersøgelser, som har udforsket, hvorledes de boligmæssige opvækstforhold har betydning for børns sociale, emotionelle og kognitive udvikling, blev diskuteret.

Dernæst blev en række centrale forståelser af udsathed blandt små børn inddraget og medvirker til at underbygge, at der er tale om en udsathed, der så at sige foregår på samtidige – og ofte forbundne niveauer. Henholdsvis en samfundsmæssig, strukturel betinget ulighed, der sætter sig igennem som en ulighed i adgangen til de samfundsmæssige goder, såsom gode boligforhold, god skolegang, uddannelse og arbejde, og dels en ulighed, som kan indkredse børn som på forskellige måder befinder sig i det, som Mathiesen (1999) betegner som sociale nødsituationer. Disse sociale nødsituationer, som er karakteriseret ved et periodisk og/eller længerevarende fravær af udviklingsmuligheder, får betydning direkte for barnet og er der, hvor de professionelle – det være sig sundhedsplejen eller pædagogerne i daginstitutionen – har mulighed for at støtte barnets udvikling.

Ganske centralt for de forskellige teoretiske perspektiver er en forståelse af, at de forskellige perspektiver er indbyrdes forbundne. Når disse perspektiver forbindes med hinanden, opnår vi væsentlig viden om børns levede liv, deres livsbetingelser, opvækstmuligheder og tilsvarende begrænsninger. Dermed udskiftes det traditionelle blik på det enkelte barns udsathed som noget iboende eller som noget, der udelukken- de foregår i samspillet mellem barn og forældre, hen imod et fokus på, hvorledes samfundsmæssige strukturer og betingelser kan medvirke til at skabe udsatte livsforhold. Dansk uddannelsesforskning har netop præciseret, hvorledes børn fra familier uden lang uddannelse og uden tilknytning til arbejdsmarkedet på overførselsindkomst har langt vanskeligere ved at klare sig godt gennem daginstitution og skole og uddannelse i ungdomslivet (Palludan, 2005; Hansen, 2003, 2005; Jensen et al., 2012, 2015). Det har ikke meget at gøre med børnenes egne evner, men er derimod i langt højere grad et udtryk for en ulighed i de samfundsmæssige strukturer.

Kapitel 4

Projektets metodiske grundlag

Dette kapitel præsenterer forskningsprojektets metodiske grundlag. På baggrund af Heckmans (2006) analyser, som blev introduceret indledningsvist, synes det særligt relevant at fokusere på sundhedsplejens indsatser i forhold til børn i alderen 0-6 år. I forhold til den tidligere skitserede forskning synes det samtidig særligt relevant at fokusere på særlige indsatser overfor børn og familier, der bor og lever deres liv i udsatte boligområder. Dette lægger op til forskningsprojektets formål om at gennemføre et forskningsprojekt, som:

- har fokus på sundhedsplejens arbejde med udsatte børn i førskolealderen og deres familier
- har et særskilt fokus på sundhedsplejeindsatser i udsatte boligområder
- kortlægger sundhedsplejens indsatser i to udsatte boligområder (Haraldsgadekvarteret og Tingbjerg)
- fremlægger anbefalinger til, hvordan sundhedsplejeindsatser i udsatte boligområder fremover kan styrkes.

Forskningsprojektet er forløbet samlet over en periode på cirka 2 år – fra januar 2013 til december 2014.

Dette forskningsprojekt, som særskilt fokuserer på sundhedsplejeindsatser i udsatte boligområder, er overordnet placeret inden for den kvalitative forskningstradition. Det væsentlige i den kvalitative metode er, at man gennem forskellige former for dataindsamling bliver i stand til at skabe en dybere forståelse for det problemkompleks, der er genstand for undersøgelsen, og at netop denne metode skaber mulighed for at forstå problemkompleksets sammenhæng med helheden (Andersen, 1990). Konkret betyder dette, at de data, der indsamles, og de forskningsmetoder, der inddrages i projektforløbet, lægger vægt på at komme tæt på børn og voksnes levede liv, deres oplevelser og vurderinger af tilværelsen og forventninger til fremtiden.

Projektet er således særligt optaget af at indkredse og udforske sundhedsplejerskernes handlinger, forståelser og indsatser knyttet til børn og familier i udsatte boligområder. På samme tid er projektet optaget af at udvikle viden om udsatte børn og deres familier, som fremadrettet kan bringes i spil inden for sundhedsplejens arbejde med forebyggelse af udsathed og forbedring af små børns livschancer.

Projektets dataindsamlingsmetoder

I forskningsprojektet er der anvendt en række dataindsamlingsmetoder, som alle knytter an til den kvalitative forskningsmetode. Metoderne, der er anvendt, er semistrukturerede interviews, fokusgruppeinterviews, observationer og spørgeskemaundersøgelser. Dataindsamlingen er fordelt og anvendt på følgende deltagere:

- Semistrukturerede fokusgruppeinterviews med sundhedsplejersker knyttet til projektet "En god start på livet"
- Semistrukturerede interviews med ledere fra de involverede daginstitutioner
- En-til-en interviews med de involverede daginstitutioners samlede leder (Klyngeleder)
- Semistrukturerede interviews med fædre knyttet til projektet "En god start på livet"
- Observationer af de forskellige aktiviteter, der er iværksat i projekt "En god start på livet"
- En spørgeskemaundersøgelse rettet mod henholdsvis sundhedsplejen samt forældre, der udforsker, hvilke indsatser der fremadrettet er relevante at iværksætte overfor de små børn og deres familier
- Spørgeskemaundersøgelse rettet mod personalet i daginstitutionerne, som belyser grundlaget for den daglige praksis i arbejdet med de små børn og deres familier
- Semistrukturerede interviews med mødre tilknyttet mødregruppen og projektet "En god start på livet"
- Semistrukturerede interviews med mødre bosiddende i Tingbjergområdet.

Herudover udarbejdes i forbindelse med forskningsprojektet en kortlægning og oversigt over forskning i betydninger af sundhedsplejens tidlige indsatser – en state of the art.

Projektets datamateriale

I alt består interviewmaterialet af interviews med:

- 15 sundhedsplejersker
- 5 ledere fra daginstitutionsområdet
- 6 pædagogmedhjælpere fra daginstitutionerne
- 7 pædagogiske assistenter fra daginstitutionerne
- 14 pædagoger fra daginstitutionerne

- 2 fædre tilknyttet Fars Legestue
- 6 mødre bosiddende i Tingbjerg
- 4 mødre som deltager i mødregruppe

Spørgeskemamaterialet består af:

- 105/195 besvarede spørgeskemaer fra sundhedsplejerskerne
- 53/95 besvarede spørgeskemaer fra daginstitutionspersonale
- 11/13 besvarede spørgeskemaer fra mødregruppedeltagere

Observationsstudierne er udført følgende steder:

- Mødregruppe
- Fars Legestue

Alle interviews er optaget og efterfølgende transskriberet. Efterfølgende er transskriptionerne analyseret via meningskondensering (Kvale & Brinkmann, 2009). Meningskondensering består af fem trin, som tillader forskere at udtrække fund i datamaterialet og sammenfatte længere udtalte udsagn til korte deskriptive udsagn, hvori det sagte er kondenseret til få betydningsfulde ord.

Af hensyn til deltagerne er disse anonymiserede, således at det ikke er muligt at identificere enkeltpersoner i de beskrivelser, forskningsrapporten præsenterer. Deltagere i projektet har derudover skiftet enten navn, alder, køn, antal børn i familien eller etnicitet for netop at fastholde en sikret anonymitet. Rapportens forfattere er naturligvis bekendte med deltagernes oprindelse, ligesom ledere i henholdsvis daginstitutioner og fra sundhedsplejen er det med de involverede daginstitutioner, sundhedsplejersker, sociale aktiviteter, børn og forældre.

Selvom forskningsprojektet fremstiller svar på analysestrategiske spørgsmål, er det ikke ensbetydende med, at verden til alle tider ser ud som beskrevet, ej heller at de fremstillede forslag til sundhedsplejeindsatsen fremover er lige anvendelig i alle udsatte områder.

Forskningsprojektet kan således ikke konkludere, at sundhedsplejens indsatser og betydning til alle tider i alle områder af landet er at sammenligne med dem i dette projekt. Derfor må projektets fund i højere grad betragtes som en indkredsning af problematikker, udfordringer og mulige løsninger og tjene som grundlag for yderligere forskning på området. Således må forskningsprojektets generaliserbarhed knyttes sammen med forskningens resultater, og muligheden for yderligere at udvide den eksisterende viden på området, sådan som det tidligere er påpeget inden for den kvalitative forskningstradition (Dreier, 2004).

Kort præsentation af de involverede daginstitutioner

Forskningsprojektet involverer i alt fire daginstitutioner beliggende i Tingbjergområdet. De fire daginstitutioner er samlet under samme klyngeleder med hver deres pædagogiske leder derunder. Daginstitutionerne har en blandet sammensætning af personale, som består af pædagoger, pædagogmedhjælpere og pædagogiske assistenter, ligesom flere etniciteter er repræsenteret. Når man spørger til personalet, giver de indtryk af, at området er et "enten-eller" område, hvor ikke alle holder lige længe, men hvor der ligeledes er flere ansatte med et helt arbejdsliv bag sig. Personalets egen forklaring er, at de, som brænder for den udfordring, der er ved at arbejde i et udsat område, bliver længe, mens andre hurtigt erfarer, at det ikke er deres foretrukne arbejdsområde.

Kort præsentation af Fars Legestue

Fars Legestue er et tilbud til alle fædre med små børn på Nørrebro i København og er opstået som en pendant til kvinders mødregrupper, fordi en lokal far ytrede ønske om et sådant tilbud, som ikke skulle foregå i hjemmet, men i et miljø med flere aktivitetsmuligheder. Legestuen giver således fædre mulighed for at være sammen med deres børn ud fra den betragtning, at dette samvær ofte divergerer fra det samvær, et barn traditionelt har sammen med sin mor, eller når begge forældre er sammen om barnet. Formålet er ifølge Fars Legestue at give de små børn et mere nuanceret billede af, hvordan livet ser ud i forhold til, når børnene kun passes af deres mødre. Fars Legestue giver ligeledes fædrene mulighed for at tale med en tilknyttet sundhedsplejerske.

Kort præsentation af mødregruppe fra projektet "en ny start"

I forbindelse med projekt "En god start på livet", som er etableret blandt andre af sundhedsplejen i København og mere specifikt i forbindelse med Haraldsgadekvarteret, er der etableret en mødregruppe, som mødes sammen med to sundhedsplejersker hver fredag formiddag i to timer hen over både efter- og forårsperioden. Mødrene tilbydes deltagelse i mødregruppen gennem deres egen sundhedsplejerske, og er et frivilligt tilbud til mødrene.

Fokus er især på at give mødrene et sted at samles og mødes med andre mødre, og helt særligt at give sundhedsfaglig viden om små børn, opvækst og muligheder for deres børns udvikling.

Hertil omfatter projektet også et tværfagligt aspekt, idet sundhedsplejen arbejder på at øge det tværfaglige samarbejde, der især har fokus på at inddrage områdets dag-

institutioner, have kontakt til boligkvarterets boligsociale medarbejdere samt fungere som en form for brobygger til kommunens tilbud.

Mødregruppen i Haraldsgadekvarteret har fysisk til huse i et kulturhus på Nørrebro, hvor to sundhedsplejersker mødes hver fredag fra kl.10.00-12.00 med en gruppe mødre og deres børn.

Mødrene får tilbud om deltagelse i mødregruppen gennem deres egen sundhedsplejerske, og for nogens vedkommende er der ikke nødvendigvis tale om, at de har små nyfødte spædbørn, men børn der fortsat er i førskolealderen. Der er mellem 15-25 mødre i mødregruppen, nogle kommer hver gang, mens atter andre kommer, når de har mulighed herfor. Mødrene har typisk deres børn med, både de nyfødte, men ofte også ældre søskende. Alle mødre i gruppen har anden etnisk baggrund end dansk og kommer fra en lang række lande verden over. Som sundhedsplejerskerne fortæller kommer mødrene både fra Pakistan, Tyrkiet, Afghanistan, Palæstina, Libanon, Nigeria, Somalia og Ghana, men altså primært fra de arabiske og afrikanske områder af verden. En del af kvinderne har ingen uddannelse eller arbejde, mens nogle af kvinderne har en kort uddannelse som for eksempel social- og sundhedsassistent og er tilknyttet arbejdsmarkedet.

Et program for mødregruppen hen over en årsperiode ser for eksempel således ud:

Program kvindegruppe Januar 2014 til Juli 2014

Fredag den 10/1	Opstart med morgenmad
Fredag den 17/1	Barnets udvikling 0-3 mdr.
Fredag den 24/1	Barnets udvikling 3-6 mdr.
Fredag den 31/1	Barnets udvikling 6-12 mdr.
Fredag den 7/2	Søvn og spørgeskemaer fra Kirsten DPU
Fredag den 14/2	Barselsgymnastik
Fredag den 21/2	Barnets søvn
Fredag den 28/2	Ideer til emner
Fredag den 7/3	Svangerskabsforebyggelse og kvindekroppen
Fredag den 14/3	Sygdom og smitte/spørgsmål til institution
Fredag den 21/3	Besøg af institution Titanrosen
Fredag den 28/3	Overgangskost
Fredag den 4/4	Ansøgning til mødrehjælpen om udflugt
Fredag den 11/4	Globals kids
Fredag den 18/4	Lukket Påskeferie
Fredag den 25/4	Første Hjælp

Fredag den 2/5	Kultur og opdragelse med Faisal
Fredag den 9/5	Opsamling fra Faisal og planlæg udflugt
Fredag den 16/5	Lukket Store Bededag
Fredag den 23/5	Udflugt Zoologisk Have
Fredag den 30/5	Lukket Kristi Himmelfartsdag
Fredag den 6/6	Sansemotorik dans og leg med Janne
Fredag den 13/6	Yoga for kvinder
Fredag den 20/6	Besøg fra Tandplejen
Fredag den 27/6	Evaluering og snak om nye emner til efter sommerferien
Fredag den 4/7	Afslutningsfest ☺

Opsamling

I dette kapitel er forskningsprojektets metodiske grundlag præsenteret som et kvalitativt studie, der baseret på interviews, spørgeskemaer og observationer har til formål at klarlægge sundhedsplejens betydning i udsatte boligområder. Derudover er der givet en kort præsentation af de områder, hvori dataindsamlingen er foregået, og hvorledes de indsamlede data er analyseret via meningskondensering. Det er ligeledes beskrevet, hvorfor forskningsprojektets resultater ikke nødvendigvis er gældende til enhver tid og ethvert sted, men derimod må betragtes som vejledende i forhold til den indsats, der ydes i udsatte boligområder i fremtiden, ligesom projektet kan tjene som inspiration for yderligere forskning på området.

Kapitel 5

Analyse af datamateriale

Projektets datamateriale medvirker til, at der overordnet kan foretages en form for tematisk inddeling, der henholdsvis sætter fokus på sundhedsplejens perspektiver og forståelser i arbejdet med de udsatte børn og familier, et forældreperspektiv samt et perspektiv, der tager afsæt i daginstitutionen og pædagogernes arbejde med børn og forældre.

Nedenstående figur 5 belyser de tre tematiske inddelinger, som analyserne af projektets teoretiske og empiriske materiale vil bevæge sig hen over.



Figur 5.

Det første tema følger den viden, der er indfanget på baggrund af interview med sundhedsplejen, sundhedsplejens ledere samt spørgeskemaundersøgelse til alle sundhedsplejens forskellige teams i Københavns Kommune. Tema nr. 2 folder forældrenes perspektiv ud i relation til sundhedsplejens betydning for dem selv og deres børn, såvel som forældrenes oplevelser med børnenes hverdag i daginstitutionen. Det tredje og sidste tema sætter fokus på daginstitutionen og pædagogernes arbejde med børn og forældre.

Inden selve analysen af datamaterialet er det dog væsentligt kort at belyse betydningen af begrebet *perspektiv*. I nærværende sammenhæng er det netop begrebet perspektiv, som medvirker til at skabe viden om sundhedsplejens arbejde og betydning. Det, der er særligt vigtigt at betone, er, at der er tale om at udforske sundhedsplejerskernes, forældrenes og pædagogernes forståelser, oplevelser og erfaringer – fra deres specifikke perspektiv og ståsted.

At forskningsprojektets teoretiske og empiriske analyser udforsker både sundhedsplejens og pædagogernes perspektiver, betyder, at de professionelles forståelser, handlinger og organiseringer af det sundhedsmæssige, det pædagogiske, der sammenfattende knytter an til tidlige forebyggende indsatser, sættes i fokus som et led i at bi-

drage til forskning om børn fra et børneperspektiv. Som Kousholt (2005) betoner, betyder et børneperspektiv ikke kun, at alt omkring børn skal ses i *børnehøjde*:

"Den viden kan fx hentes fra analyser af børns opvækstvilkår og gennem samtaler med de voksne der har med børnene at gøre. Det handler altså både om at se på børns livsbetingelser og om at udforske hvad børn gør i de konkrete handlesammenhænge hvor de lever deres liv, og hvordan dette er forskelligt børnene imellem" (Kousholt, 2005: 109).

At udforske de professionelle, både sundhedsplejersker og pædagoger, der på forskellig måder arbejder med udsatte børn, skal således ses som et ønske om både at forbinde de professionelles arbejde til de specifikke kontekster, hvorunder de professionelle udfører deres arbejde, og netop ikke løsrivet herfra, og som et overordnet ønske om at bidrage til traditionen for barndomsforskning ud fra et børneperspektiv (Petersen, 2009, 2011).

Forældreperspektivet følger i tråd med de ovenstående bemærkninger. Vi ved fra anden barndomsforskning, uanset perspektivet på udsatte børn i særdeleshed eller børn og barndom i almindelighed, at netop forældrenes forståelser, handlinger, følelser og oplevelser har afgørende betydning for børns opvækst og hverdagsliv (Petersen, 2009; Kousholt, 2005; Schwartz, 2005; Højholt, 2005; Jensen et al., 2012).

Temaer i analyseprocessen

Inden den uddybende analyse af datamaterialet præsenteres, gives her en kort skitse af de analysetemaer, der er fremkommet.

Projektets analysestrategiske spørgsmål har fokuseret på at indfange og udvikle viden om de særlige indsatser, som sundhedsplejen udfører overfor udsatte børn og deres familier, som lever i udsatte boligområder (Petersen, 2009). Der er endvidere taget udgangspunkt i eksisterende forskning på området, hvilket i dansk sammenhæng er stærkt begrænset, men som i international er behæftet med en række forskningsprojekter, der blandt andet retter sig mod etnicitet (Martin et al, 2012) og effekter af hjemmebesøg (Peacock et al., 2013; Duggan et al., 2007), om end disse studier ikke kan sammenlignes direkte med nærværende projekt af forskellige årsager.

At området er karakteriseret som udsat, er på baggrund af de institutionstyper, som er repræsenteret, og som kan beskrives som typer af daginstitutioner med en stor gruppe af udsatte børn og beliggende direkte i et udsat område (Petersen, 2009). Således kan analysen knytte an til temaer, der belyser forståelsen af udsathed blandt de involverede fagpersoner, de vanskeligheder og udfordringer, der er knyttet til at arbej-

de i et sådan område, samt hvilke indsatser der fremmer de små børns udvikling og trivsel. Derudover inddrages forældres perspektiver på den indsats, der ydes, hvilken betydning indsatsen har for dem og deres familier, og der fremkommer tematikker omkring nyerhvervet viden og betydningen deraf.

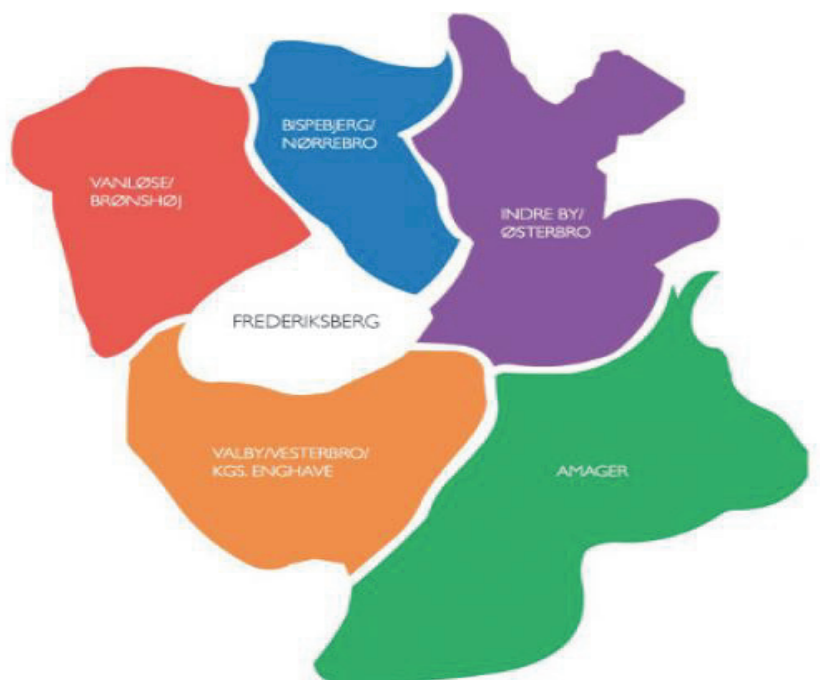
Selve analysekapitlet er delt op i to overordnede dele, henholdsvis en del der har særskilt fokus på delprojekt nr. 1, og den del der har særskilt fokus på analyse af datamaterialet fra delprojekt nr. 2. Indledningsvist sættes der i analysen fokus på delprojekt nr. 1, det såkaldte Haraldsgadeprojekt, hvor sundhedsplejens arbejde i henholdsvis fædre- og mødregruppe samt spørgeskema og fokusgruppeinterview med sundhedsplejersker i hele Københavns Kommune er i spil. Mere specifikt sættes der fokus på at indfange den teoretiske og praktiske viden, som danner grundlag for sundhedsplejens arbejde med de små udsatte børn og deres familier, og at indkredse, hvordan og med anvendelse af hvilke metoder det sundhedsmæssige arbejde foregår. Videre herfra inddrages mødre og fædres perspektiv på deres deltagelse i henholdsvis mødregruppen og i Fars Legestue, der både medvirker til at indkredse betydningen af sundhedsplejen for familier, men også betydningen af sundhedsplejens arbejde i forhold til udvikling af viden om små børns sundhedsmæssige, sociale og emotionelle udvikling.

Herfra bevæger analysen sig videre til delprojekt nr. 2, det såkaldte Tingbjergprojekt, hvor et særskilt blik på betydningen af sundhedsplejens øgede hjemmebesøg og samarbejde med fire daginstitutioner i Tingbjerg er i centrum for analyserne. Med afsæt i både sundhedsplejen og det pædagogiske personales arbejde trækkes en række tematikker frem, som på forskellig vis indfanger muligheder, vanskeligheder og betingelser i arbejdet i dette boligområde. Ligeledes inddrages mødrene, som har små nyfødte børn og derfor er tilknyttet sundhedsplejen, og deres perspektiver på både sundhedsplejens indsatser såvel som deres forståelser, oplevelser og erfaringer med daginstitutionen.

Delprojekt nr. 1. Haraldsgadeprojektet

Analyse af spørgeskemaundersøgelse fra sundhedsplejen i København

Som et led i dataindsamlingen har alle sundhedsplejersker i Københavns Kommune modtaget et spørgeskema, som de er blevet bedt om at udfylde i forbindelse med forskningsprojektet. I Københavns Kommune er sundhedsplejen opdelt i fem hovedområder; Amager, Bispebjerg/Nørrebro, Vanløse/Brønshøj, Indre By/Østerbro og Valby/Vesterbro/Kongens Enghave. Områderne er illustreret herunder:



(Oversigt over sundhedsplejens lokale tilbud i Københavns Kommune).¹⁷

Spørgeskemaerne har koncentreret sig om en række spørgsmål om køn, alder, ansættelsesforhold, uddannelsesbaggrund og -behov, arbejdets formål, målgruppen, arbejdets teoretiske og metodiske grundlag, arbejdspladsens indre og ydre struktur, områdets belastningsgrad i forhold til udsathed, samarbejde og kommunikation omkring de udsatte børn og deres familier samt udviklingen af den professionelle indsats overfor disse. I alt er der udsendt 195 spørgeskemaer, og der er kommet 105 retur, hvilket giver en samlet svarprocent på 53,8 %. Dog er den samlede svarprocent meget afvigende områderne imellem, hvilket er illustreret herunder:

¹⁷ Kilde: Københavns Kommunes hjemmeside: <http://sundhedsplejen.kk.dk/artikel/find-din-sundhedsplejerske>

Område	Antal medarbejdere	Antal svar	Svarprocent
Vanløse/Brønshøj	28	21	75 %
Bispebjerg/Nørrebro	43	32	74,4 %
Indre By/Østerbro	40	29	72,5 %
Valby/Vesterbro/Kongens Enghave	41	12	29,3 %
Amager	43	11	25,5 %

Blandt de besvarede spørgeskemaer er alle kvinder, og alle har svaret, at de en ansat som sundhedsplejersker. Størstedelen er da også sundhedsplejerskeuddannet (n=92), mens en mindre del er sygeplejersker (n=11). Derudover har en enkelt en mastergrad i sundhedspleje. To har ikke besvaret spørgsmålet. Alle områderne synes at være præget af stor arbejdsmæssig erfaring. Således er gennemsnitsalderen for dem, som har svaret fra de respektive områder, mellem 45 og 50 år, og den gennemsnitlige ansættelse i sundhedsplejen er mellem 9 og 14 år. Derudover har en række af de ansatte efteruddannelse som spænder over terapeutiske uddannelser, vejledningsuddannelser eller projektlederuddannelser. Overordnet gives der således et billede af et område præget af stor erfaring og faglighed.

At arbejde i et udsat boligområde

Adspurgte til, hvorvidt sundhedsplejerskerne oplever at arbejde i et udsat område, begynder svarene at adskille sig fra hinanden, særligt områderne imellem, om end der også er divergerende oplevelser knyttet til de enkelte områder. Området omkring Bispebjerg/Nørrebro opleves af flest sundhedsplejersker som et udsat område. Således svarer 78,2 % ja til dette, mens 15,6 % svarer både og. Området omkring Amager besvares af 63,6 % som et udsat område, mens områderne omkring Valby/Vesterbro/Kongens Enghave og Vanløse/Brønshøj er mere delt af de ansatte imellem med henholdsvis 41,7 % og 38,1 %, der oplever området som udsat. Området omkring Indre By/Østerbro beskrives af 13,8 % som et udsat område. De procentvise indikatorer på oplevelsen af at arbejde i et udsat boligområde skal aflæses med det forbehold, at områderne spænder vidt, og at der eksempelvis i området Vanløse/Brønshøj er store geografiske områder med velfungerende familier, og at området således ikke kun vedrører Tingbjergområdet.

Af de som tilkendegiver deres oplevelse af at arbejde i et udsat område, beskrives typisk manglende tid til at udføre en tilfredsstillende indsats, hvilket hos nogen efterlader en følelse af ikke at yde en tilstrækkelig indsats overfor familierne. Fysisk begrundes tidsmanglen i mere omfattende opgaver, øget behov for faglig refleksion og større tværfaglig involvering. Psykisk har arbejdet også betydning på den måde, at de udsatte familier godt kan fylde meget i sundhedsplejerskernes bevidsthed, også når de har fri. Arbejdet beskrives som stressende, særligt når der ikke er den fornødne tid til familierne, men også fordi arbejdsmiljøet ude hos de udsatte familier ofte er præget af manglende plads, dårlig belysning, dårlig hygiejne og tobaksrøg.

Arbejdet med de udsatte familier beskrives også i positive vendinger, hvor netop de faglige udfordringer og følelsen af at gøre en forskel fremhæves. Ifølge sundhedsplejerskerne adskiller arbejdet sig i udsatte områder fra andre områder på en række punkter. Oftest nævnes planlægning som et vigtigt parameter i arbejdet. Et punkt der til tider kan være svært at efterleve i praksis, da arbejdet med de udsatte familier ofte kræver en mere fleksibel planlægning, ligesom familierne ofte kræver flere behovsbesøg. Arbejdet i et udsat område kræver ligeledes en stor forståelse for kulturel mangfoldighed, hvilket både beskrives som en glæde ved arbejdet og en udfordring. Arbejdet som sundhedsplejerske i udsatte boligområder beskrives oftest som en forebyggende indsats, hvor familier og børn understøttes i bestræbelserne på en tryk opvækst.

Målgruppen og indsatsen

På spørgsmålet om, hvad der karakteriserer de små udsatte børn, adskiller svarene sig fra, hvad der karakteriserer de små børn, som ikke betragtes som udsatte. Således beskrives målgruppen for den ordinære ydelsesprofil som primært at have behov for generel omsorg, at have problemer med amning, søvn eller motorik. Målgruppen, der betragtes som udsatte, beskrives med problematikker som omsorgssvigt, trivselsproblemer, bekymrende udvikling, understimulering, under- eller overvægt og tilknytningsvanskeligheder. Tilsvarende beskrives de udsatte forældre som havende psykiske problemer, lav eller ingen uddannelse, arbejdsløshed, præget af negativ social arv og sprogproblemer.

Der er overvejende enighed i, at indsatsen i de udsatte områder svarer til problematikkerne, og særligt fremhæves muligheden for ekstra besøg, om end flere ressourcer altid ville kunne forbedre indsatsen. Blandt forslag til forbedringer nævnes hyppigst mere eller bedre tværfaglighed samt flere forældrekurser, mens tidligere kendskab til udsatte gravide og mindre tidsforbrug også er godt repræsenteret. Derudover peges på muligheden for at kunne henvise direkte til psykolog eller parterapi som potentiel forbedring af den faglige indsats.

Hvorvidt den givne indsats har nogen effekt er tilsyneladende subjektivt. Således svarer størstedelen, at en vellykket indsats vurderes individuelt via samtaler med forældrene, hvor det vurderes, om de profiterer af vejledningen, og om de opsatte mål nås.

Arbejdets teoretiske og metodiske grundlag

Med henblik på at belyse grundlaget for sundhedsplejerskernes arbejdsmetoder har de besvaret spørgsmål vedrørende deres teoretiske og metodiske tilgange til arbejdet. Psykologiske teorier er de foretrukne og indebærer tilknytningsteori, udviklingspsykologi og barndomspsykologi, mens mere terapeutiske tilgange som Marte Meo, motive-rende samtaler og narrative tilgange følger umiddelbart efter. Arbejdet tilrettelægges primært ud fra den gældende ydelses- og besøgsprofil, ligesom der planlægges individuelt ud fra familiernes gældende behov.

Sundhedsplejerskernes personlige grundlag for arbejdet karakteriseres som respekt, medmenneskelighed, åbenhed og anerkendelse. Begreber som ikke blot afføder gensidig respekt fra familierne, men også en grundlæggende tillid, som ifølge sundhedsplejerskernes svar er vigtig for at opretholde et godt samarbejde med deraf følgende effekt for de små børn og deres familier.

Belastningsfaktorer knyttet til arbejdet i udsatte boligområder

Som det tidligere er antydnet, så er der visse belastningsfaktorer knyttet til det at udføre sundhedsfagligt arbejde i udsatte boligområder, til trods for en generel tilfredshed med indsatsen, som tidligere er beskrevet som svarende til problematikkerne. Tidsbelastningen nævnes som den største udfordring, om end dette er præget af spidsbelastningsperioder og således ikke er konstant. Eksempelvis nævnes perioder med mange behovsbesøg og mange fødsler. Også administrativt arbejde og langsomme IT-systemer scorer højt på tidsrøvende faktorer. Travlheden gør det periodisk nødvendigt for sundhedsplejerskerne at prioritere mellem familierne, hvor de mest udsatte og sårbare prioriteres først. Der fremhæves ikke særlige belastninger knyttet til selve børnegruppen, selvom enkelte nævner, at bekymringer vedrørende særligt udsatte børn fylder meget, også i fritiden. Derimod fremhæves det, at travlhed generelt opstår hyppigere for de sundhedsplejersker, som er tilknyttet områder med mange udsatte familier. Problematikker og konfliktsituationer med forældrene opstår sjældent, og når det sker, er det primært ved underretninger om familien, og særligt hvis familien ikke oplever de samme problematikker som sundhedsplejerskerne.

Samarbejdet med kollegaer og ledelse beskrives ligeledes som overordnet problemfrit, om end socialforvaltningen kan være svær at komme i kontakt med. Når der indtræffer samarbejdsvanskeligheder løses disse oftest i åben dialog med de involverede parter. Dette vidner om et arbejdsområde præget af gensidig tillid og respekt, hvilket også kommer til syne, når sundhedsplejerskerne svarer på, hvordan de håndterer vanskelige sager i arbejdet. Her svares næsten enstemmigt, at sådanne problemer løses i fællesskab med kollegaer og ledere. Vanskelige sager karakteriseres som dem, hvor der opstår konkret bekymring om et barns stimulering og udvikling.

Der viser sig et billede af et fagområde, som er under udvikling, når arbejdet udføres med små børn og deres familier i udsatte områder. Indsatsen svarer i grove træk overens med problematikkerne, og sundhedsplejerskerne føler sig i vid udtrækning klædt på til opgaven. Hvor problemer opstår, løses de konstruktivt, ofte via supervision, og der spores en meget åben arbejdsplads, hvor respekt og gensidig tillid er nøgleord. Ikke blot medarbejdere og ledelse imellem, men også rettet mod familierne i området. Indsatsen bærer præg af at være båret af personligt engagement, krydret med de sundhedsfaglige strategier, der er mulige i kommunen. Forbedringer efterspørges særligt med henblik på at forbedre ydelsen overfor familierne, og således de små børns livschancer.

Analyse af fokusgruppeinterview med sundhedspleje i København

Datamaterialet medvirker til at indkredse en række temaer knyttet til sundhedsplejens arbejde med udsatte børn og familier. Dels indkredses forståelser af udsathed både teoretisk, og hvordan dette træder frem i sundhedsplejens praksis i arbejdet med de små børn og familier, og dels medvirker datamaterialet til at indkredse en række problemfelter knyttet til betydningen af sundhedsplejens arbejde som en tidlig og forebyggende indsats overfor udsatte små børn og familier.

Forståelser af udsathed – i teori og praksis

Datamaterialet medvirker til at indkredse, at sundhedsplejerskerne, uanset hvor de arbejder, har en omfattende viden om udsathed forbundet til deres praktiske sundhedsfaglige arbejde.

Udsathed forbindes til både de små børn og deres forældre. For børnenes vedkommende sættes der fokus på barnets vægt, mad/amning, søvn mønstre, øjenkontakt og fysiske udvikling i den tidlige spædbarnsperiode.

Som en af sundhedsplejerskerne udtrykker det under fokusgruppeinterview:

"Det er små børn, der står på vægten eller taber sig, og hvor det er svært ved at få øjenkontakt" (Citat, fokusgruppeinterview med sundhedsplejen, Nørrebro-området).

Herfra følger flere opmærksomhedspunkter, efterhånden som det lille barn vokser, og særligt opmærksomheden mellem mor og barn kommer i fokus.

"Ja, altså her begynder vi særligt at lægge mere mærke til, hvordan samspillet er mellem mor og barn, og hvordan mor forholder sig til sit barn" (Citat, fokusgruppeinterview med sundhedsplejen, Nørrebro-området).

Mere specifikt uddybes, at samspillet mellem mor og barn omhandler, hvordan mor taler til sit barn, giver omsorg, sørger for stimulation og håndterer de udfordringer, der er forbundet til, at små børn ikke altid vil sove eller spise.

Jo ældre barnet bliver, jo mere begynder sundhedsplejersken også at kigge på de omgivelser, barnet vokser op i. Hvordan ser hjemmet ud? Er der bøger og legetøj, og hvordan tilrettelægges aktiviteter sammen med barnet? Ofte ser sundhedsplejen disse forhold ved hjemmebesøg og indkredser, at for børn og familier, som man fagligt er bekymret for, er der ofte meget begrænsede lege og aktiviteter rettet direkte mod barnets sociale, emotionelle og kognitive udvikling. Når barnet er cirka 8 måneder, sætter sundhedsplejen både fokus på samspillet mellem mor og barn såvel som fokus på barnets sprogudvikling og lyst til "selvhjulpethed", hvilket omfatter en forståelse af, at barnet selv forsøger at gøre ting, udviser energi og søger aktiviteter.

Generelt peger datamaterialet på, at sundhedsplejerskerne ikke anskuer etniske minoritetsbørn og familier som særligt eller særskilt udsatte, men at der i højere grad er tale om, at udsatheden træder forskelligt frem i henholdsvis etnisk danske familier og etniske minoritetsfamilier. Udsatheden er således ikke bundet til forklaringer i forhold til etnicitet, men i langt højere grad bundet til sundhedsplejens iagttagelser og erfaringer med den enkelte familie, herunder særligt moderens omsorgs- og opdragelseskompetencer. For nogle af sundhedsplejens teams fordelt hen over Københavnsområdet gælder, at i specifikke områder er størstedelen af familierne etniske minoritetsfamilier, mens andre slet ikke møder familier med anden etnisk baggrund end dansk. Netop dette forhold viser hen til det, som Børresen (2002) betegner som *boligmæssig segregering*, idet de fleste etniske minoritetsfamilier er bosat i de såkaldte særligt udsatte boligområder, hvilket betyder, at sundhedsplejerskerne, hvis deres arbejde er knyttet til et sådan område, stort set ikke møder etnisk danske børn og familier.

Når etnisk danske familier opleves som udsatte i sundhedsplejens arbejde, så er det ofte mødre, som er alene med flere børn, mødre som ikke har uddannelse, og som

lever et liv på overførselsindkomst. Hertil kan der optræde (flere) fædre, som oftest er fraværende i pleje og omsorg for barnet såvel som for familien som helhed. Mere specifikt træder udsatheden frem i relation til moderens manglende fokus og overskud til at tage vare på det lille spædbarn og en tilsyneladende manglende interesse i barnets sundhed, trivsel og udvikling. Gennem flere af fokusgruppeinterviewene med sundhedsplejen træder en række eksempler frem på denne gruppe af mødre og små børn:

"Ja, altså en mor med fire børn, der bor i dette byggeri (der peges hen mod et udsat bolig-område), og som stort set aldrig har penge nok til at forsørge sig selv og sine børn. Mor er ofte alene med børnene og har heller ikke overskud til at forholde sig til søvn, mad og generel omsorg for børnene" (Citat, fokusgruppeinterview med sundhedsplejens team).

Når etniske minoritetsfamilier indkredsnes som udsatte, betones i højere grad en form for *kulturelbetinget udsathed*, der viser hen til, at etniske minoritetsmødre som regel er rigtig gode til at varetage omsorgen for deres lille spædbarn, mens vanskeligheder tilsyneladende primært træder frem, når barnet er cirka 8 måneder. Vanskelighederne forklares her med at handle om, at når det lille barn når denne aldersperiode, så vil barnet flere ting selv og har brug for andre former for stimulation end at sidde hos mor, hvilket kan være vanskeligt for nogle af de etniske minoritetsmødre. Og at nogle etniske minoritetsmødre ikke ved, hvordan de skal stimulere deres barn med forskellige alderssvarende aktiviteter, som kan fremme barnets udvikling.

"De (etniske minoritetsmødre) er rigtig gode til at tage vare på deres lille spædbarn, at holde det tæt, sørge for mad og søvn og ro, men når de bliver, ja cirka 8 måneder, så bliver det faktisk sværere" (Citat, fokusgruppeinterview med sundhedsplejens team).

I flere af de fortællinger, som sundhedsplejerskerne beretter under fokusgruppeinterviewene, træder det frem, at de mødre med etnisk minoritetsbaggrund, som ikke ved, hvordan børns kognitive eller læringsmæssige udvikling kan fremmes eller stimuleres, i høj grad bekymrer sundhedsplejerskerne. Børnene overlades så at sige til sig selv uden legetøj, bøger eller aktiviteter, og i disse hjem er der stort set heller ikke noget legetøj til børnene.

"Man kommer ind i dette hjem, og der er ingenting vel. Der er meget pænt og rent, slet ikke noget der, men der er intet legetøj, og barnet har intet at foretage sig..." (Citat, fokusgruppeinterview med sundhedsplejens team).

At nogle af de etniske minoritetsmødre ikke ved, hvordan de rent udviklingsmæssigt skal stimulere deres barn, forklares med forskelle i kultur. Der er simpelthen ikke tradition for, i nogle lande, at gøre særlige indsatser overfor sit barn, men derimod om, at barnet stort set overlades til sig selv, udover den rent behovsmæssige omsorg som mad, tøj og søvn. Det er således ikke, fordi mødrene ikke vil det bedste for deres lille barn, men simpelthen fordi de ikke ved, at der er andre måder at gøre det på, måder som hører til en vestlig, nordisk forståelse af børn og barndom.

"Der er ingen legetøj overhovedet – kun fjernsyn, der viser cartoon..." (Citat, fokusgruppeinterview med sundhedsplejens team).

Familier med anden etnisk baggrund fordeler sig over flere forskellige oprindelseslande. Dels fra Afrika, især Ghana, Nigeria og Gambia, og dels fra en række af de arabiske og østeuropæiske lande. Nogle af sundhedsplejegrupperne fortæller, at cirka 50 % af de børn, de følger, har anden etnisk baggrund end dansk. Nogle af tegnene på udsathed, som flere af sundhedsplejerskerne peger på, er en oplevelse af at møde familier, der lever i økonomisk fattigdom, og ligeledes mødre, som er analfabeter, hvilket direkte bekymrer i forhold til barnets læringsmæssige udvikling. Disse bekymringer stemmer i høj grad overens med anden forskning i relation til etniske minoriteter, herunder især i relation til mulighederne for uddannelse og tilgang til arbejdsmarked (Jakobsen & Liversage, 2010; Jensen et al., 2012, 2015).

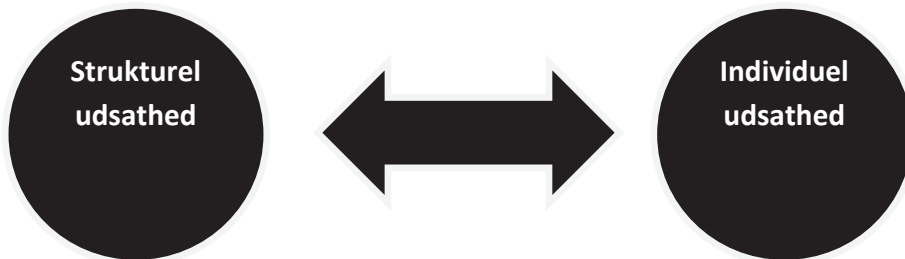
En af sundhedsplejegrupperne fortæller, at netop etniske minoritetsmødre "tit kan det basale", men mangler viden om børns generelle udvikling og viden om betydningen af børns leg og samvær med andre børn. Ligeledes er der fortsat en oplevelse af, at der er et stort arbejde i at få mødrene til at forstå betydningen af, at deres barn kommer i vuggestue.

"Der er stadig mange børn, der går derhjemme indtil børnehaven – og pludselig møder de så det danske samfund og det danske sprog for første gang" (Citat, fokusgruppeinterview med sundhedsplejens team).

Men det er langt fra alle familier med anden etnisk minoritetsbaggrund, der opleves som udsatte – snarere tværtimod oplever flere af sundhedsplejerskerne forløb med mødre og små børn, hvor mødrene er meget motiverede og interesserede i at indfange viden om børn, børneopdragelse og de tilbud, der er til børn i det danske samfund. En interesse som tilsyneladende medvirker til at reducere forståelsen af udsathed og i høj grad også at nuancere denne forståelse.

Overordnet set bevæger sundhedsplejens forståelser af udsathed hos små børn og deres familier sig mellem to såkaldte poler. Den ene pol viser hen til forklaringer, både i teori og praksis, der knytter an til strukturelle forståelser af udsathed som for eksempel forældres socioøkonomiske placering i samfundet, herunder fattigdom og manglende tilknytning til arbejdsmarked og uddannelsesforløb. Den anden pol viser hen til de såkaldte individuelle forklaringer på udsathed, der bindes til barnet eller forældrene, og som i høj grad trækker på psykologiske teorier, herunder særligt udviklingspsykologien (Petersen, 2009, 2011).

Nedenstående figur 6 illustrerer de to poler og bevægelserne mellem disse i relation til sundhedsplejens vurderinger af udsathed blandt små børn og familier.



Figur 6.

Datamaterialet medvirker til at indkredse, at et lille barn og dets forældre kan vurderes som udsat i relation til strukturelle sammenhænge, men ikke i en individuel sammenhæng og omvendt, og at der, hvor bekymringen for alvor træder frem, er, når udsathed bevæger sig så at sige mellem begge poler på samme tid.

En familie kan meget vel opfattes som udsat i en strukturel sammenhæng gennem manglende tilknytning til arbejdsmarked, ingen uddannelse og ligeledes med afsæt i etnisk minoritetsbaggrund ikke mestre det danske sprog, men slet ikke opfattes som udsat i en individuel sammenhæng. Lad os prøve at tage et eksempel herpå fra fokusgruppeinterview med sundhedsplejen:

"Ja, altså det er mødre, som slet ikke taler sproget og ikke har nogen uddannelse, men som har rigtig meget opmærksomhed på deres barns udvikling og på, hvad der er godt for deres barn..." (Citat, fokusgruppeinterview med sundhedsplejen).

I ovenstående citat ses, hvorledes sundhedsplejen netop betoner, at udsathed træder frem i en strukturel sammenhæng gennem manglende uddannelse og bekymring for

manglende tilknytning til samfundet, idet det danske sprog ikke mestres, men hvor der tydeligt er en opfattelse af, at moderen har kompetencer til at tage vare på sit barns udvikling.

Udsathed i en individuel sammenhæng foldes til gengæld ud som en mere diffus bekymring i relation til familier, som kan karakteriseres som såkaldte "ressourcefamilier", der hos sundhedsplejen er defineret ved, at forældre er veluddannede, tilknyttet arbejdsmarked og bor uden for de udsatte boligområder, men til gengæld kan have ganske svært ved at vænne sig til forældrerollen. Netop denne type af udsathed, som er karakteriseret ved, at udsatheden træder frem i relation til psykologiske forklaringsmodeller og i praksis ses i forældrenes relation eller interaktion med barnet, er en form for udsathed, som sundhedsplejen erfarer, kan træde frem særligt i de boligområder i København, hvor de ressourcestærke familier bor.

Denne type af udsathed trådte så at sige bagvendt frem i dataindsamlingsforløbet, idet netop de sundhedsplejeteam, som arbejder i boligområder, der både rummer familier, som beskrives som henholdsvis ressourcestærke og ressourcetsvage, medvirkede til at nuancere, at udsathed ikke udelukkende befinder sig i de ressourcetsvage familier. Særligt sundhedsplejen i København, Indre By medvirkede til at skærpe dette fokus, idet de fastholdt, at også de mødte udsathed i deres arbejde, om end dog en anden type af udsathed end den, de vidste, at deres kollegaer arbejdede med i andre boligområder i København.

"Jamen vores familier er jo meget stærke og selvstændige, men kan have meget meget svært ved at håndtere det at få et lille barn, og forventninger til, hvad de skal kunne, overstiger langt, hvad der overhovedet er muligt" (Citat, fokusgruppeinterview med sundhedsplejen, Indre By).

Eller som en sundhedsplejerske betoner:

"Vores familier er familier "i hovedet", og noget, der er simpelt, bliver hurtigt meget kompliceret, f.eks. at barnet ikke vil sove" (Citat, fokusgruppeinterview, sundhedsplejen, Indre By/København).

Når en familie imidlertid vurderes som udsat på begge poler på samme tid, ses for alvor sundhedsplejens bekymring:

"Ja, det er hele familiens situation ikk? De (børnene) er understimulerede, forældrene er ofte nytilflyttere (til Danmark), fattige og analfabeter, og der er slet ikke noget, der fungerer vel" (Citat, fokusgruppeinterview med sundhedsplejen).

Eller som et andet team fortæller under fokusgruppeinterview:

"Jamen, altså en familie, fra (et andet land), som ikke har nogen uddannelse eller arbejde, ja nogen ting overhovedet, der er mange børn, og forældrene ved ikke, hvad der er godt for børnene"(Citat, fokusgruppeinterview, sundhedsplejen).

Det centrale er her, at sundhedsplejens fokus på barnet for alvor skærpes i familier, hvor begge former for udsathed træder frem, og det er ligeledes også i disse familier, at sundhedsplejen kan udvide deres antal af hjemmebesøg såvel som kontakte forvaltningen med henblik på yderligere foranstaltninger i hjemmet.

Det centrale her er også, at når den ene eller den anden form for udsathed træder frem i en familie, så kan det meget vel vække bekymring, men kalder i højere grad på sundhedsplejens ene forebyggende indsatser.

"Det er jo muligt at nå disse familier, især mødrene...de vil jo meget gerne have viden ikke?"(Citat, fokusgruppeinterview med sundhedsplejen).

Denne tilgang stemmer i høj grad overens med de øvrige af velfærdsstatens (forebyggende) indsatser som for eksempel daginstitutionens arbejde med udsatte børn og deres forældre (Petersen, 2009; Jensen et al., 2012, 2015), som netop i forhold til den strukturelle forståelse af udsathed som forbundet til adgangen til at opnå gode daginstitutioner, gode skoler og uddannelse (Bourdieu, 2004, 2005; Hansen, 1986, 1988) rummer et stærkt støttende element. Dette stærkt støttende element træder frem i sundhedsplejens arbejde med at oplyse, undervise og støtte mødrene, således at de netop har mulighed for at forbedre deres børns livschancer i det danske samfund.

Indsatser og metoder i sundhedsplejens arbejde med udsatte børn og familier

Et gennemgående begreb i alle interview med sundhedsplejerskerne er begrebet tillid.

"Ja, altså det er vigtigt, at mor har tillid til mig, ellers hjælper det ikke noget vel?" (Citat, fokusgruppeinterview med sundhedsplejen).

Denne tillid foldes ud af sundhedsplejerskerne som værende afgørende og selve byggestenen i arbejdet med alle familier, også selvom familierne ikke vurderes at være udsatte.

Tillid handler mere konkret om at udvikle en god relation til mor (og nogen gang også til far), som gør, at moderen oplever, at det sundhedsplejen fortæller om små børn, amning, søvn og så videre kan bruges til noget i forhold til moderens egen situation og hendes egne muligheder for at håndtere eventuelle vanskeligheder.

Under interview med en mor fortæller hun, at hendes lille barn, som nu er cirka tre måneder gammel, har været syg flere gange siden fødslen. Ikke noget rigtig alvorligt fortæller moderen, men nok til at hun bliver bekymret og nervøs.

"Jamen så bruger jeg sundhedsplejersken. Hun ved alt om små børn, og det var den samme, som var min sundhedsplejerske, da mine to andre børn var små" (Interview med mor fra Tingbjerg boligområde).

Når tillid mellem mor og sundhedsplejerske er etableret, arbejder sundhedsplejen med en lang række metoder, der så at sige kan fordeles over to hovedområder. Det ene hovedområde centrerer sig om det lille barns sundhedsmæssige udvikling, mens det andet hovedområde fokuserer på moderens (og nogen gang faderens)¹⁸ samspil med det lille barn som grundlag for barnets sociale, emotionelle og kognitive udvikling.

Nedenstående figur 7 illustrerer de to overordnede hovedområder i sundhedsplejens arbejde ved de såkaldte hjemmebesøg.



Figur 7.

Områderne opleves af sundhedsplejerskerne som gensidigt forbundne forstået således, at når barnets sundhedsmæssige tilstand undersøges, så er dette direkte knyttet til moderens (og faderens) samspil med barnet.

¹⁸ Årsagen til, at far sættes i parentes, omhandler især interview med de etniske minoritetsmødre. Dette fordi de etniske minoritetsmødre, som har deltaget i interview med deres fortællinger om sundhedsplejens arbejde, stort set ikke nævner faderen i relation til børnene og heller ikke inddrager faderen i sundhedsplejens hjemmebesøg. Flere af fædrene omtales som dem, der er på arbejde for at forsørge familien, nogle fædre ofte med flere jobs. Velvidende at netop dette forhold kan se helt anderledes ud for nogle etnisk danske familier, som dog ikke har deltaget i nærværende forskningsprojekt, og vi derfor ikke har viden herom. Deltagelsen i Fars Legestue medvirker dog til at indkredse fædres inddragelse i de små børns liv på anden vis.

Hjemmebesøgene er metodisk tilrettelagt således, at alle behovsfamilier tilbydes graviditetsbesøg og alle, der føder og går hjem inden for 72 timer, tilbydes barselsbesøg. Derudover tilbydes alle familier besøg, når barnet er halvandet år, og når barnet er to et halvt år. Til de særligt udsatte familier tilbydes helt op til tyve kontakter i barnets første leveår, ligesom behovsfamilier kan følges, indtil barnets starter i skole. Der tilbydes ligeledes mødregrupper til alle samt tilbud og deltagelse i såkaldte Åbent Hus arrangementer, hvor der kan indhentes råd og vejledning fra sundhedsplejerskerne.

Knyttet til området omkring det lille barn foretages derudover en række tests og fysiske undersøgelser, der på forskellig vis bevæger sig hen over barnets sundhedsmæssige, psykiske og kognitive udvikling. Således tilbydes alle forældre test for efterfødselsreaktioner, når barnet er to måneder. Testen udføres ud fra Edinburgh Postnatal Depression Scale og Gotlandsskalaen, som screener for depression hos henholdsvis kvinder og mænd. Når barnet er otte måneder, tilbydes en BOEL prøve, som er en test, der giver indtryk af barnets samspil, opmærksomhed og reaktion overfor bestemte lyd- og synsindtryk, som har betydning for barnets udvikling. BOEL står for Blik Orienteret Efter Lyd og er konstrueret til at opfange børn med kontaktforstyrrelser, høre- og synsskader, utilfredsstillende miljøstimulation og hæmmet udvikling. Alle sammen faktorer, som potentielt kan forhindre normal kontakt.

Knyttet til sundhedsplejens arbejde i området omkring mor (og far) foretages der tilsyneladende samtidig med undersøgelse af barnet en udforskning af moderens kompetencer til at varetage omsorg og udvikling for det lille barn. Denne undersøgelse foregår imidlertid mindre synlig og eksplicit og varetages ikke gennem en række tests, men derimod gennem den tillidsfulde samtale omkring barnet, barnets trivsel og eventuelle oplevelser af vanskeligheder med for eksempel søvn og amning. Herigennem kan sundhedsplejersken indkredse eventuelle vanskeligheder i forhold til barnet og få indblik i, hvordan moderen håndterer disse vanskeligheder.

Nogle mødre laver lange lister med spørgsmål til sundhedsplejen, inden vedkommende kommer på hjemmebesøg. Disse lange lister rummer alt fra, hvordan barnet bæres, til hvornår det lille barn skal kunne begynde at ligge på maven, henholdsvis på ryggen og så videre. Mødrene med de lange lister er ofte de såkaldte ressourcestærke mødre, som både har gået til privat fødselsforberedelse, er i en fast etableret mødregruppe og har planlagt babysvømning og andre aktiviteter, der vurderes at være relevante for deres lille barn. Her er faderen ofte også meget aktiv, er med ved hjemmebesøg af sundhedsplejen, og forældrene fordeler typisk de aktiviteter mellem sig, som de har besluttet skal foregå med barnet, for eksempel fædre og rytmik eller babysvømning hver uge. Sundhedsplejen bruger her meget tid på at berolige forældre om barnets

trivsel og udvikling og berolige i forhold til, hvornår amning fungerer, barnets søvn-mønster og lignende.

Andre mødre (hvoraf nogle har deltaget i interview i nærværende sammenhæng) får en lang række hjemmebesøg, de såkaldte udvidede hjemmebesøg, idet sundhedsplejen vurderer, at der er en stærk forebyggende indsats forbundet med at have ekstra mange besøg, hvor der er god tid til at snakke med mor om barnets udvikling og moderens handlinger sammen med barnet.

Her bevæger samtalerne sig også med afsæt i barnets sundhedsmæssige og psykiske udvikling, men i høj grad også videre i forhold til betydningen af stimulering af barnets sociale og læringsmæssige udvikling. Således nævner alle mødre, som har deltaget i nærværende forskningsprojekt, at det netop er deres sundhedsplejerske, som har fortalt dem om, hvor vigtigt det er, at deres barn kommer i både vuggestue og børnehave, fordi det er vigtigt, at barnet har nogle at lege med og kan blive klar til at gå i skole.

Fra interview med en mor, som har et lille spædbarn og to ældre børn, fortæller moderen, at hendes to ældste børn begge har gået i vuggestue, og den ene af dem er nu i børnehave. Det var sundhedsplejersken, som hjalp hende med at finde en god vuggestue og en god børnehave, og som tog med på besøg i vuggestuen første gang og sad sammen med mor, mens hun talte med pædagogen på stuen. Moderen fortæller (interview oversat fra engelsk og samtidig arabisk tolket), at hun kan se, hvordan hendes børn udvikler sig, simpelthen fordi de er i daginstitution og lærer en masse, og hun oplever, at hendes to ældste får ros af pædagogerne, fordi de er dygtige børn. Mor selv får også ros af sundhedsplejen, fortæller hun, fordi hun er en "god mor". (I'm a good mother) fortæller hun med et stort smil.

Vanskeligheder i forebyggelse af udsathed

En af de helt centrale problemstillinger, som flere af de interviewede sundhedsplejersker indkredser, er netop vanskelighederne ved såkaldt tidlige forebyggende indsatser. Her peges særskilt på, at sundhedsplejen jo er et tilbud, som familierne kan vælge fra eller til, og at de familier, som man kan være bekymrede for, også kan være netop de familier, det er vanskeligt at få aftalt hjemmebesøg med, også selvom der gøres et stort opsøgende arbejde med mange telefonopringninger og aftalekort i postkassen.

Ved et af fokusgruppeinterviewene fortæller sundhedsplejerskerne, at det især er ved det såkaldte otte måneders besøg, at det begynder at blive svært at "holde fast" ved familien, hvis det i forvejen er en familie, som man er lidt bekymret for.

"...Så tager de ikke telefonen, er ikke hjemme på det aftalte tidspunkt eller reagerer ikke på de aftalekort, der bliver lagt i postkassen" (Citat, fokusgruppeinterview med sundhedsplejeteam).

Reelt kan der forekomme et "slip" i en periode, fra barnet er otte måneder og helt frem til, barnet i en alder af 3-4 år starter i børnehave.¹⁹

"...hvis barnet ikke kommer i vuggestue, så er der faktisk ingen, der ser barnet i 2-3 år, og ja så giver tidlige forebyggende indsatser jo ingen mening...så skal pædagogerne i børnehaven jo først til at gå i gang, og hvor meget kan de nå, inden barnet starter i skole?" (Citat, fokusgruppeinterview sundhedsplejeteam).

Her peges af sundhedsplejen på en helt central problemstilling, idet 2-3 år af et lille barns liv jo er ganske meget set i relation til læring og udvikling, og absolut også i forhold til sproglig udvikling.

Der peges hertil på en pasningsordning, som er tilrettelagt således, at forældre kan passe deres barn derhjemme sammen med et andet barn, og at nogle af de familier, som vælger denne løsning, absolut ikke opleves som familier, der er i stand til at stimulere deres eget barn.

"Det er en god ordning for de forældre, som har tid og fokus på deres barns udvikling, men en rigtig skidt ide overfor især de etniske minoritetsfamilier, som slet ikke taler dansk" (Citat, fokusgruppeinterview med sundhedsplejeteam).

Netop disse børn, der bliver passet hjemme på denne måde, anskues af sundhedsplejen som børn, der er i risiko for at være bagud fra starten af livet, uden at det har noget at gøre med barnets reelle evner, men simpelthen fordi disse børn ikke får mulighed for at deltage i vuggestuens leg og læring. Netop denne bekymring er tidligere indkredset af pædagoger både i vuggestue og børnehave (Petersen, 2009, 2011, 2012), der også peger på, at disse børn er "langt bagude" ved skolestart i forhold til sprog, men også i forhold til at kende til, hvordan man som barn leger, deltager i aktiviteter, er sammen med andre voksne end deres forældre og så videre.

En anden vanskelighed, som flere af sundhedsplejerskerne indkredser under fokusgruppeinterviewene, er også, at vuggestuen så at sige sidder med det "yderste mandat". Dette handler om, at det kan være ganske vanskeligt at fastholde de små

¹⁹ Andre pasningstilbud indeholder muligheden for at benytte privat dagpleje, privat børnepasning eller en privat institution.

børn i vuggestuen, selv om de er startet. Mange forklaringer fra mødrene handler ifølge sundhedsplejerskerne om, at barnet har haft mange sygdomme, efter at det er startet i vuggestue, og at det derfor har bedre af at være derhjemme, eller at barn nr. 2 er født, og så kan vuggestuebarnet lige så godt være hjemme sammen med mor og den lille nyfødte.

Her kan arbejdet godt føles som lidt "op ad bakke", efter at sundhedsplejen har brugt en masse tid på at forklare en mor, hvorfor det er vigtigt, at hendes barn starter i vuggestue og så derefter bliver udskrevet efter et halvt år for at være derhjemme sammen med moderen. En tilsvarende bekymring ses ikke i forhold til børnene i børnehaven. Her ser det ud til, at mødrene er mere opmærksomme på betydningen af, at barnet er i børnehave.

"Flere af vores etniske minoritetsfamilier oplever især børnehaven som en slags skolestart og kan derfor sagtens se betydningen af, at deres barn er i børnehave, men det er stadig lidt svært med vuggestuen" (Citat, fokusgruppeinterview med sundhedsplejen).

En anden udfordring, der peges på i det forebyggende arbejde set fra sundhedsplejerskernes perspektiv, kan være samarbejde med forvaltningen, der ofte opleves som svær at få etableret kontakt med, og at tingene går meget langsomt, især i familier, hvor sundhedsplejen vurderer, at der skal handles hurtigt. Sundhedsplejen er opmærksom på forvaltningens travlhed, men oplever ofte en faglig frustration, når de så at sige står med familien og reelt er dem, der er i hjemmet og kan se vanskelighederne i familien.

"...så kan det jo ikke hjælpe noget, at det skal tage så lang tid vel?" (Citat, fokusgruppeinterview med sundhedsplejen).

Analyse af mødregruppeforløb, herunder spørgeskema samt interview med mødre

Over en periode på cirka ½ år er der foretaget observationer af mødregruppeforløbet. Fra observationsforløb hos mødregruppen fremtræder en typisk fredag således:

Det er fredag formiddag i kulturhuset, og i et stort rum er der midt på gulvet placeret en række måtter og puder, hvor sundhedsplejersker, mødre og børn og tolke er ved at finde på plads. Langs den ene væg er der et bord med kaffe og the og frugt, og ved siden af måtter og puder er der placeret en masse plastickasser proppet med legetøj. Flere børn er allerede

i gang med at tømme kasserne for legetøj, mens mødrene snakker med hinanden og med de to sundhedsplejersker, der hilser på hver enkelt mor og hendes børn. Nogle af mødrene har flere børn med, og et typisk billede af kulturhusets 1. sal fredag formiddag viser mellem 15-20 mødre, to sundhedsplejersker, 3-4 tolke og en masse børn. De mødre, der har små nyfødte spædbørn, sætter sig på måtterne med deres små spædbørn tæt på, mens de øvrige børn leger rundt om i lokalet (Fra observationsforløb).

Hver fredag er der et tema på programmet, der både kan omhandle sund mad, besøg i det nye sundhedshus på Nørrebro, også kaldet forebyggelsescenter Nørrebro, besøg i daginstitutioner, eller der kan inviteres eksperter ind og fortælle om børneopdragelse, eller sundhedsplejerskerne underviser selv i småbørn og amning eller små børns udvikling. Nogle af temaerne har sundhedsplejerskerne valgt, mens andre temaer er taget op og ønsket af mødrene, der selv giver udtryk for, hvad de godt kunne tænke sig viden om.

Mødregruppen har således et stærkt element af undervisning, som tilsyneladende også er det element, som mødrene særligt er interesseret i. Alle undervisningsformiddagene bliver fulgt med stor interesse og mange spørgsmål, mens børnene leger rundt om fødderne på mødrene.

Undervisning og ny viden

Denne fredag formiddag er dagens undervisning fokuseret på den helt tidlige spædbarneperiode. Hvad har det lille spædbarn brug for i forhold til mad, søvn, omsorg og så videre. Alle mødre sidder rundt om på måtterne, flere af dem med deres små spædbørn på armen. De to sundhedsplejersker begynder at fortælle om den tidlige spædbarneperiode. Det foregår meget langsomt – dels leger de større børn rundt omkring og deres legelyde blander sig med sundhedsplejerskernes stemmer – og dels sidder der 3 tolke fordelt rundt om på måtterne, og de oversætter efter sundhedsplejerskerne har sagt et par sætninger til de forskellige sprog, der bliver talt i rummet på 1. sal i kulturhuset. Sundhedsplejerskernes fortællinger om de små spædbørn, betydningen af amning, hvornår der påbegyndes med "fast føde", søvnrytmer, brug af sut og så videre afstedkommer mange spørgsmål fra forskellige mødre, der med stor interesse både spørger og selv fortæller om deres eget lille spædbarn, der for eksempel ikke vil sove. Nogle af mødrene er i stand til selv at forklare sig, mens andre mødre får tolkebistand til at fortælle og spørge ind til mere viden. Da der på et tidspunkt tales om betydningen af amning, får jeg mulighed for at fortælle om et forskningsprojekt, der har belyst, hvor hurtigt små spædbørn rent faktisk kan reagere på deres mor ved at vende hove-

det mod et ammeindlæg med moderens brystmælk på. Mødrene lytter med stor interesse til min fortælling, og de forskellige tolke hjælper med at oversætte. En lille gruppe af mødre snakker meget ivrigt med en af tolkene om min fortælling, og en af mødrene fortæller med et stort smil, støttet af tolken, at denne fortælling er ligesom den om Moses, der heller ikke ville drikke mælk fra andre end sin mor.²⁰

En anden fredag formiddag er fokus på undervisning i relation til forebyggelse af uønsket graviditet. Sundhedsplejerskerne har en lille taske, der indeholder forskellige præventionsmidler, og underviser om, hvordan graviditet kan undgås, såfremt det ikke ønskes. Kvinderne sidder rundt om sundhedsplejerskerne og deltager med stor energi i undervisningen. Præventionsmidler bliver sendt rundt og undersøgt og uddybende spørgsmål bliver stillet, samtidig med at tolkene har travlt med at oversætte frem og tilbage. Sundhedsplejersken, som tydeligvis har haft denne type undervisning før, har nærmest en ABC, der omfatter de "mest typiske spørgsmål om, hvornår og hvordan man kan blive gravid".

Og som hun siger, nærmest opremsende:

"... man kan godt blive gravid, hvis man har samleje, kort efter man har født, og man kan også godt blive gravid, mens man ammer, og man kan også godt blive gravid, selvom manden trækker sig ud, inden han får udløsning" (Fra observationsforløb i mødregruppe, marts 2013).

Flere af disse oplysninger afstedkommer en strøm af spørgsmål fra mødrene, der ivrigt diskuterer med hinanden og tolkene, om hvorvidt de har forstået sundhedsplejerskens besked korrekt, og sundhedsplejersken må flere gange gentage og fortælle, hvorfor det er således. Det er tydeligvis et emne, der optager mange af kvinderne, som på forskellig vis beretter om – og stiller spørgsmål til – forebyggelse af graviditet. Der bliver også

²⁰En efterfølgende søgning på fortællingen om Moses viser, at der er flere og samtidige fortællinger, men at en af dem sætter fokus på, at den amme, som bliver fundet til Moses, netop er hans egen mor, hvilket ingen dog ved, men pointen heri er, at Moses således overlever via en amme, som rent faktisk er hans egen mor: "Da Nu kom Faraos datter ned til Nilen for at bade, mens hendes piger gik frem og tilbage på flodbredden. Så fik hun øje på kurven mellem sivene og sendte sin tjenestepige ud efter den. Og da hun åbnede den, så hun barnet, og se, det var et drengebarn, en dreng, der lå og græd. Da ynkede hun over det og sagde: 'Det må være et af hebræernes drengebørn'. Hans søster sagde til Faraos datter: 'Skal jeg gå hen og hente en amme hos hebræerkvinderne, som kan amme barnet for dig?' 'Ja, gør det', sagde Faraos datter, og pigens gik hen efter drengens mor. Faraos datter sagde til hende: 'Tag denne dreng med og am ham for mig; jeg skal nok betale dig'. Så tog kvinden drengen med og ammede ham. Da drengen var blevet stor, bragte hun ham til Faraos datter. Han blev hendes søn, og hun gav ham navnet Moses, 'for jeg har trukket ham op af vandet', sagde hun".

grinet meget – især når kvinderne opdager, at de selv har haft ret i, hvordan uønsket graviditet kan undgås! Endvidere gennemgås en mængde forskellige former for prævention, hvordan prævention anvendes, og at flere af disse præparater kræver at besøge hos lægen, og hvordan et besøg hos lægen rent faktisk foregår.

Netop dette aspekt at "få ny viden" betones af alle de mødre, der bliver interviewet løbende hen over dataindsamlingsforløbet.

Som en mor fortæller (dette oversættes sammen med en tolk, mens interviewet foregår dels på arabisk,²¹ dels på dansk og dels på engelsk):

"Mor: Ja, altså få viden om børn, men også om det danske samfund.

Interviewer: Hvad synes du særligt, du har fået viden om i forbindelse med det danske samfund?

Mor: Hvor man kan få sund mad til mine børn – ja, og altid købe svanemærket (her diskuterer mor og tolk sammen).

Interviewer: Hvad betyder svanemærket?

Tolken: Det er det mærke, der viser, at der ikke er giftstoffer i f.eks. vaskepulver (mens mor peger op på væggen, hvor der hænger en plakat med svanemærkets logo).

Interviewer: Nå ja, selvfølgelig" (Fra interview med mor nr. 1, februar 2013).

Denne nye viden, som af alle de interviewede mødre betones som vigtig i relation til deltagelse i mødregruppeforløbet, kan ikke opnås andre steder eller i andre sammenhænge. Direkte adspurgt om egen praktiserende læge kan fortælle om børnesygdomme eller sund kost, fortæller mødrene, at de ikke oplever, at der er tid hos lægen til at kunne stille den slags spørgsmål, som de meget gerne vil have viden om, men det er der til gengæld i mødregruppen, hvor der også samtidig er mulighed for at høre de andre mødres oplevelser og erfaringer; hvordan de håndterer børn, der ikke vil spise grønsager, ikke vil sove eller som er syge. Og denne oplevelse kan tydeligt indkredses gennem observationsforløbene i mødregruppen hen over efterår og forår. Mødrene sidder sammen i små grupper og snakker sammen – meget af det forstår jeg ikke, da samtalerne primært foregår på deres modersmålsprog, men deres samtaler bliver ofte oversat af tolkene til spørgsmål til de to sundhedsplejersker, der så kan give eksempler på, hvordan noget kan gøres i forhold til børn, som for eksempel ikke vil sove eller som er syge.

²¹ Alle interview med mødre foregår i denne vekselvirkning mellem flere samtidige sprog. Intervieweren klarer det meste, undtagen det der foregår på de arabiske eller afrikanske sprog, og med stor hjælp fra tolkene.

Ny viden handler også om at ændre forståelse af sine børns udvikling. Under interview med en af mødrene, fortæller hun, at netop hendes sundhedsplejerske har lært hende meget om børns udvikling, og det er hun glad for, da hendes barn får meget ros i børnehaven og er et meget socialt og selvstændigt barn, siger pædagogerne til hende.

"Jeg har lært det af sundhedsplejerskerne" (Interview med mor nr. 1 fra mødregruppe).

Under interviewet med mor, spørger jeg ind til, hvordan hendes forandrede forståelse af børns udvikling viser sig mellem hende og hendes børn (mor har et lille spædbarn og et barn i børnehave).

"Tager meget til legestue og snakker meget med mine børn – vi kan tale sammen. Vi går også på biblioteket og finder, hvad der skal læses. Min datter er klog, fordi jeg taler så meget med hende" (Fra interview med mor, der foregår med tolk, dels på arabisk, dels på engelsk og dels på dansk).

Et vigtigt fællesskab for mødre

Et meget vigtigt element, der træder frem i interview med mødre, som gennem efterår og forår har deltaget i mødregruppen, er fællesskabet med andre kvinder og deres børn.

Fra interview med en af mødrene betones netop fællesskabet med de andre, ud fra at hun ved, at i nærheden (her peges ud over hustagene mod Østerbro) har hun en søster, som ikke deltager i sådan en mødregruppe, fordi denne ikke findes på Østerbro.

"Det er rigtig synd for de mødre, der ingen steder har at gå hen. Jeg ved jo, at de sidder alene og har mange spørgsmål" (Interview med mor nr. 2, oversat med hjælp fra tolk).

Det at komme fast hver fredag i mødregruppen er for flere af mødrenes vedkommende deres eneste mulighed for at komme ud og snakke med andre mødre, fortæller denne mor mig. Der er mange, der er alene, uden deres familie, og som er alene hele ugen med deres børn og ikke har nogen at tale med.

Men det er til gengæld ikke lige meget, hvem man taler med. Mødrene sidder hver fredag i de samme små grupper på måtterne med deres børn rundt om sig. Umiddelbart tænker jeg ikke over, hvordan grupperne fordeler sig, indtil en mor fortæller, at mødrene sidder fordelt rundt, efter hvor de kommer fra. Jeg spørger ind til, hvad det betyder, og får at vide, at mødre, hvis oprindelsesland er Somalia, så at sige sidder sammen i en lille gruppe med deres egen tolk, mens mødre fra Pakistan sidder i en anden lille gruppe med deres egen tolk. Selvom alle mødre hilser på hinanden, når de ankommer til mødregruppen, er der således små ikke umiddelbart synlige skillelinjer mellem mødrene, skillelinjer adskilt af oprindelseslandet.

Men etnisk minoritetsbaggrund er et begreb med en kompleks størrelse. Ved allerførste møde med mødregruppens deltagere foretages en runde, hvor jeg præsenterer mig med forskningsprojektets fokus og formål, og hvor alle mødre ligeledes præsenterer sig og fortæller, hvem deres børn er. En af mødrene, som sidder lige overfor mig med sit lille spædbarn, er iført hovedtørklæde og fortæller mig på syngende jysk, at hun og hende familie kommer fra Århus. Ligeledes bevæger etnisk minoritetsbaggrund og forståelserne hertil sig hen over et bredt spektrum af mange mødre med væsentligt forskellige tilgange og forståelser til deres eget liv, deres børns liv og de muligheder og betingelser, som mødre oplever at have. Med afsæt i både observationsforløb såvel som interview med nogle af mødrene og mange uformelle og løse samtaler hen over efterår og forår ser det ud til, at tre overordnede grupper af mødre kan indkredses, som er karakteriseret ved som udgangspunkt at have forskellige opfattelser af mødregruppens indsats og de andre mødres betydning for dem selv og deres liv.

I interviewforløbene træder især forskellene frem i forhold til, hvor længe mødrene har levet deres liv i Danmark, uanset om de mestrer det danske sprog eller ej. Således er der en gruppe af mødre, som stort set er vokset op i Danmark, og som giver udtryk for at være meget bevidste om at tage imod sundhedsplejens indsatser, såvel som at deres børn skal – og er – i både vuggestue og børnehave. Igennem interviewene er mødrenes fokus således ikke vanskelighederne og udfordringerne med at finde rundt i danske forhold, kultur, rammer og regler, men derimod om at skabe "de bedste forhold for mit barn", så barnet "klar sig godt og får en god uddannelse". Her i denne gruppe af mødre ser det ud til, at sundhedsplejen i høj grad bruges som en form for *supplement* til mødrenes egne viden og erfaring, og at fællesskabet med de andre mødre, som deler det livsforhold, at de er vokset op i Danmark, opleves som venskaber, som også foregår uden for mødregruppens rammer.

En anden gruppe af mødre, som også befinder sig i selve mødregruppen, er mødre, som ikke har været så længe i Danmark, og hvis viden om det danske samfund stadig er meget ny. Her opleves sundhedsplejens indsatser og sundhedsplejerskernes

faglige viden om både børn, indsatser og det danske samfund som en form for *ekspertviden*. Denne gruppe af mødre, som sidder sammen i grupper fra deres respektive op-rindelseslande, deler alligevel på tværs af de små grupperinger en tilsyneladende fæl-les oplevelse af, at al den viden, de kan modtage fra sundhedsplejen, er ny og vigtig viden, og de stiller ligeledes med stor ivrighed mange spørgsmål til de forskellige op-læg hen over efterår og forårsperioden i mødregruppen. Det er også i denne gruppe, at mødregruppen, herunder de andre mødre og det fællesskab der opleves, for alvor kommer i fokus. Fra flere af interviewene tales der om netop betydningen af at være sammen med andre mødre med små børn, at indfange vigtig viden fra hinanden og at drøfte egne bekymringer og oplevelser om eget barns søvn, spisemønster og så videre med de andre mødre både i de mindre grupper såvel som i gruppen som helhed.

En tredje og sidste gruppe rummer også mødre og deres små børn, som ikke har været længe i Danmark, men hvor sundhedsplejen helt tydeligt har forskellige bekym-ringer omkring det lille barn og/eller moderens kompetencer til at tage vare på det lille barns udvikling. Denne gruppe af mødre er tilsyneladende også dem, hvor sundheds-plejen har brugt en del tid på at støtte og opfodre den enkelte mor til at komme i mød-regruppen, og hvor de to sundhedsplejersker bruger ekstra meget tid på at tale med mødrene både før og efter mødregruppeforløbet. Netop også denne gruppe af mødre ser ud til at være lidt svingende i deres deltagelse i mødregruppen og angiver heller ikke under interview, at de anser mødregruppen, herunder de andre mødres samvær som værende central for deres egen deltagelse. Derimod kan de godt lide at komme, fordi de kender den ene eller den anden sundhedsplejerske og derfor er blevet støttet og opfordret til at deltage. I denne gruppe af mødre betones ikke fællesskabet med de andre mødre som det vigtigste, men derimod betydningen af den sundhedsplejerske, som de selv har haft kontakt med gennem fødsels- og barselsforløb, alternativt at netop denne sundhedsplejerske er blevet anbefalet af ens egen sundhedsplejerske. Der er her i højere grad tale om et mere *personligt* forløb, der foldes ud gennem deltagelse i selve mødregruppen, men samtidig uvist om dette personlige forløb kan ændre sig, således at den enkelte mor bevæger sig hen mod en tættere oplevelse af fællesskab med de andre mødre.

Det er langt fra sikkert, at netop disse tre gruppeinddelinger af mødre også kan genfindes i andre mødregrupper rundt om i landet og ligeledes langt fra sikkert, at de på nogen måde kan anskues som typer af grupper inden for tilrettelagte mødregrup-per. Når dette er sagt, er der imidlertid alligevel nogle væsentlige overvejelser at med-tage i forbindelse med netop denne gruppeinddeling, idet datamaterialet særligt med-virker til at indfange mødrenes forskellige opfattelser af mødregruppens betydning for deres eget liv – og ikke mindst for deres lille barns liv. I den gruppe, hvor sundheds-

plejen og mødregruppen opleves som et supplement, findes også de mødre, som tilsyneladende er *mindre udsatte*, især på det såkaldte individuelle område. Fra interview med mødre fra denne gruppeinddeling træder nogle mødre frem, som udviser en høj grad af viden og refleksion over deres børns livsmuligheder og viden om, hvad deres børn har brug for for at klare sig "godt i tilværelsen". En af mødrene fortæller under interview, at hun for eksempel er meget opmærksom på, at hendes børn (hun har to) skal være i daginstitution, både vuggestue og børnehave, da børns nysgerrighed stimuleres gennem leg og dermed forbereder børnene til at klare sig godt i skolen. En anden mor underbygger dette perspektiv, idet hun og jeg taler længe om vigtigheden af at snakke meget med sine børn.²² Moderen fortæller, at hun har lært sin lille datter at udtrykke sine følelser, for eksempel både vrede og glæde, gennem samtale og samtidig har støttet sin datter i at lære at tegne og male de følelser, hun oplever. Helt centralt er det, at moderen oplever at ved at tale med sit barn, hjælpe hende med at sætte ord på sine følelser og handlinger og at udtrykke dem gennem tegning og maling, så hjælper hun sit barn fremad i livet særligt i forhold til, at hendes barn bliver mere intelligent.²³

I den anden gruppe af mødre, hvor sundhedsplejen opleves som eksperter, der formidler ekspertviden, er mødrene særligt optaget af at tilegne sig viden og deltager med stor energi og engagement i mødregruppens mange forskellige aktiviteter. Mødrene i denne gruppe peger både gennem spørgeskemaundersøgelsen som gennem interview og "løse samtaler" på, at de har fået så meget viden, som de slet ikke mener, de kunne have fået andre steder, både om lokalområdets forskellige tilbud, om små børns sundhed og udvikling såvel som et fællesskab med andre mødre, der forebygger oplevelsen af ensomhed. Det er særligt i denne gruppe af mødre, at sundhedsplejens arbejde med tidlige forebyggende indsatser for alvor ser ud til at få betydning for mødrene, om end på forskellige og individuelle måder. De tidlige forebyggende indsatser, særligt foldet ud omkring viden om små børns udvikling og særligt foldet ud om generel viden, lægges tilsyneladende som vigtig viden oven på en allerede eksisterende viden, der på denne måde ser ud til at styrke mødrene i deres eget liv.

²² Her er der nogle formuleringer, der er lidt uklare og måske misforståede, da interview foregår på både dansk og engelsk og med tolk, og hvor samtalen mellem moderen og tolken samtidig foregår på arabisk.

²³ Det er ikke sikkert, at begrebet intelligent her er korrekt oversat fra engelsk, selvom moderen bruger den engelske betegnelse *intelligence* under interviewforløbet. Det kan sagtens være, at begrebet intelligent kredser rundt om forskellige former for kompetencer hos barnet, hvoraf nogle af kompetencerne retter sig mod at blive dygtig til at gå i skole. Når dette her betones, er det i respekt for moderens perspektiv, som kan være lidt uklart for interviewer, da flere sprog er i spil på samme tid under interviewet, inklusive mange tegn og fagter, smil og nik.

Et eksempel herpå er nævnt tidligere, som omfatter mødregruppens tema om seksualundervisning, hvor der tydeligt for flere af mødrene var tale om at få en ny viden om både beskyttelse mod graviditet såvel som muligheden for lægebesøg for at drøfte relevant prævention. Et andet eksempel, som underbygger ovenstående, var fra et besøg i det lokale nyåbnede sundhedshus, Forebyggelsescenter Nørrebro, hvor netop også denne gruppe af mødre var meget engagerede i at finde ud af de mange forskellige tilbud, som forebyggelsescenteret rummede for dem og deres små børn. Da jeg efterfølgende taler med en af mødrene, fortæller hun, at netop sundhedshuset er relevant for hende, da hun bor meget tæt på og slet ikke vidste, at det fandtes, og vi kigger sammen i oversigten over sundhedshusets mange tilbud om viden om sund kost, deltagelse i motion kun for kvinder, samtaler med sundhedspersonale og så videre.

De mødre, som tilsyneladende skaber størst bekymring, er den gruppe af mødre, som er helt alene og overvejende deltager i mødregruppen, fordi de har en særlig tilknytning til den enkelte sundhedsplejerske, men tilsyneladende ikke til nogle af de andre mødre eller mødregruppen som helhed. Måderne, hvorpå kvinderne opleves, er naturligvis individuelle og med afsæt i hver enkel kvindes livsforhold, men det er blandt denne gruppe, bekymringerne for alvor kan træde frem, og som må formodes at være en gruppe, som er i risiko for at være særligt udsatte i deres livsforhold både i et strukturelt såvel som i et individuelt perspektiv:

En mor i denne gruppe deltager tilsyneladende sporadisk i mødregruppen, og når hun kommer, sidder hun for sig selv ved siden af en tolk, men dog uden at involvere sig med de andre mødre. Sundhedsplejerskerne bruger en del tid med moderen og snakker meget med hende om hendes lille barn, der ligger på gulvet mellem moderens fødder. Sundhedsplejerskerne fortæller om deres bekymringer for det lille barns udvikling, men også bekymringer i relation til, hvad moderen magter i hverdagen. Hun har flere børn, men næsten ingen kræfter til at klare det (Fra observationsforløb, men stærkt anonymiseret).

Spørgeskema mødregruppen

Som et led i dataindsamlingen har mødre, der har deltaget i mødregruppen, modtaget et mindre spørgeskema. Spørgeskemaet retter sig mod mødrenes tilknytning til gruppen, samt hvilken betydning gruppen har for deres mødreroller. Der er uddelt 13 spørgeskemaer, hvoraf alle er returnerede, og 11 er udfyldte. Det første spørgsmål retter sig mod mødrenes kendskab til mødregruppen, hvoraf fem svarer, at kendskabet kommer fra sundhedsplejersken, fire svarer, at det kommer fra andre mødre, mens en enkelt har fået kendskab til gruppen via socialforvaltningen. Perioden, som mødrene

har anvendt gruppen, varierer lige fra mødre, der er kommet siden barnets fødsel, til mødre der er kommet, siden barnet har været tre måneder, et halvt år, et år og op til barnets toårsalder. Alle på nær en enkelt kommer i mødregruppen hver eneste fredag formiddag. Der er enighed i gruppen i, at de er særligt glade for samværet med andre mødre samt den viden, de får fra sundhedsplejerskerne i gruppen. Derudover nævner fire mødre arrangementer ud af huset som særligt glædelige. På spørgsmålet om mødregruppens betydning for rollen som mor svarer otte mødre, at gruppen har stor betydning, to svarer, den ingen betydning har, mens en enkelt forholder sig neutralt. Fordelingen mellem de, som syntes, den viden, de opnår i mødregruppen, er vigtig for deres barns trivsel, er ni mødre, som mener den er meget vigtig, mens to mener, den ingen betydning har.

Adspurgt til, hvad der kunne være anderledes i fremtidens mødregruppe, svarer mødrene, at tilbuddet generelt svarer til deres forventninger, men at de godt ville have mere tid, mere viden om større børn, og enkelte ønsker børnepasning under mødregruppen for bedre at kunne koncentrere sig om den viden, sundhedsplejerskerne præsenterer dem for.

Fædregruppen

Fars Legestue er et tilbud til børn mellem 0-5 år og deres fædre og er en del af sundhedsplejens tilbud på Nørrebro. Fars Legestue er primært besøgt af ressourcestærke danske mænd, som via hinandens netværk kommer derned. Der er en rolig stemning i legestuen, hvor der blandt andet udveksles erfaringer om det at have børn. Fædrene tager selv initiativ til aktiviteterne, og indblanden fra gruppelederen synes ikke nødvendig, hvilket også er en bevidst strategi, at fædrene skal have frihed til at gøre, hvad de har lyst til med deres børn. Det virker fint, især for de danske fædre, som åbenlyst kender hinanden og står og taler om en fælles tur senere på året. En far med anden etnisk baggrund end dansk, som er interviewet om Fars Legestue, har et andet ønske for legestuen og oplever den som et uudnyttet potentiale for netværksdannelse og bedre integration af udenlandske fædre og deres familier:

"De kunne for eksempel lave en præsentationsrunde hver gang, så vidste man, hvis der var andre fra mit land, eller hvis nogle ville høre mere om min baggrund og sådan noget. Så ville vi have en information om hinanden, som vi ikke har nu, fordi vi ikke taler med dem, vi ikke kender" (Udenlandsk far).

Farens pointe er, at når ikke der er aktiviteter, der tvinger fædrene til at interagere, så passer hver lille gruppe sit uden at tale sammen, bortset fra det han kalder standard-fraser som; hvad hedder dit barn, hvor gammel er babyen og lignende. Ellers taler man med dem, man kender, fortæller faren.

I stedet fungerer lederen som en slags rådgiver, som giver fædrene råd og vejledning, hvis de efterspørger den, og der opstår en vidensdeling på baggrund af den uformelle snak fædrene imellem. I legestuen kommer der derudover en sundhedsplejerske regelmæssigt, som fædrene kan rådføre sig med efter behov. Rummet er umiddelbart præget af tre ting:

- Almindelig leg med børnene
- Vidensfacilitering (gruppeleder + sundhedsplejersken)
- Videns- og erfaringsdeling (fædrene imellem).

Lederen mener, det ville være en fordel, hvis sundhedsplejen gjorde mere for at opstarte fædregrupper, og gerne med samme gruppe hver gang. Det samme mener en af de interviewede fædre. Lederen mener også, det kunne være medvirkende til at skabe en diskurs, hvor det er normalt, at fædre tager orlov. Interview med to fædre med anden etnisk herkomst end dansk giver ikke noget entydigt billede af, hvorfor det primært er danske mænd, der besøger legestuen. En peger på den kulturelle forskel, hvor børnepasning hører kvinderne til, men en anden mener, det er betinget af social klasse, idet fædre fra laveste samfundslag ikke i samme omfang som de ressourcestærke fædre deltager i børnepasning, barselsorlov og så videre. Der er også uenighed om, hvorvidt en mere struktureret legestue ville være gavnligt. En far mener det ville få flere fædre med anden baggrund end dansk til at deltage, mens en anden mener, den løse struktur er at foretrække.

Der er tilsyneladende forskellige hensigter med at komme i legestuen. Nogle fædre kommer forbi sammen med deres venner, som har børn i samme alder, og benytter lejligheden til at se hinanden. Det er primært de danske fædre. De interviewede udenlandske fædre giver begge udtryk for, at de kommer, fordi deres børn har godt af at blive socialiseret med andre børn, og legestuen er en god mulighed for det. Fælles for begge grupper af fædre er, at de alle forekommer ressourcestærke og netop i stand til at tage velovervejede beslutninger vedrørende deres børns socialisering.

Delprojekt nr 2. "Tingbjergprojektet"

Spørgeskemaundersøgelse – daginstitutionspersonale Tingbjerg

Spørgeskemaer har været udsendt til samtlige medarbejdere i daginstitutionerne i Tingbjerg og er returneret med en svarprocent på 55,7 %. Spørgeskemaerne retter sig mod personalets køn, alder, ansættelse, uddannelsesniveau, forståelse af udsathed, samarbejdet med sundhedsplejen og indsatsen overfor udsathed.

Personalets forståelse af udsathed

Personalet i daginstitutionerne fordeler sig mellem pædagogmedhjælpere (17), pædagogiske assistenter (9) og pædagoger (27). Den gennemsnitlige alder for de tre grupper er henholdsvis 42,9 år, 44,1 år og 46,8 år. Den gennemsnitlige ansættelsesperiode er henholdsvis 6,2 år, 2,5 år og 10,4 år. Der er således tale om et personale med solid livserfaring, ligesom de gennemsnitlige ansættelsesperioder vidner om en vis kontinuitet, særligt for pædagogerne, som i snit har været ansat i over ti år. Fælles for alle tre grupper er, at ansættelsesperioden varierer fra nyansatte til medarbejdere, der har været ansat i over 25 år. Langt størstedelen af de indkomne spørgeskemaer er udfyldt af kvinder. Blot tre er udfyldt af mænd.

Adspurgt til, hvorvidt personalet oplever at arbejde i et udsat område, svarer alle pædagogerne ja, mens alle på nær en assistent og to pædagogmedhjælpere svarer ja. Der er således overordnet enighed i, at området betragtes som udsat blandt de besvarede spørgeskemaer. Adspurgt til, hvordan udsatheden kan beskrives, er pædagogerne mere nuancerede i deres beskrivelse. Fælles for alle tre faggrupper er, at de påpeger sprogproblemer, kulturelle tilpasningsvanskeligheder, arbejdsløshed, fattigdom og opdragelsesproblemer som de overvejende problematikker. Pædagogerne adskiller sig ved også at påpege manglende samfundsforståelse blandt forældrene samt dårlig eller ingen uddannelse. Derudover har én pædagogisk assistent og fem pædagogmedhjælpere ikke svaret på spørgsmålet, mens alle pædagogerne har svaret. Dette kunne indikere en nuancering grundet i uddannelsesniveaet.

Samarbejdet med sundhedsplejen

Samarbejdet med sundhedsplejen beskrives positivt blandt de, som har et decideret samarbejde, hvilket primært vedrører personalet i vuggestuerne. Samarbejdet fremhæves særligt omkring tremåneders samtalerne mellem daginstitution og forældre, men også muligheden for at kontakte sundhedsplejen efter behov beskrives positivt. Pæda-

gogerne er overvejende bekendt med sundhedsplejens rolle i forhold til daginstitutionen. Det samme gælder for de pædagogiske assistenter, mens pædagogmedhjælperne i halvdelen af svarene giver udtryk for ikke at have kendskab til anvendelsen af sundhedsplejen.

Samarbejdet rummer dog nogle potentialer, som ikke alle mener udnyttes optimalt, og ved forslag til fremtidige ændringer fremhæves muligheden for endnu mere information fra sundhedsplejen, da de har et større kendskab til familiernes hverdag i hjemmene. Derudover kunne det ifølge en mindre del af svarene være hensigtsmæssigt, hvis sundhedsplejerskerne fulgte børnene i børnehaven også.

Indsatsen overfor udsathed

Adspurgt til, hvorvidt daginstitutionernes indsatser overfor udsathed er fyldestgørende, varierer svarene mellem faggrupperne. Således svarer hovedparten af pædagogerne ($n=18/27$), at indsatsen ikke er fyldestgørende, mens lidt over halvdelen af pædagogmedhjælperne ($n=9/17$) vurderer indsatsen som fyldestgørende. Fem har ikke svaret på spørgsmålet. Blandt assistenterne er svarene fordelt med fire, der mener indsatsen er fyldestgørende, mod to der mener det modsatte. To er i tvivl, og tre har ikke svaret.

Når personalet svarer ja til, om indsatsen er fyldestgørende, begrundes dette ofte med, at der ydes den indsats, der er mulig, samt at der holdes en tæt kontakt med familierne i området. Derudover fremhæves redskaber som Signs of Safety, som medvirker til at afhjælpe udsathed for familierne. Blandt de som ikke finder indsatsen fyldestgørende, begrundes det oftest med manglende personale, behov for mindre børnegrupper og mere forberedelsestid til blandt andet arbejdet med Signs of Safety.

Blandt pædagogerne tilkendegiver de fleste, at de arbejder ud fra bestemte teoretiske perspektiver, som primært er netop Signs of Safety samt anerkendelsesteorier. Også de pædagogiske assistenter giver udtryk for at arbejde ud fra bestemte teorier, om end de primært fremhæver udviklingspsykologiske teorier som for eksempel Bowlbys (2008) tilknytningsteori og Vygotskys (1978) teori om nærmeste udviklingszone. Pædagogmedhjælperne giver ligeledes udtryk for bestemte teoriers anvendelse i deres daglige praksis. Teorier som dog primært kan betragtes som egne erfaringer med barndom og opdragelse og ønsker om, at børn skal have en lykkelig barndom uden egentlige referencer til teoretiske kilder.

Adspurgt til, hvad der kunne gøres anderledes, er der generel enighed blandt faggrupperne om, at området kræver flere pædagoger eller færre børn på stuerne, da der ofte opstår en følelse af ikke at kunne nå at tilgodese alle børnene, ligesom generel opkvalificering af personalet påpeges som en nødvendighed.

Daginstitutionens arbejde og betydning

Et ledelsesperspektiv på udsathed

At Tingbjerg er et udsat boligområde (Petersen, 2009) og socialfagligt må betragtes som sådan, er der ikke tvivl om i ledelsesgruppen, som består af en klyngeleder og fire pædagogiske ledere fra områdets daginstitutioner. En enighed som vil fremgå i dette afsnit. Området, som primært består af beboere med anden etnisk herkomst end dansk, er således præget af udsatte børn og familier (Hansen, 2003, 2005), som kræver en særlig indsats. Dette understreges med det særlige behov for samarbejde, der er i området. Adspurgte til, hvordan samarbejdet med områdets sundhedspleje fungerer, svarer en pædagogisk leder:

"Det udvidede samarbejde, vi har med sundhedsplejerskerne, er simpelthen nødvendigt. Fordi det er jo ikke kun børnene, vi arbejder med. Det er et socialpædagogisk arbejde med hele familien, og der er det bare rigtig vigtigt med de oplysninger og det samarbejde, vi kan have med sundhedsplejersken, fordi hun kommer i hjemmet" (Pædagogisk leder).

Dette beskrivende udsagn lægger op til afsnittets overordnede tema, nemlig at Tingbjerg er et område med massive sociale udfordringer, hvilket ifølge de interviewede ledere kræver en særlig indsats.

Behov for særlig kvalificeret arbejdskraft

Mens der i mange daginstitutioner i landet eftersøges flere hænder til at håndtere den daglige praksis, er problematikken anderledes i Tingbjerg. Ikke fordi de ikke kunne bruge flere pædagoger, men i højere grad fordi det er vanskeligt at tiltrække kvalificeret arbejdskraft. Således beretter alle ledere om en storstilet indsats for at øge personalets faglige niveau, ligesom man løbende har udskiftet medhjælpere med uddannede pædagoger for at ramme en bedre fordeling imellem disse. Således nævnes faglig opkvalificering via uddannelse som et vigtig parameter i arbejdet med de udsatte børn og deres familier, ligesom der arbejdes målrettet med rekrutteringen, når der søges nye medarbejdere. En opkvalificering, som vi fra tidligere international forskning (McCartney et al., 1985) ved, potentielt forbedrer de små børns sproglige og sociale udvikling, og som ligeledes er indkredset i dansk sammenhæng af Jensen et al. (2009a, 2009b) og Jensen (2013), som påpeger risikoen for udsathed og marginalisering, når de små børn

har svært ved at tilegne sig de kompetencer, der er nødvendige i børnenes institutionsliv, forstået som både daginstitution, skole og uddannelse. Denne udsathed, som også beskrives af Jensen et al. (2012) og Petersen (2006, 2009, 2010), tydeliggør nødvendigheden af et kvalificeret daginstitutionspersonale, som derigennem netop er i stand til at imødekomme de vanskeligheder, de små udsatte børn har. Udover rekruttering og efteruddannelse af det eksisterende personale beskriver en leder problematikker omkring implementeringen af tilegnet viden og pointerer vigtigheden af at have et omstillingsparat personale på stuerne. Samtidig efterlyses en efteruddannelsesform, som slår direkte igennem i praksis:

"Det har hjulpet lidt med indførelsen af læreplaner og kommunens pædagogiske pejlemærker, men der mangler noget gennemslag i et udsat boligområde som det her (...) personalet har en meget stor opgave, en stor vigtig opgave, som tidligere har handlet meget om brandslukning i konflikter mellem børn og mellem personale og forældrene. Vi arbejder meget på at få noget systematik og noget metode ind i arbejdet i hverdagen" (Pædagogisk leder).

En af metoderne i arbejdet er det tværfaglige samarbejde, som ifølge en leder er stærkt organiseret i området særligt på grund af sundhedsplejens insisteren på at følge de små børn i daginstitutionerne:

"Det er vigtigt, at vi får linet op, hvad det er for en fælles opgave, som vi står overfor. Det vil sige, at det er ikke bare personalet på rød stue, der skal agere. Det er i lige så høj grad de pædagogiske ledere, sundhedsplejersker, socialrådgivere, pædagogiske konsulenter, psykologer og så videre, der skal arbejde med personalet på stuerne, så de på den måde kommer til at arbejde i samme retning. Det får vi succes med!" (Pædagogisk leder).

Særligt sundhedsplejerskerne har været medvirkende til det øgede samarbejde i området. Et samarbejde, der er blevet udvidet til blandt andet at involvere sundhedsplejerskernes faste tilstedeværelse ved tremåneders samtaler mellem daginstitutionen og forældrene. Dette har blandt andet medvirket til et bedre kendskab til sundhedsplejerskerne, deres arbejde og den rolle, de potentielt kan have i forhold til daginstitutionen. Et samarbejde, der til at begynde med forekom svært, men som via sundhedsplejens vedvarende insisteren er kommet i stand:

"Områdets sundhedsplejerske kom en dag kørende forbi og fortalte om deres arbejde, som jeg var helt blank på. Vi aftalte at lave et godt og tæt samarbejde, hvilket var rigtig svært til at begynde med. Heldigvis var hun meget insisterende på at komme ind i institutionerne og være med i det arbejde, der foregår dér. Men det var svært at huske, at der var en sundhedsplejerske. Det var ikke uvilje, men glemte bare, at man havde mulighed for andre samarbejdsparter" (Pædagogisk leder).

En af problematikkerne har således været, at arbejdet med de udsatte børn og deres familier har været udført på hver deres små øer, som en leder udtaler det, hvor man udførte hver sin indsats. Ifølge lederen er området således i udvikling fra at være præget af brandslukning, tilfældige dagligdagsrutiner og overvægt af ikke-uddannet personale til en bevidst pædagogisk strategi, som blandt andet handler om at indhente og udnytte relevant tværfaglig viden, efteruddannelse og pædagogiske strategier, som indebærer et personale, der er i stand til at genopfinde sig selv i nye roller. Det kan være en udfordring for den faglige indsats, at medarbejdere gør som de plejer og indtager tidligere roller, når de er tilbage i praksis efter kurser eller uddannelsesforløb. Derfor efterspørges undervisning direkte på stuerne sammen med børnene. Generelt påpeges følgende nødvendigheder for den særlige indsats, der udføres i området:

- Praksisorienteret (efter-) uddannelse
- Forandringsvillighed
- Stærkt tværprofessionelt samarbejde
- Et fagligt stærkt personale.

Personaleperspektiver på udsathed

Mens der i ledelsesgruppen er enighed i, at området er at betragte som udsat (Petersen, 2009) og således kræver en særlig socialfaglig indsats, er der divergerende beskrivelser af området mellem personalet. Overordnet kan forskellen spores mellem etnisk dansk personale og personale med anden etnisk herkomst. En forskel, som ikke fremkom via de udsendte spørgeskemaer, men som først er blevet synlig via de kvalitative interviews. Personalet, som er af anden afstamning end dansk, beskriver ikke området som udsat, ikke mere end i andre områder, og kan ikke pege på, at særlige kvalifikationer er nødvendige for at udføre pædagogisk arbejde i områdets daginstitutioner, udover at der kan være enkelte sprogbarrierer, som kræver grundigere forklaring overfor forældrene, eller at børnenes påklædning skal passe til vejret. I stedet påpeger dette perso-

nale de kulturelle forskelle, som eksisterer i området, og som træder tydeligst frem i det, der beskrives som en omvendt opdragelsespyramide. En pædagogmedhjælper forklarer det således:

"I vores kultur er de første tre år ren omsorg. Opdragelsen starter fra børnene er tre år, der kan man sige til et barn, at noget er meget forkert at gøre. Indtil da gør det ikke noget, at barnet vil bestemme eller vil have sin vilje" (Pædagogmedhjælper).

Pædagogmedhjælperen medgiver, at dette kan være sent at begynde opdragelsen i forhold til den danske kultur, som hersker i daginstitutionen. Dette følges op af en pædagog, som mener, at børnene gives en selvstændighed på et tidspunkt i deres liv, hvor de ikke er i stand til at håndtere netop selvstændighed i den grad, som de gives. Det giver ind imellem børnene nogle konfliktsituationer, at der stilles krav til dem i daginstitutionen, men ikke derhjemme. Kulturelle forskelle i arbejdet med etniske minoriteter er ligeledes beskrevet af Self-Brown et al. (2011), som påpeger en række anbefalinger i arbejdet med denne målgruppe, hvortil særligt denne særlige beskrevne *omvendte* opdragelsesmetode altså kan tilføjes som en kulturel forskel. Forskelle baseret på køn, etnicitet og klasse er også i dansk sammenhæng belyst (Palludan, 2005; Gilliam, 2006; Bundgaard & Gulløv, 2008) og påpeger nødvendigheden af, at disse kategorier må betragtes i samspil med hinanden i forståelsen af den institutionelle marginalisering, der foregår i hverdagen. Modsætningen mellem danske og ikke-danske normer beskrives af Palludan (2005), som beskriver, hvordan der i danske institutioner eksisterer normer, der udgrænser, hvad der ikke betragtes som dansk og/eller social middelklasse. Mens Gilliam (2006) påpeger, hvordan etniske minoritetsdrengene fra lavere sociale klasser forholder sig aktivt til den rolle som ballademagere, de mødes med, og derfor skaber en modkultur til skolen, viser et studie af Bundgaard og Gulløv (2008), hvordan også pædagoger i institutionerne forklarer problematikker hos børnene med børnenes familiebaggrund og ikke som affødt af en problematisk eller uhensigtsmæssig pædagogik i institutionen. Pointen er, at institutionerne, om end mod deres hensigt, er medvirkende til reproduktionen af social ulighed.

Etnisk dansk personale beskriver da også området anderledes, idet de lægger meget vægt på, at området er udsat og kræver en særlig faglig viden. En pædagog har denne oplevelse af området:

"Vi ved, at hvis de her børn skal have en chance for at bryde den sociale arv eller bare skal have en lille chance for at føle sig som en del af det danske samfund, så skal vi have rykket dem fra et sted til et andet, som kan give dem en chancelighed med resten af samfundet. Det er en kæmpe

opgave, som er sindssyg hård at løfte, når den er så massiv multietnisk, som den er" (Pædagog).

At det multikulturelle er et problem begrundes af flere pædagoger med, at opdragelsesmetoderne divergerer så meget mellem de forskellige nationaliteter, at der ikke er nogen samfundsbestemt kulturel væremåde, børnene kan forholde sig til, særligt i daginstitutionen. Det svarer overens med førnævnte pædagogmedhjælperes beretning om omvendt opdragelse, om end problemet opleves med forskellige perspektiver på de små børns udvikling og livschancer i det danske samfund. En anden problematik, der rejses af pædagogerne i den sammenhæng, er tosprogede børns leg, nysgerrighed og videbegærlighed, som de mener lider under de kulturelle forskelle. Børnene beskrives som motorisk dårlige som konsekvens af forældrenes tilbageholdenhed i forhold til at lade børnene udforske omverdenen, oftest begrundet i forældrenes frygt for, at de skal komme til skade, eller fordi børnene ikke må blive beskidte:

"Vi står med en kæmpe opgave om at skulle gøre de her børn nysgerrige, åbne og vilde, med lyst til at udforske omverdenen. Det hæmmer børnene, at de ikke må kravle rundt og blive beskidte. Det skal vi have åbnet op for, ellers er de dårligt stillede skolemæssigt, når de ikke har lyst til at undersøge" (Pædagog).

Typiske problemstillinger

Daginstitutionen som rum for læring

Til trods for divergerende opfattelser af, om området er udsat, blot kulturelt anderledes eller begge dele, er der blandt personalets faggrupper og etniciteter enig i, at området rummer nogle problematikker, som adskiller sig fra en typisk dansk daginstitution.

Sproget nævnes således af alle som et potentielt problemfelt. Selvom der gøres brug af tolk, når vigtige informationer skal gives, risikerer værdifuld viden alligevel at gå tabt i den såkaldte stuesamtale mellem personale og forældre. Problematikken fremtræder især, når forældrene giver udtryk for at have forstået en besked, men ikke har det. Derfor kræver vigtige beskeder mere planlægning:

"Vi skal passe på ikke at tage viden hos forældrene for givet. Vi tror måske de har forstået en besked, men det har de måske ikke. Det kræver, vi sidder ved et bord og taler med dem, ikke bare i døren" (Pædagog).

Dette svarer helt overens med den problematik, der tidligere er beskrevet af Paris (2008), hvor mødre beskriver sprogproblem som isolerende fra den øvrige befolkningsgruppe, men som således også ekskluderer forældre med svage sprogkunderskaber i dansk fra vigtig information fra daginstitutionen.

Ikke kun sproget er en kommunikativ barriere i samarbejdet med forældrene. Også selve forståelsen af daginstitutionens formål kræver forklaring. Eksempelvis forstår mange forældre ikke, hvorfor deres børn både skal lege og sove udendørs, også når det er dårligt vejr. Derfor bruges der meget tid på at forklare selve daginstitutionens funktion og vigtigheden af, at små børn lærer noget, også når de leger ude, selv om de bliver beskidte og nogle gange også kommer til skade. En pædagogmedhjælper med anden etnicitet end dansk forklarer vigtigheden af de mange forklaringer således:

"Det er vigtigt, at vi som personale opsøger forældrene og forklarer, hvorfor børnene for eksempel skal være udenfor. Det er ikke sikkert, de selv tør spørge. Det turde jeg ikke, da jeg kom her selv med mit eget barn" (Pædagogmedhjælper).

At børnene ikke må blive beskidte og risikere at komme til skade for deres forældre, er ifølge personalet medvirkende til, at de har ikke har en alderssvarende motorik. At daginstitutionen ligeledes ikke opfattes som et rum for læring, altså et sted hvor små børn lærer noget, kan måske forklare den problemstilling, at flere forældre ønsker deres børn i skole hurtigere, end børnene er klar. Dette kan være konfliktgrundlag mellem institution og forældre, særligt når de små børn må skoleudsættes, hvilket primært sker på grund af ringe danskunderskaber.

Særligt sproget og træningen af dette i hjemmet er således et fokusområde for personalet at overbevise forældrene om, hvilket ikke lykkes i det omfang, det er ønsket. Nogle forældre er af den overbevisning, at børnene skal lære sproget enten i daginstitutionen eller endnu bedre, når de kommer i skole, da daginstitutionen mest af alt betragtes som et pasningstilbud, hvor børnene kan tages ud og meldes ind efter forældrenes behov. Således er daginstitutionen i forældrenes forståelse ikke betragtet som en betydningsfuld del af uddannelsessystemet og en særlig del af den læring, udvikling og forberedelse til skolegang, som ellers er medvirkende til at øge de små børns livschancer (Petersen, 2009, 2011; Jensen et al., 2012, 2015).

Daginstitutionens sociale læring er dermed ikke en prioriteret del af dagligdagen for alle områdets små børn, og særligt ikke hvis moren er hjemmegående. Derudover tages nogle børn ud, fordi familierne syntes, det er for dyrt, mens andre passes i private pasningsordninger. Det er skidt for børnenes sprogudvikling, forklarer en pædagogmedhjælper:

"Nogle mødre tager deres børn hjem, hvis de bliver gravide igen. De syntes, det er for dyrt, og vil derfor hellere passe dem derhjemme. Jeg syntes, det er dårligt, at de tager dem ud. De skal jo vokse op i et dansk samfund, så de bør gå i daginstitution og lære dansk. Vi har nogle store børn, som ikke kan tale dansk hos os" (Pædagogmedhjælper).

Når børn hjemtages fra daginstitutionen, er det oftest på grund af økonomien, og personalet i daginstitutionerne er generelt enige i, at børnene ville blive i daginstitutionen, hvis den var gratis. Det er også personalets erfaring, at de mest velintegreerede forældre godt forstår daginstitutionens betydning for deres børns opvækst, men at disse forældre typisk er dem, som er veluddannede og samfundsoplyste. Derfor pointeres vigtigheden af formidling om daginstitutionens funktion, således at forældrene bliver bevidste om muligheden. Det vil ifølge personalet gøre forældrene mere trygge, hvis de er bedre informerede om dagligdagen i daginstitutionen, inden deres børn starter.

Frygt for myndigheder

At bede om hjælp kan for områdets forældre være problematisk. Både fordi det kan betragtes som et nederlag for familien, men særligt fordi det kan udløse involvering fra myndighederne, hvilket hos nogle af forældrene udløser en frygt for, at deres børn fjernes fra hjemmet. Det samme viser sig, hvis et barn ikke er efterretteligt overfor sine forældre i daginstitutionen. En pædagog giver et eksempel med et barn, som ikke vil have sine sko på ud at lege, og forældre, som ikke tager konfrontationen med barnet, hvorfor pædagogen fortæller forældrene, at de gerne må netop det:

"Pædagogen: Hvis hun ikke tager de sko, så siger jeg, hun skal tage dem på, lige så snart I er gået. Det er sådan jeg er overfor jeres barn, fordi hun skal ikke ud på legepladsen i det fodtøj.

Forælder: Jamen, hun begynder at græde.

Pædagogen: Så må hun græde. Hvem er det, der er mor? Det er ok at sige til dit barn, at det skal hun."

Det er pædagogens opfattelse, at forældre ikke vil skabe situationer omkring deres børn, når de er i daginstitutionen af frygt for indberetninger om, at de er dårlige forældre.

Denne frygt for myndigheder og autoriteter beskrives ligeledes af Self-Brown et al. (2011), som frembringer samme pointe og særligt sprogbarrierernes grundlag for misforståelser, hvormed spørgsmål om hjælp misforstås som mishandling eller om-

sorgssvigt. Ifølge Self-Brown et al. (2011) handler det særligt om tillid mellem forældre og myndigheder eller i dette tilfælde daginstitutionspersonale, således at forældrene bliver mere komfortable i kontakten. Her spiller sproget igen en central rolle, idet forældrene føler større tryghed i at kunne berette om deres forståelser og opdragelsesmetoder på deres modersmål og dermed undgå eventuelle misforståelser af, hvad der i divergerende kulturforståelser betragtes forskelligt.

Samarbejdet med sundhedsplejen

Daginstitutionernes samarbejde med sundhedsplejen i området opleves primært i forbindelse med tremåneders besøg i daginstitutionen og beskrives af alle de interviewede, som har været med, som godt og lærerigt, og initiativet synes vel modtaget. I bestræbelserne på at kunne yde den bedst mulige indsats overfor familierne kunne daginstitutionspersonalet dog godt tænke sig et endnu bredere samarbejde, som primært skulle indebære flere oplysninger om den enkelte familie, inden familiens barn starter sin gang i daginstitutionen. En pædagogmedhjælper giver et godt eksempel på, hvornår oplysninger fra sundhedsplejen kunne have været brugbare:

"Vi havde et barn, som startede, hvor moren var psykisk syg, det vidste vi ikke. Vi fortalte hende, at den første uge skulle hun komme en halv time hver dag sammen med barnet. Næste dag kom hun kl. 11 og teede sig underligt, så vi fandt ud af, at der var noget galt. Efterfølgende fik vi at vide, at hun var blevet indlagt på en psykiatrisk afdeling. Der kunne vi have ydet mere omsorg, hvis vi havde fået den oplysning, f.eks. ved at hun ikke havde behovet opstartsperioden" (Pædagogmedhjælper).

I sådan en situation kunne oplysninger fra sundhedsplejen potentielt have lettet såvel familiens som daginstitutionens håndtering af morens tilstand og barnets opstart i daginstitutionen. Særligt når det er samme sundhedspleje, som henviser familien til at få deres barn i daginstitution. Personalet er velvidende om, at sådanne oplysninger ikke er tilladt fra sundhedsplejens side, men foreslår en løsning på det problem, som kan afhjælpe lignende situationer fremover. Oplysninger som ifølge personalet i nogle tilfælde ville spare dem for en masse opsporende arbejde, idet sundhedsplejerskerne har et indgående kendskab til familien, også i hjemmet, som personalet ikke kommer i nærheden af. Det er daginstitutionspersonalets opfattelse, at sundhedsplejerskerne er meget respekterede blandt forældrene, men også at en henvendelse derfra kan afføde frygt såvel som mulighed for hjælp til deres barn. Forældre, som er trygge ved sundhedsplejerskerne, nærer stor tillid til deres ekspertise, mens utrygge forældre oplever

dem som en potentiel trussel mod deres familie, dog uden at være på højde med eksempelvis PPR.

Sundhedsplejen i Tingbjerg – arbejdet og de øgede indsatser

Som led i projekt "Tidlig indsats" har sundhedsplejen iværksat en indsats, der blandt andet indebærer en række ekstra besøg hos de udsatte familier i området omkring Vanløse/Brønshøj, hvorunder Tingbjerg også hører.

Tingbjerg – et udsat område

Sundhedsplejerskerne betragter Tingbjergområdet på en række forskellige parametre, som alle i større eller mindre grad knytter an til udsathed (Petersen, 2009; Hansen, 2003, 2005). Mest udtalt er, at områdets beboere, som primært er af anden etnisk herkomst, er karakteriseret ved netværksfattigdom, hvilket stiller dem dårligt i forhold til eksempelvis jobmuligheder og børnepasning ved sygdom, men som også isolerer dem til nærområdet, hvorfor de mindre netværk, de trods alt har, oftest er til beboere med samme kulturelle baggrund, og helst den nære familie, hvilket problematiserer integrationen i det danske samfund. Denne beskrivelse stemmer overens med såvel daginstitutionspersonalets beskrivelser som med de resultater, der fremlægges af Franco et al. (2010), hvori det beskrives, at etniske minoriteter ofte er overrepræsenteret i udsatte boligområder, og at der derfor opstår en samhørighed i disse. Ud fra den betragtning søger etniske minoriteter således tryghed i de relationer, de opnår til beboere af samme etnicitet. Derudover beskrives områdets beboere som udsatte på grund af ingen eller ringe tilknytning til arbejdsmarkedet, fattigdom, kriminalitet, psykiske lidelser, nogle på grund af krigstraumer, samt massive sprogproblemer (Mathiesen, 1999; Brody, 2001; Petersen, 2009; Hansen, 2003, 2005).

Området ved Tingbjerg beskrives også som meget mangfoldigt og multikulturelt, hvor der også findes ressourcestærke familier med anden etnicitet end dansk. I den seneste tid har området blandt andet modtaget mange udlændinge på Greencard-ordningen, som er veluddannede mennesker, der typisk arbejder og studerer i Danmark. Fælles for de mest ressourcestærke familier er dog, at de oftest indskrifter deres børn i institutioner og skoler uden for Tingbjerg, hvilket efterlader de mere udsatte familier alene tilbage, til trods for at sundhedsplejerskerne gør de tilbageværende forældre meget opmærksomme på alternativer til daginstitutionerne i Tingbjerg netop for at bringe de etniske minoriteter i kontakt med et etnisk dansk netværk. Udsatheden gør sig ifølge sundhedsplejerskerne også gældende for områdets få danske familier,

som karakteriseres som efterkommere af flere generationers armod og socialt udsathed.

Karakteristiske problematikker

Som en del af den sammensatte udsathed i området er der særlige problematikker, som kendetegner etniske minoriteter. Et område, hvor områdets forældre adskiller sig fra andre, er, at de ikke synes at tage hensyn til børnenes tilhørsforhold. Det er således problematisk, når en familie skifter daginstitution, efter hvor i området de bor, hvorfor flere af børnene har oplevet adskillige skift imellem daginstitutioner, ligesom mange er blevet meldt ind og ud efter familiens pasningsbehov. Eksempelvis tager en familie typisk større børn ud af daginstitutionen, hvis moren bliver gravid og alligevel er hjemme i en periode.²⁴ Nogle større børn har også været rejst til hjemlandet i en periode for senere at vende tilbage. Det er problematisk i forhold til børnenes sprogudvikling og deres sociale netværk.

"Det er mangel på viden om, at børn overhovedet kan se, høre, føle og mærke (...) man har heller ikke det syn, at børn danner relation eller tilknytning til andre end mor og far, udover familien" (Sundhedsplejerske).

En sådan forståelse ligger ifølge sundhedsplejerskerne potentielt til grund for, at forældrene vælger at flytte barnet fra én daginstitution til en anden, hvis den ligger 200 meter tættere på deres bolig. En mener, at det kan være kulturelt betinget og begrundet med, at moren bedre kan se barnets institution fra hjemmet, samt at hverken etnisk danske eller etniske minoriteter biologisk er tiltænkt at sende de små børn væk fra hjemmet for at blive passet, men at det er et samfundsbestemt fænomen udviklet i takt med industrialiseringen. Det argument er svært at modsige, hvilket da heller ikke er hensigten hos sundhedsplejerskerne, idet der er enighed i, at hjemmetilbud til børn vil være at foretrække, såfremt tilbuddet er forsvarligt:

"Det er ikke for børnenes skyld, at de skal i daginstitution, og vi kan ikke fagligt argumentere for, at børnene bliver bedre tilknyttet i institutionen end derhjemme. Så hvis de er velstimulerede derhjemme, så er det helt fint. Problemet er bare, at det er det ikke i de her tilfælde" (Sundhedsplejerske).

²⁴ Selvom de færreste mødre er beskæftiget på arbejdsmarkedet, er de meget ude af huset. De skal blandt andet deltage i danskurser for at kunne opretholde sociale ydelser.

En lignende problematik kan spores i anvendelsen af private pasningsordninger. En privat pasningsordning betyder, at en mor bliver ansat til at passe sit eget samt et andet barn i hjemmet. Ordningen fungerer ifølge sundhedsplejen efter hensigten for de mødre, oftest de etnisk danske, som får organiseret forskellige aktiviteter for børnene, gerne sammen med andre mødre, som anvender samme ordning. Problematikken opstår, når etniske minoritetsmødre passer eget og andres børn og ikke får skabt et læringsmiljø for børnene, som svarer til, hvad de ville få tilbudt i daginstitutionen, særligt med henblik på sprogudvikling. Der har ifølge sundhedsplejerskerne ligeledes været strategisk tænkning i ordningen, idet tilmeldte mødre ofte har brugt det som alternativ til kontanthjælp.

"Det er et problem, fordi de børn er dem, som kommer i daginstitution senere, og som vi kan se er dem, som ikke kan tale og er understimulerede" (Sundhedsplejerske).

Hvorvidt private pasningsordninger er hensigtsmæssige eller ej har været genstand for forskningen tidligere. På den ene side har McCartney et al. (1985) påpeget, at daginstitutioner af høj kvalitet fordrer de små børns sproglige og sociale færdigheder, ligesom daginstitutioner med særlig fokus på skoleforberedelse udvikler børn, der klarer sig bedre gennem deres første skoleår, end de som ikke har været tilknyttet sådanne daginstitutioner (Magnuson et al., 2004). Omvendt kan pasningsordninger, som de er beskrevet af blandt andre Sylva (2003) og Sammons et al. (2003, 2004a, 2004b) have negativ effekt på børns sociale og kognitive evner, særligt når børnenes mødre er karakteriseret ved arbejdsløshed, lavt uddannelsesniveau og anden etnisk herkomst, end hvor de er bosiddende. Ud fra disse betragtninger kan sundhedsplejerskerne med rette være bekymrede for de små børns udvikling, når de tilbringer deres første leveår i de beskrevne pasningsordninger.

En styrket indsats

Sundhedsplejen har iværksat en særlig indsats overfor de små udsatte børn og deres familier, som blandt andet betyder flere hjemmebesøg til nye forældre samt deltagelse i tremåneders samtaler mellem daginstitutionen og forældrene. Særligt de ekstra hjemmebesøg beskriver sundhedsplejerskerne som effektive:

"Vores indsats adskiller sig ved, at vi kommer hver anden måned og har bedre tid. Vi kan dykke helt ned i forskellige emner og helt konkret vise, hvordan man børster tænder, for eksempel" (Sundhedsplejerske).

Forskellen er ifølge sundhedsplejerskerne, at sådanne konkrete tiltag ikke er mulige med den ordinære ydelsesprofil, hvor familien ikke får besøg mellem barnets to- og ottemåneders alder. Netop den helt konkrete anvisning gør en forskel i et udsat område med lavt uddannelses- og abstraktionsniveau, og hvor særligt sprogbarrierer er grundlag for misforståelser. Sundhedsplejerskerne giver udtryk for virkelig at komme til deres ret i et sådant område, hvor de føler de gør en særlig forskel. En forskel som de ser en klar målbarhed i:

"Muligheden giver nogle gevinster, som vi ellers ikke har mulighed for med den almindelige ydelsesprofil (...) Vi ser for eksempel ikke ustabile hovedløft i Tingbjerg længere. Det er en direkte konsekvens af den øgede indsats, og fordi vi har nogle kvalitetskrav allerede fra to-måneders alderen, som vi nu har mulighed for at følge op på" (Sundhedsplejerske).

Effektiviteten af hjemmebesøg har længe været den internationale forsknings interessefelt, hvori hovedparten stiller sig kritisk overfor, hvorvidt besøgene har den ønskede effekt overfor de allermest udsatte familier (Peacock et al., 2013). Duggan et al. (2007) stiller spørgsmålstegn ved effektiviteten af hjemmebesøg, når disse udføres i de allermest udsatte familier, og Olds et al. (1995) fremhæver en positiv betydning, særligt hvis hjemmebesøgene iværksættes prænatalt.

Særligt relationen mellem behandler og klient fremhæves som væsentligt for et godt udbytte af en given intervention (Allen et al., 2007), og tillid er således den vigtigste byggesten i effektiviteten af blandt andet hjemmebesøg.

Netop tillid mellem sundhedsplejerske og forældre giver udslag på blandt andet den motoriske træning i hjemmene, som ifølge sundhedsplejerskerne er blevet bedre. Både fordi forældrene med de hyppigere besøg nu holdes op på de aftaler, der laves fra gang til gang, men også fordi forældrene udviser stor velvilje til at udføre de øvelser, sundhedsplejerskerne anviser, og det er oplevelsen, at det ikke er uvilje, der har gjort øvelserne fraværende, men derimod kulturelle forskelligheder, hvor der eksempelvis ikke er tradition for at vende op og ned på små børn for at træne deres motorik. Men forældrene gør det, netop fordi de stoler på sundhedsplejerskerne og har stor tillid til deres ekspertise. En del af denne tilsyneladende ubegrænsede tillid til sundhedsplejerskernes anvisninger skal findes i de relationer, der opstår mellem sundhedsplejerske og familien. Relationen som således igen beskrives som vigtig i arbejdet med de udsatte familier, og som har fået bedre grobund i takt med de øgede hjemmebesøg.

De øgede hjemmebesøg har ikke kun indflydelse på de små børn og deres familier:

"Det er blevet sjovere at være sundhedsplejerske siden 1980'erne. Vi har nogle andre redskaber end dengang og særligt det, at vi kan komme oftere i hjemmet, og at vi kan være mere konkrete, giver en stor arbejdsglæde, fordi vi kan se, det virker. Det betyder enormt meget, at den person, der kommer ind af døren, udstråler engagement. Og det gør man, når man ved, det virker, det man gør" (Sundhedsplejerske).

Selvom sundhedsplejerskerne i området generelt er tilfredse med de muligheder, de kan tilbyde de små børn og deres familier, så peger de på steder, hvor der er plads til forbedring. Det er primært rettet mod muligheden for at tilbyde yderligere faciliteter, som kan gøre det muligt at arrangere åbent hus og flere mødregrupper, hvilket de også påpeger, fremgår af ydelsesprofilen. De øgede hjemmebesøg har givet dem en stor erfaring i at definere de familier, som har ekstra behov, men der efterlyses muligheder for at gøre indsatsen endnu mere komplet, eksempelvis ved at kunne prioritere arrangementer til de mødre, som traditionelt har svært ved at komme ud af hjemmet.

Øget samarbejde med daginstitutionerne

En del af den øgede indsats er et forbedret samarbejde med daginstitutionerne i Tingbjerg, hvor sundhedsplejerskerne som nævnt deltager i tremåneders samtaler mellem forældre og daginstitution. Samarbejdet betyder blandt andet, at daginstitutionen kontakter en families sundhedsplejerske i forbindelse med samtalen, såfremt familien ikke selv har gjort det med henblik på hjemmebesøg. Sundhedsplejerskerne oplever også i stigende grad, at daginstitutionspersonalet kontakter dem, hvis de bekymrer sig om et barn i daginstitutionen. Sådan har det ikke været tidligere, hvor personalet ifølge sundhedsplejerskerne ikke så behov for at kontakte sundhedsplejen. Enten fordi de ikke var bekymrede, eller fordi de ikke var bekendte med den rolle, sundhedsplejen kunne indtage, og hvorigennem daginstitutionerne kunne søge råd og vejledning.

"Samarbejdet er blevet bedre, nok også fordi personalet er opgraderet derude. Tidligere ringede de ikke så ofte (...) tidligere var der stort set ikke noget samarbejde. Der har været uvidenhed om, hvad vi kunne bruges til. Nu står alle vores navne også i børnenes stamkort, det gjorde de ikke tidligere. Vi er blevet nemmere tilgængelige" (Sundhedsplejerske).

En af forklaringerne på det manglende samarbejde tidligere beskrives således som manglende bekymringer vedrørende børnene, ofte grundet fagligt inkompetent personale i daginstitutionerne. En udvikling, som de mener, er vendt til det positive med tilførslen af kvalificerede medarbejdere samt decideret målrettede indsatser mod læ-

ring i fællesskabet, hvor der blandt anvendes billeder og video til at undervise såvel personale som forældre i daginstitutionerne.

Sundhedsplejerskerne peger ligeledes på et decideret normskred i området, hvor tærsklen for, hvornår man var så bekymret, at man kontaktede sundhedsplejen, var rykket langt i forhold til andre områder i kommunen.

Ligesom med de udsatte familier oplever sundhedsplejerskerne en stigende interesse i samarbejdet fra daginstitutionernes side, hvilket de giver samme grundlag, nemlig at de er blevet meget mere synlige i billedet i daginstitutionen. Det giver en fælles tryghed i det tværfaglige arbejde, at det er velkendte ansigter, der indgår.

Interview med mødre i Tingbjergs boligområde – betydning af sundhedspleje og daginstitution for deres børn

Der er foretaget interview med seks mødre, som alle er bosiddende i Tingbjerg. Det var oprindeligt planlagt, at der skulle deltage 10 mødre i individuelle interview, men på trods af et stort forarbejde af sundhedsplejen og på trods af gentagne telefonopringninger lykkedes det desværre ikke at få de sidste fire mødre til at deltage i interview.

De seks mødre, som har deltaget, har til gengæld udtrykt stor interesse for forskningsprojektet og har meget gerne ville deltage og fortælle om deres tilknytning til sundhedsplejen. Hvert interview har haft et omfang på mellem 1-2 timer, og alle interview er klaret uden tolk og på en blanding af engelsk og dansk.

To centrale perspektiver har særligt foldet sig ud i datamaterialet på tværs af de seks interview. Dels et perspektiv, der betoner mødrenes *oplevelser og erfaringer med sundhedsplejen*, for norges vedkommende af flere omgang, da flere af mødrene har mere end et barn, og dels et perspektiv, der knytter an til deres børns *bevægelser ind i – og hverdag – i daginstitutionen*. De seks mødre har også det til fælles, at deres børn enten er eller har været i vuggestue og børnehave, og flere af de mødre, som har små nyfødte spædbørn ved interviewforløbet, udtrykker også, at deres lille barn skal i daginstitution.

Sundhedsplejen er tryghed

Datamaterialet, der knytter an til mødrenes perspektiv og forståelser af både sundhedsplejen og daginstitutionen i relation til deres børns trivsel og udvikling, medvirker til at pege på, at især sundhedsplejerskerne i lokalområdet har stor betydning i forhold til at formidle betydningen af, at børn kommer i både vuggestue og børnehave, og især har en betydning som en tryk person, der formidler ekspertviden om små børns udvikling.

Der er ingen af mødrene, der giver udtryk for en oplevelse af, at de har fået ekstra mange eller udvidede besøg af sundhedsplejen i hjemmet. Dette vurderes nu mest at handle om, at mødrene nok ikke er opmærksomme på, hvor ofte en sundhedsplejerske kommer i hjemmet, fordi en fælles oplevelse for de 6 mødre er, at de alle synes, de får en støtte og opbakning til deres barn gennem deres faste sundhedsplejerske. Nogle af sundhedsplejerskerne nævnes ved navn, og det fortælles, at den samme sundhedsplejerske også var hende, der kom, da første og andet barn kom til verden.

Sundhedsplejen opleves gerne som en meget betydningsfuld person, en der er *ekspert* på børneområdet, og gennemgående for alle interview med mødrene peges på betydningen af en gennemgående sundhedsplejerske, som den enkelte mor oplever tillid til, og som hun kan drøfte eventuelle bekymringer med. De mødre, som har deltaget i forskningsprojektet, som har mere end et barn, peger ligeledes på, at det opleves trygt, hvis sundhedsplejersken er den samme som ved forrige fødsel, således at moderen synes hun kender sundhedsplejersken rigtig godt.

En mor fortæller under interview om sit lille spædbarn (3 måneder gammel), der har været syg af flere omgange, hvilket har bekymret hende og hendes mand meget. De har to store børn i forvejen, som ikke har været syge, men det lille spædbarn har haft sygdom, og sundhedsplejersken er kommet meget i hjemmet og har været en god hjælp i forhold til, hvordan mor skulle få hjælp fra læge og andre relevante personer. Mor fortæller, at hun har kunne stille en masse spørgsmål, og sundhedsplejersken har kunne berolige hende, fordi hendes barn var i god udvikling.

Det er også sundhedsplejersken, som har fortalt om, at det er godt, at små børn kommer i både vuggestue og børnehave. Godt for børnene, fordi de får nogle andre børn at lege med, og godt for børnene, fordi det er vigtigt at opleve aktiviteter i løbet af dagen.

Daginstitutionen kan være en vanskelig størrelse

Alle de mødre, som er blevet interviewet, og som er bosiddende i Tingbjerg, har også deres børn i de daginstitutioner, som er beliggende i dette boligområde.

Alle mødrene, der er interviewet, har på forskellig vis haft deres børn i daginstitution, og flere af dem har børn, som er på vej i daginstitution:

For den ene mor, som netop har en lille nyfødt baby, der ligger mellem os på sofaen, mens interviewet foregår, fortæller moderen, at sundhedsplejersken har hjulpet hende med at finde en vuggestue til hendes lille barn. Moderen fortæller, at hun skal tilbage på arbejde efter barsel, og derfor skal hendes lille pige i vuggestue. Jeg spørger ind til, hvilken vuggestue mor har valgt og hvorfor, men hun forklarer, at sundheds-

plejersken har hjulpet hende med at finde en god vuggestue, hvor personalet er "god til de små børn" (interviewet foregår på engelsk, og oversættes fra "take good care of the children").

En anden mor, som har et barn i børnehave og et lille nyfødt barn, fortæller, at hun er meget glad for den daginstitution, hendes barn er i, men at hun var mest glad for vuggestuen, da de var rigtig dygtige til at lave aktiviteter med hendes barn, mens hun ikke er så glad for børnehaven:

"De siger, at de er en børnehave, der laver mange ting med børnene, ja altså tager på ture ud af huset, til andre legepladser, eller i zoo, men jeg synes ikke, de laver noget sammen med børnene" (Interview med mor fra boligområdet Tingbjerg. Interview foregår på dansk).

Moderen fortæller, at når hun henter sit barn om eftermiddagen, så er hun slet ikke træt, men vil meget gerne lege videre, vil på legeplads og er næsten ikke "til at få med hjem". Mor oplever, at der ikke "sker nok" for børnene i løbet af dagen. Der er ofte sygdom blandt det pædagogiske personale, og derfor kommer de ikke på planlagte ture ud af huset, og tit leger børnene bare på legepladsen. Det, synes mor slet ikke, er godt nok. Mor mener selv, at en hverdag i daginstitutionen kunne rumme mange flere aktiviteter, som ville være godt for børnene. Hun har prøvet at tale "forsigtigt" med pædagogerne, men synes ikke, at de forstod hende. Derimod var mor meget glad for pædagogerne i vuggestueafdelingen i samme daginstitution, og hun hilser stadig på dem og taler med dem om sit barns udvikling. Hendes lille nyfødte baby skal også i den samme vuggestue, men hun vil meget gerne finde en anden børnehave til begge hendes børn.

Mor taler videre om, at det også handler om dette boligområde (Tingbjerg). Hun peger blandt andet på, at hun synes, det er et problem, at i den børnehave, hvor hendes eget barn er, har alle børn anden etnisk baggrund end dansk:

"Der er slet ingen danske børn vel..." (Citat fra interview med mor fra Tingbjerg boligområde. Interview er foregået på dansk).

Mor taler flydende dansk samt sit eget modersmålssprog, og det samme gør hendes datter, men mor er alligevel bekymret for, at børnene i børnehaven ikke lærer nok om det danske samfund og det danske sprog og heller ikke får "danske legeskamper", når der ikke er etnisk danske børn i børnehaven.

Mor ville rigtig gerne flytte fra boligområdet, men det er svært at finde en lejlighed et andet sted. Hun fortæller om flere steder rundt om i København, hvor hun rigtig gerne vil bo med sin familie, men at det er svært at få en lejlighed. Men for nuværende har hun besluttet, at hendes datter skal starte i skole i et andet område, da hun ikke synes, hun skal gå i skole i Tingbjerg, hvor der stort set ikke er nogen etnisk danske børn.

En tredje mor, der bliver interviewet, viser til gengæld også, at vuggestuen så at sige er den del af det samlede dagtilbud, som kan være sværest at holde fast i for mødrene. Mens der i datamaterialet er en overvejende tilgang og forståelse omkring børnehaven, har vuggestuen en lidt mere usikker plads i mødrenes perspektiv. Vuggestuen kan man således påbegynde, men også afslutte før tid, for eksempel hvis barn nummer to bliver født, og mor derfor er hjemme på barsel. Denne mor, som jeg interviewer hjemme hos hende selv, har netop både sit nyfødte spædbarn på armen og en lille dreng i vuggestuealderen hjemme. Da vi taler om betydningen af, om børn skal i daginstitution, fortæller moderen, at hendes lille dreng var startet i vuggestue, men havde været meget syg over flere måneder med forkølelser, og hun derfor ikke synes, han alligevel skal være i vuggestue, når hun nu er hjemme med det lille spædbarn. Den lille dreng tumler rundt, mens vi sidder og taler, og vil meget gerne deltage i vores samtale, og moderen giver udtryk for, at det nok ikke var den rigtige beslutning, hun traf omkring vuggestuen, da hun har så meget at se til med det lille spædbarn.

"Men jeg vil jo så gerne være sammen med mine børn, når de er små", fortæller moderen i forlængelse heraf. En fjerde mor fortæller en tilsvarende beretning om hendes datter, der var startet i vuggestuen, men hvor hun alligevel synes, datteren kunne være hjemme, indtil hun startede i børnehave. Ligeledes peger flere af interviewene med mødrene på, at netop kontakten med pædagogerne i både vuggestue og børnehave opleves som helt afgørende for, om de synes deres børn trives i daginstitutionen. Jo mere mødrene kan tale med pædagogerne om deres børn og børnenes udvikling, i jo højere grad synes daginstitutionen at give mening for mødrene. Et lignende fund er gjort knyttet til daginstitutionens arbejde og betydning i udsatte boligområder (Jensen et al., 2012, 2015), hvor netop pædagogerne i disse institutioner betoner betydningen af at have meget tid til at tale med forældre om deres børn, om hverdagen og om børneopdragelse og børns udvikling.

Netop disse fund medvirker til at betone, at der fortsat er udviklingsmuligheder i relation til daginstitutionens arbejde, særligt i forhold til at mødrene oplever, at de har brug for, at der er god tid til at tale med pædagogerne og plads til at få stillet en række spørgsmål. At sundhedsplejen opleves som en ekspert på småbørnsområdet, er de ikke alene om, da også de ovenfor nævnte undersøgelser (Jensen et al., 2012, 2015) indkred-

ser pædagogerne som eksperter på børneområdet og dermed også får en helt særlig plads i nogle forældres hverdag med børnene og i opdragelsen af dem.

Opsamling af analyse

Nærværende kapitel har præsenteret analyserne af det indsamlede empiriske materiale fra de to delprojekter, henholdsvis det såkaldte Haraldsgadeprojekt (delprojekt nr. 1) og det såkaldte Tingbjergprojekt (delprojekt nr. 2).

Analyserne tager afsæt i flere, men sammenhængende dataindsamlingsmetoder. Dels en spørgeskemaundersøgelse, som er foretaget med hele sundhedsplejen i Københavns Kommune, dels en spørgeskemaundersøgelse foretaget med pædagogisk personale og ledelse i Tingbjergområdet og slutteligt en mindre spørgeskemaundersøgelse rettet mod mødre i mødregruppen i det såkaldte Haraldsgadeprojekt.

Derudover er der inddraget viden fra en lang række fokusgruppinterview med både sundhedsplejersker, ledelse samt pædagogisk personale og dagtilbudsledere. Der er endvidere inddraget viden fra en lang række interview med mødre, som enten har været tilknyttet mødregruppen, eller som er bosiddende i Tingbjergområdet og modtager sundhedsplejens såkaldte udvidede hjemmebesøg. Ligeledes er der foretaget observationer i henholdsvis mødregruppe og fædregruppe på Nørrebro og interview med fædre, som har deltaget i fædregruppe.

Der har været tale om et omfattende datamateriale, som netop er indsamlet med henblik på at kortlægge og udforske sundhedsplejens indsatser og betydning i arbejdet med udsatte børn og familier i de såkaldte særligt udsatte boligområder, i nærværende tilfælde i relation til Københavns Kommune. Som det er betonet indledningsvist, er netop sundhedsplejens arbejde med udsatte børn og familier et relativt begrænset forskningsområde i dansk sammenhæng, modsat internationalt, hvor der generelt er en lang tradition for at forske i sundhedspersonales arbejde hjemme i familierne (Wasik & Bryant, 2001, se også uddybende kapitel 2 i denne rapport). I dansk sammenhæng er viden på netop dette område af de tidlige forebyggende indsatser i høj grad præget af, at der foregår en lang række indsatser både kommunalt og på landsplan, men at disse indsatser ofte ikke har været genstand for forskning og derfor ikke kan medvirke til at indkredse, hvilke indsatser der har betydning, og hvordan indsatserne er tilrettelagt set i et forskningsmæssigt perspektiv vel at mærke.

Forskningsprojektet har bevæget sig rundt om to samtidige og forbundne teoretiske og empiriske forløb, henholdsvis en udforskning af sundhedsplejens arbejde i relation til det såkaldte Haraldsgadeprojekt på Nørrebro og en udforskning af det såkaldte Tingbjergprojekt i bydelen Tingbjerg. For Haraldsgadeprojektets vedkommende har der empirisk været et særligt blik på at indkredse sundhedsplejens indsatser i arbejdet

med små udsatte børn og deres familier, herunder et fokus på henholdsvis mødre- og fædregruppe. For Tingbjergprojektets vedkommende har der yderligere været et helt særskilt blik på at indkredse betydningen af såkaldt øget hjemmebesøg samt på mulighederne i sundhedsplejens samarbejde med Tingbjerområdets daginstitutioner.

I relation til det såkaldte Haraldsgadeprojekt (delprojekt nr. 1) har der først og fremmest været en særlig optagethed af at kortlægge, hvordan og på hvilke måder sundhedsplejen arbejder med udsatte familier. I denne kortlægning har analyserne af datamaterialet først og fremmest vist, hvordan sundhedsplejen både teoretisk og fagligt indkredser udsathed hos små børn og deres familier og medvirker til at pege på, at netop i et uddannelsessociologisk perspektiv (Bourdieu, 2005; Hansen, 2003, 2005; Jensen et al., 2012, 2015) er der tale om familier, som i høj grad er præget af manglende tilknytning til arbejdsmarkedet, manglende uddannelse (og som for nogens vedkommende også indkredses som analfabeter), etnisk minoritetsbaggrund, et familieliv bopliende i udsatte boligområder såvel som sprogvanskeligheder i form af ikke at kunne det danske sprog. Der er imidlertid ikke heraf nødvendigvis tale om udsathed i et såkaldt individuelt perspektiv knyttet til barnet, forældre eller interaktioner mellem forældre og barn, således som det teoretisk blev præsenteret i kapitel 3, men derimod om en stærk grad af forebyggelse gennem sundhedsplejen, som netop søger at modvirke, at den strukturelle udsathed så at sige bevæger sig hen mod en individuel udsathed hos det enkelte lille barn. Sundhedsplejens forståelser af små børn og udsathed orienterer sig primært mod en strukturel forklaringsramme, hvor forældres etnicitet, uddannelsesniveau, tilknytning til arbejdsmarked eller manglende tilknytning hertil kalder på opmærksomhed, men at det især er, når både en strukturel og individuel udsathed er på spil på samme tid, at sundhedsplejen for alvor er bekymrede for det lille barns trivsel og udvikling. Herooverfor oplever sundhedsplejen også i andre familier, som oftest bosat i såkaldt ressourcestærke boligområder, hvor forældre er veluddannede og tilknyttet arbejdsmarkedet, en mere individuel form for udsathed, der koncentrerer sig om samspillet mellem barn og forældre. Eller i højere grad beskrevet i datamaterialet som forældre, der primært er forældre "i hovedet", og som kan have svært ved at forstå, hvorfor det tager tid før amning fungerer, og som ofte giver udtryk for at have meget brug for sundhedsplejen:

"Det er mødre, som har lavet en hel spiseseddel, til når man kommer ind ad døren, med alle mulige spørgsmål, som de samtidig har googlet og fundet mange forskellige svar på, og de har stadig ikke fundet det, der passer til deres barn vel..." (Citat, fokusgruppeinterview, sundhedsplejen, team Indre By).

Der, hvor sundhedsplejen for alvor bliver bekymret, er, når begge former for udsathed, både den strukturelle og den individuelle, er på spil på samme tid:

"Jo, altså det er familier, hvor alt er kaos, hvor forældrene ikke formår at varetage den helt basale omsorg for barnet, og alting flyder rundt om dem, de har ikke noget arbejde, og ingen penge, men altså især i forhold til barnet er det bekymrende" (Citat, fokusgruppe-interview, sundhedsplejen).

Sundhedsplejens indsatser foregår i *to samtidige spor*, et spor henholdsvis rettet mod barnets sundhedsmæssige, sociale og emotionelle udvikling, og et spor henholdsvis rettet mod moderen gennem udvikling af hendes moderkompetencer, således som disse kompetencer er situeret i en dansk kontekstuel forståelse af, hvordan mødre tager vare på et lille barns sociale, emotionelle og absolut ikke mindst læringsmæssige udvikling. Analyserne af datamaterialet fra især mødregruppen og særligt de interviews, der er udført der, viser netop hen til ovenstående fund, og medvirker til at betone, hvorledes de har fået en ny – og for dem – vigtig viden om for eksempel små børns udvikling, betydningen af at lege og tale med sit barn, da dette fremmer barnets læring, og betydningen af, at små børn kommer i daginstitution og kan lege sammen med andre børn. Fra netop disse interview ses også konturerne af mødres ønsker for deres børns liv; at børnene bliver dygtige i skolen, får et bedre liv, end de selv har haft (for eksempel som følge af at måtte forlade sit eget land), og at børnene får gode uddannelser og arbejde. Fra en af de første formiddage i mødregruppen får en af mødrene meget opmærksomhed fra både sundhedsplejerskerne og de andre mødre såvel som fra tolkene. Moderen fortæller, at hendes ældste datter, som nu går i gymnasiet, har skrevet en stil, som har fået gode karakterer, og moderen bliver opfordret til at læse stilen højt, som hun har taget med i mødregruppen. Der er helt stille, mens stilen læses højt på dansk (bortset fra tolkene, der oversætter lavmælt), og de andre mødre roser moderen for datterens præstation, og der klappes, da moderen er færdig med at læse op.

Analyserne af datamaterialet indkredser endvidere, at mødrenes oplevelser og erfaringerne med sundhedsplejen er baseret på, at sundhedsplejerskerne både opleves som eksperter på børneområdet, men samtidig også som fagpersoner, man kan have en høj grad af tillid til, en tillid der etableres og forbindes gennem sundhedsplejerskernes viden om børnenes udvikling og eventuelle udviklingsvanskeligheder. Ganske entydigt og fælles for begge delprojekter er mødrenes fortællinger om sundhedsplejerskens betydning for dem og deres lille barn som en fagperson, de har tillid til, og som vil både dem og deres børn det bedste. Nuancer om betydningen træder dog frem gennem især interview med mødre, som deltager i mødregruppen. Her viser analyser-

ne, at selvom mødregruppen er en samlet gruppe, der mødes hver fredag formiddag, er der forskel på, hvordan mødre oplever sundhedsplejens indsats og betydning. Tre grupper af mødre kunne indkredses, henholdsvis en gruppe, hvor mødre overvejende oplevede sundhedsplejersken som et supplement til deres egen moderrolle, og en gruppe af mødre, som i langt højere grad oplevede sundhedsplejerskerne og deltagelsen i mødregruppen som fageksperter, der kunne bidrage med ny og meget vigtig viden for dem og deres børn. En tredje gruppe af mødre oplevede ikke nødvendigvis selve deltagelsen i mødregruppen som vigtig, men var til gengæld så glad og tryk ved deres sundhedsplejerske, at dette var årsagen til deres deltagelse. Tæt forbundet til de forskellige grupper er således en viden om, at sundhedsplejen og mødregruppen har forskellig betydning for mødre, men samtidig også at sundhedsplejen tilsyneladende kan nuancere omfanget og tyngden af udsathed gennem deres arbejde i mødregruppen og i arbejdet med den enkelte mor og hendes lille barn. Nuancerne i omfanget og tyngden af udsathed viser hen til, at sundhedsplejerskerne i deres arbejde særligt er bekymrede, når udsathed træder frem både i et strukturelt og et individuelt perspektiv på samme tid, og at dette for alvor kalder på ekstra tid og indsats i sundhedsplejens arbejde.

Videre har analyserne vist, at *metoderne* i sundhedsplejens arbejde særligt er forbundet til det lille barn – dels gennem en række såkaldte hjemmebesøg og dels gennem arbejdet i mødregruppen.

Metodisk er hjemmebesøgene, uanset omfanget af disse, bygget op omkring fokus på barnets sundhedsmæssige, sociale og emotionelle udvikling. Barnet måles, vejes, både fin- og grovmotorik undersøges, mad og søvn diskuteres, og en række tests foretages af sundhedsplejersken til brug for vurdering af det lille barns udvikling. Hertil er der i sundhedsplejens arbejde fokus på forældrene (i nærværende sammenhæng primært moderen) og deres kompetencer til at tage vare på det lille barns udvikling. De metoder, der har kunne indkredses gennem datamaterialet, trækker først og fremmest på, at der opbygges en særligt form for tillid mellem sundhedsplejerske og moderen, en tillid der tager afsæt i sundhedsplejerskens fokus på det lille barns trivsel og udvikling, men som samtidig skaber en relation mellem moderen og sundhedsplejersken, hvor det er muligt at tale om, hvordan moderen har det, hvordan hun klarer hverdagen med det lille barn, og hvor sundhedsplejersken i allerhøjeste grad også har mulighed for at komme med råd og anbefalinger, for eksempel i forhold til barnets deltagelse i daginstitution.

Knyttet til betydningen af tidlige forebyggende indsatser i relation til små udsatte børn og deres familier har analyserne af det indsamlede datamateriale imidlertid

også medvirket til at indkredse en række problemstillinger, som sundhedsplejen oplever gennem deres arbejde.

Først og fremmest peger datamaterialet på, at når sundhedsplejen møder en familie, som de oplever som udsat og gerne vil have får hjælp, så er erfaringerne præget af, at samarbejdet med forvaltningen kan forekomme ganske langsomt. Der går ofte lang tid, synes sundhedsplejerskerne, en tid som sundhedsplejerskerne er meget bekymrede om, al den stund at det jo er dem, der kommer i hjemmet og følger barnets trivsel og udvikling tæt, herunder især gennem de øgede hjemmebesøg. Bekymringer opstår, når sundhedsplejerskerne identificerer en problematik, som der ikke umiddelbart reageres på, hvorfor de små børn og deres familier må vente på en for dem nødvendig hjælp, hvilket potentielt forværrer situationen. Oven i denne tidsoplevelse er også en oplevelse af, at forvaltningen ofte kun råder over ganske begrænsede socialfaglige indsatsmuligheder. Som flere af sundhedsplejerskerne fortæller i datamaterialet, kan det ofte handle om, at moderen "simpelthen har behov for ekstra hjælp i hjemmet", for eksempel med at få de store børn op og i skole, hjælp til rengøring og madlavning og at få støtte til struktur, men at dette ikke tilbydes, simpelthen fordi det ikke angives at være muligt i lovgivningen. En tredje problemstilling, som særligt indkredses i relation til etniske minoritetsfamilier, men dog ikke udelukkende, er de forskellige muligheder for at passe sit eget barn derhjemme i stedet for at komme i vuggestue eller dagpleje. Her er der en helt central problemstilling for sundhedsplejerskerne, som træder markant frem i datamaterialet fra fokusgruppeinterview med sundhedsplejerskerne fordelt hen over hele byområdet.

"Det er noget, fanden har skabt", som en af sundhedsplejerskerne så tydeligt udtrykker det og henviser til, at netop nogle af de etniske minoritetsfamilier, der anvender denne form for pasningsordning, oftere vælger denne løsning for deres barn, idet de både sparer penge på en institutionsplads og samtidig ikke kan forstå betydningen af, at deres barn kommer i vuggestue eller dagpleje. Dette er slet ikke noget problem for de såkaldt ressourcestærke forældre, ifølge sundhedsplejen, da de har fuldt ud fokus på, at fravalget af institution handler om, at de gerne selv vil støtte og stimulere deres barns udvikling, men at det til gengæld for de mere ressourcevage familier slet ikke handler om barnets udvikling, men er en mere praktisk foranstaltning, der på ingen måde tilgodeser barnets udvikling, snarere tværtimod. Oven på denne problemstilling rejser der sig samtidig de bekymringer, som sundhedsplejen netop synes at kæmpe med i deres tidlige forebyggende arbejde, idet det empiriske materiale viser, at der for nogle af disse familiers vedkommende også er mulighed for ikke at have kontakt med sundhedsplejen. Datamaterialet indkredser, hvorledes nogle familier, især familier med etnisk minoritetsbaggrund, ikke modtager sundhedsplejen i hjemmet,

særligt efter ottemåneders besøget, og at der derfor indbygget heri er en risiko for, at barnet ikke ses af nogen, førend det starter i børnehave i treårsalderen. Flere af fokus-gruppeinterviewene med sundhedsplejerskerne på tværs af byområder indkredser denne bekymring og peger frem mod, at begrebet tidlige forebyggende indsatser bliver udfordret.

Selvom der er generel enighed i, at Tingbjerg er et udsat område, kan der alligevel spores forskelle i denne forståelse blandt daginstitutionernes personale, særligt mellem det etnisk danske personale og personale med anden etnisk herkomst end dansk. Sidstnævnte oplever således ikke området som udsat i samme grad som etnisk danske, men påpeger i stedet kulturelle forskelle, som den primære forskel på Tingbjergområdet og andre områder i Københavns Kommune. Desuden viser undersøgelsen, at daginstitutionerne i Tingbjerg tidligere har været præget af ukvalificeret arbejdskraft, som potentielt har medvirket til at overse den udsathed, som præger området, men at dette er et fokuspunkt for ledelsen, hvilket i et omfang har opkvalificeret det pædagogiske personale, ligesom der stadig arbejdes fokuseret på at dygtiggøre medarbejderne og på at rekruttere den rette arbejdsstyrke, når behovet opstår. At personale og ledelse i områdets daginstitutioner arbejder målrettet og mod en fælles forståelse af områdets udsathed kommer til udtryk i det øgede samarbejde med sundhedsplejen i Tingbjerg. Et samarbejde som af institutionsledelsen betegnes som nødvendig for at yde den bedste indsats overfor de små børn og deres familier. Således betegnes det tværfaglige samarbejde mellem daginstitution og sundhedspleje som værende i stærk udvikling og beskrives som udviklingsmæssigt fremskreden, forstået på den måde, at der fra såvel daginstitutioner som sundhedsplejen er fokus på nødvendigheden af et stærkt tværfagligt samarbejde, hvilket tidligere har været svagt, grænsende til ikke eksisterende.

Sundhedsplejen i Københavns Kommune har iværksat en række tiltag, hvor særligt muligheden for ekstra hjemmebesøg fremhæves som havende positiv effekt, bedst beskrevet med, at sundhedsplejerskerne har mere tid til helt konkrete anvisninger om, hvordan familierne kan håndtere deres små børn. Dette resulterer i helt håndgribelige resultater, som blandt andet ses i reducere af ustabile hovedløft blandt de små børn, hvilket tidligere har været et problem i området. Effekten af de øgede hjemmebesøg synliggøres også i sundhedsplejerskernes arbejdsglæde, som de bekræfter som opadgående, særligt fordi de i højere grad end tidligere føler, de kan leve op til de nødvendigheder, arbejdet med de udsatte familier indebærer. Dette eksemplificeres med den opfølgning på anvisninger, som tidligere var umulig, idet der var langt mellem besøgene, men som nu muliggøres med hyppigere kontakt med familierne. Det holder ligeledes familierne op på at få udført de øvelser, de får anvist af sundhedsplejersken, hvilket

ifølge sundhedsplejerskerne giver gode resultater. Den fælles indsats består derudover af, at sundhedsplejerskerne deltager i tremåneders samtaler mellem daginstitution og forældre, hvilket medvirker til at give et mere komplet billede af familiernes situationer. Dette beskrives som gavnligt for begge faggrupper, om end daginstitutionspersonalet efterspørger endnu flere oplysninger om de enkelte familie, gerne inden deres børn starter i daginstitutionen, såfremt det kunne være hensigtsmæssigt. Det kunne i nogle tilfælde spare dem for en masse opsøgende arbejde, eksempelvis om hvorfor et givent barn har en bekymrende adfærd.

Initiativet om et tilbud til områdets fædre, Fars Legestue, hvor de kan være sammen med deres små børn, hilses velkommen af de, som benytter det. Dog fremgår det, at tilbuddet oftest benyttes af velfungerende ressourcestærke fædre, oftest danske, men også fædre med anden etnisk herkomst. Generelt benyttes Fars Legestue som et legefællesskab, hvor danske mænd kommer med deres venner og deres børn for at være sammen i et miljø, der adskiller sig fra hjemmet. I legestuen ligger dog tilsyneladende et uudnyttet potentiale for netværksdannelse blandt fædre med anden etnisk herkomst end dansk. Således efterspørger en far denne mulighed, ligesom muligheden for faste fædregrupper nævnes som en mulighed i samme omfang, som det gøres med mødregrupperne.

Sammenfattende har analysen af datamaterialet givet fem særlige fund, som alle har betydning for den indsats, der ydes i et udsat boligområde som Tingbjerg. De fem fund vedrører:

- Forskelle i forståelsen af udsathed
- Øgede hjemmebesøg gør en afgørende forskel
- Mødregruppen har betydning for de etniske minoritetsmødre
- Uudnyttet potentiale i Fars Legestue
- Indkredsning af generelle forebyggende indsatser.

Kapitel 6

Opsamling af projektets resultater

Denne rapport har præsenteret resultaterne fra et forskningsprojekt, som særskilt har haft fokus på sundhedsplejens arbejde med udsatte børn og familier i såkaldte særligt udsatte boligområder.

Formålet har dels været at udforske to typer af indsatser, som sundhedsplejen varetager i to forskellige boligområder i København, henholdsvis indsatser knyttet til mødre- og fædregrupper varetaget af sundhedsplejen, og henholdsvis indsatser knyttet til øget hjemmebesøg i den tidlige spædbarnsperiode og samarbejdet med daginstitutioner omkring udsatte familier. I disse forskellige indsatser, som alle kan karakteriseres som meget tidlige forebyggende indsatser i den danske velfærdsstat, er det sundhedsplejen, der både varetager og udvikler indsatser til brug for forebyggelse af udsathed blandt små børn og deres forældre.

Forskningsprojektet, som har forløbet hen over en periode fra januar 2013 til december 2014, har særligt udforsket en række spørgsmål:

- Hvilke indsatser foretages af sundhedsplejen i udsatte boligområder?
- Hvordan kan de pågældende indsatser angives at støtte børnenes udviklingsmuligheder?
- På hvilke områder har sundhedsplejen betydning i et forebyggende perspektiv i relation til tidlige indsatser overfor børn og familier i udsatte boligområder?

At netop ovenstående spørgsmål er udforsket skyldes ikke en mangel på viden i praksis blandt sundhedsplejen, men derimod at der stort set ikke er foretaget forskning i dansk sammenhæng i relation til sundhedsplejens indsatser, og der derfor er en reel mangel på viden om, hvilke indsatser sundhedsplejen foretager hos udsatte børn og familier, og hvordan disse indsatser kan angives at have betydning for børn og familier – set i et tidligt forebyggende perspektiv.

Baggrunden for dette forskningsprojekt – at der mangler forskningsbaseret viden – har ført til et fokus særligt på sundhedsplejens indsatser overfor de små udsatte børn og deres familier og har ført til viden om, at der både foretages en omfattende mængde tidlige forebyggende indsatser på området, foldet ud gennem observationer af for eksempel mødregruppen og sundhedsplejens arbejde med denne og foldet ud gennem mødrenes egne oplevelser og fortællinger om deres små børns liv og sundhedsplejens

betydning herfor. Projektets empiriske materiale og analyserne heraf har netop medvirket til at indfange, at sundhedsplejen, som det lille barns første møde med velfærdsstatens forebyggende indsatser, foretager en omfattende mængde af indsatser rettet mod såvel det lille barn som mod barnets forældre (i nærværende sammenhæng dog primært moderen). Indsatserne rettet mod det lille barn sætter gennem hjemmebesøg og mødregruppe fokus på det lille barns sundhed, trivsel og generelle udvikling, mens indsatserne overfor forældrene især retter sig mod at guide og vejlede, støtte og forebygge mødrene i deres moderrolle, således at moderen bliver bedre i stand til at tilrettelægge en *adækvat udviklingsplatform* for det lille barn. For nogle mødres vedkommende, i denne sammenhæng særligt udsatte mødre, foretages yderligere *intensive forebyggende indsatser*, der både foldes ud som ekstra hjemmebesøg i spædbarneperioden, men også gennem deltagelse i mødregruppe. Disse intensive forebyggende indsatser træder frem i analyserne af datamaterialet som en særlig optagethed af god tid til at forklare og vise mødrene, hvordan og på hvilke måder det lille barns udvikling kan støttes og fremmes, uanset om dette foregår via ekstra hjemmebesøg og/eller via mødrenes deltagelse i mødregruppeforløbet. Hver for sig og tilsammen peger analyserne på, at både mødre og sundhedsplejersker har en fælles, om end fra hver deres ståsted og perspektiv, oplevelse af, at sundhedsplejens indsatser har stor betydning for både mødre og børn. En betydning, som træder frem hos sundhedsplejerskerne gennem deres erfaringer med mødrenes udvikling i selve moderrollen og gennem deres erfaringer med de små børns udvikling. Erfaringerne med mødrenes udvikling kan særligt vise sig ved, at mødrene deltager i mødregruppen og tydeligt er glade for at deltage, at mødrene får nye oplevelser og erfaringer både med deres egne forståelser af børn og barndom, men også gennem samværet med andre mødre. Erfaringerne med de små børns udvikling kan i høj grad træde frem gennem fortællinger om små børn, som sundhedsplejerskerne har været bekymrede for, men som for eksempel ved at komme i en god vuggestue er kommet ind i en god udvikling både socialt, emotionelt og læringsmæssigt.

Fra mødrenes perspektiv viser analyserne af datamaterialet på tværs af begge delprojekter, at sundhedsplejen opleves som en meget vigtig funktion i mødrenes hverdag med de små spædbørn, uanset om moderen er såkaldt førstegangsfødende eller har flere børn i forvejen. Sundhedsplejen opleves, særligt af mødrene bosiddende i Tingbjergområdet,²⁵ som en form for ekspert omkring små børn, en ekspert der giver sig god tid, og som mødrene kan tale med om alle bekymringer og udfordringer, men

²⁵ Mødrene i Tingbjerg er ikke fulgt gennem mødregruppeforløb, men udelukkende om deres oplevelser og erfaringer med sundhedsplejens hjemmebesøg. For de mødre, som har flere børn, har flere af dem oplevet at have den samme gennemgående sundhedsplejerske til de forskellige børn.

også glæder knyttet til det lille barn. Der udtrykkes generelt en stor tiltro til sundhedsplejen og en oplevelse af tillid til, at hun (sundhedsplejersken) altid vil barnets bedste, men også at sundhedsplejen er god at tale med. Tilsvarende indfanger både interview med og observationer af mødre, som har deltaget i mødregruppen, at sundhedsplejens betydning for mødrene og de små børn både opleves som muligheden for at få vigtig viden om deres børns udvikling og ligeledes muligheden for at få vigtig viden om de tilbud, der er for børn i det danske samfund, som kan medvirke til at fremme børnenes udvikling – og særligt medvirke til at skabe "et godt liv" for det enkelte barn. Et godt liv, der særligt handler om at fremme børns læringsmuligheder og dermed også skabe grundlag for god skolegang, uddannelse og arbejde på længere sigt.

På samme tid har projektet ligeledes indkredset en række problemstillinger knyttet til tidlige forebyggende indsatser i relation til små udsatte børns opvækstbetingelser og udviklingsmuligheder, problemstillinger der træder frem som en art "huller" i den samlede forebyggelsesindsats på småbørnsområdet. Huller, som konkret bevirker, at der rent faktisk er en risiko for, at de små børn og deres udsathed ikke ses gennem adskillige år, indtil børnene træder ind i børnehaven, hvor de kun har en begrænset periode, inden skolegangen påbegyndes. Forskningsprojektets meget centrale fund knytter netop an til disse såkaldte huller i den tidlige forebyggelsesindsats, et fund, som der ikke oprindeligt blev ledt efter, men som netop blev indfanget gennem en lang række interview med sundhedsplejersker, forældre og daginstitutionspersonale.

Et væsentligt forhold for en forståelse af *tidlige* forebyggende indsatser er jo, at indsatserne netop er dette, og ikke alt muligt andet, og gennem nærværende forskningsprojekt har det været muligt at få lidt mere indblik i disse indsatser, der bevirker, at det er muligt at indkredse, at helt små udsatte børn rent faktisk, fra de er cirka otte måneder, og frem til de (for nogens vedkommende) påbegynder børnehaven i 3 til 3,5 års alderen, lever deres småbørnsliv derhjemme og ikke er tilknyttet daginstitution, men ej heller bliver set af sundhedsplejen. Der foregår således forløb i det tidlige forebyggende arbejde, som medvirker til at skabe huller, hvor små børn og deres forældre så at sige kan smutte igennem, og som bevirker, at ingen ser de små børn før – i bedste fald – børnehavestart. De år, hvor små børn starter i vuggestue, fra de er cirka 1 år, og til de bliver 3 år og begynder i børnehave, kan således se ud til at forsvinde for nogle af disse børn, enten fordi forældrene har mulighed for at etablere forskellige pasningsordninger i hjemmet, og/eller fordi vuggestuen ikke betones som et sted, der er vigtigt for de små børns tidlige udvikling. Fra netop sundhedsplejens fortællinger viser datamaterialet, at de heller ikke nødvendigvis ser de små børn og deres forældre, idet sundhedsplejens hjemmebesøg jo er et frivilligt tilbud, og at nogle forældre simpelthen vælger det fra – især fra barnet er cirka 8 måneder. Selvom fortællingerne fra datama-

terialet i høj grad viser, at sundhedsplejerskerne bruger meget tid på opsøgende arbejde i form af at ringe, aflevere besked i postkasse og lignende, så kan denne tid sagtens være brugt forgæves, og ingen ser derfor de små børn.

Med afsæt i ovenstående ser det ud til, at det forebyggende indsatsområde særligt i relation til udsatte små børn er præget af en række *dilemmaer*, som træder frem allerede ganske tidligt i de samlede forebyggende indsatser, som velfærdsstaten tilbyder. Dilemmaer, som viser sig i sundhedsplejens arbejde og hensigter om "at komme så tidligt ind i familien som muligt" og i ønsket om et tæt samarbejde med forvaltning såvel som daginstitution. Dilemmaet med at komme så tidligt ind i familien som muligt handler om, at sundhedsplejens hjemmebesøg hos familier med små nyfødte børn jo netop er et tilbud og ikke et krav, og at familier derfor kan takke nej, aflyse, udeblive og vælge fra, uden at sundhedsplejen kan stille meget op hermed. Herpå hviler hele sundhedsplejens arbejde i alle familier, nemlig den frivillige, omsorgsfulde ekspertfunktion, som familier bliver tilbudt, og de fleste også tager imod med stor glæde og energi. Omvendt viser denne frivillige omsorgsfulde ekspertfunktion sig også at være vanskelig for sundhedsplejerskerne, idet de bruger ganske meget tid på at opsøge og fastholde kontakt til familier, som af forskellige årsager ikke ønsker at modtage sundhedsplejens besøg. Set fra forældrenes perspektiv kendes disse årsager ikke, da netop de familier, som ikke ønsker kontakt med sundhedsplejen, ikke har været i fokus i nærværende forskningsprojekt. Til gengæld peger sundhedsplejen på en række årsagsforklaringer, især handlende om at netop disse familier ikke ønsker kontakt med "systemet" og/eller heller ikke forstår omfanget og betydningen af, at sundhedsplejen har mulighed for at hjælpe og støtte med forældreskab og det lille barns udvikling. Et andet dilemma knytter til gengæld an til de familier, hvor sundhedsplejen er til stede og for alvor vurderer, at der er behov for yderligere indsatser. Her beskrives en – i nogle boligområder – høj grad af træghed og mangel på sociale indsatser i relation til samarbejde med forvaltningen. Flere af sundhedsplejerskerne, som arbejder i disse boligområder, beretter om, at de indsatser, som er mulige at give en familie, for eksempel en enlig mor med mange børn, er så begrænsede, at det nærmest "kan være lige meget", og at det ofte tager så lang tid, før forvaltningen træder frem, at begrebet tidlig indsats slet ikke kan honoreres. Et tredje og sidste dilemma, som nok i virkeligheden er tæt forbundet til det først beskrevne dilemma ovenfor, handler om, at sundhedsplejen betoner, at noget af det vigtigste, som de arbejder med i forhold til nogle forældre, ofte forældre med anden etnisk baggrund end dansk, er betydningen af, at deres lille barn kommer i daginstitution og helst allerede gerne i vuggestue. Når sundhedsplejen ikke lykkedes med at få adgang til en familie, får de heller ikke mulighed for at forklare forældrene betydningen af daginstitution for barnets sociale, emotionelle og især

sproglige udvikling. Flere af sundhedsplejens teams fordelt rundt om i Københavnsområdet peger på dette som et helt centralt dilemma. Hvordan kan de hjælpe små børn med deres udvikling, hvis børnene ikke kommer i daginstitution og modtager pædagogiske indsatser og en hverdag med aktiviteter, venskaber og leg?

Når netop betydningen af, at små børn kommer i daginstitution, betones i denne sammenhæng, er det fordi, både dansk og international forskning på området har belyst, hvorledes gode daginstitutioner med veluddannede pædagoger og didaktiske overvejelser over pædagogik og små børns udvikling kan medvirke til at støtte små udsatte børns sociale, emotionelle og kognitive udvikling og dermed også medvirke til at øge denne gruppe børns *livschancer*, set i et uddannelsessociologisk perspektiv. Samtidig må det også betones, at dansk forskning på området tidligere har betonet, at netop det, at nogle børn først starter i børnehave, er et problem især i relation til sprogudvikling såvel som i relation til at nå at tilegne sig daginstitutionens regler og normer, inden skolestart påbegyndes.

Væsentlige problemstillinger, der er rejst gennem det empiriske materiale

Netop sundhedsplejens arbejde med udsatte børn og familier medvirker til at indkredse en række problemområder knyttet til indsatser i relation til det tidlige forebyggende arbejde:

- At iværksatte ordninger, om at man kan passe sit eget barn i hjemmet, bevirker en risiko for, at nogle børn ikke kommer i daginstitution før det fyldte 3. leveår.
- Dette bevirker, at nogle børn slet ikke er i kontakt med sundhedsplejen i en lang periode af den tidlige barndom, hvilket for alvor udfordrer forståelsen og betydningen af betegnelsen tidlige forebyggende indsatser.
- Vanskeligheder i samarbejdet med andre foranstaltninger, herunder forvaltning, der ofte erfares som en forvaltning, der arbejder langsomt og med meget begrænsede muligheder for adækvate tilbud til de særligt udsatte familier.

Væsentlige betydninger i sundhedsplejens arbejde

På den anden side viser projektets datamateriale, hvorledes netop sundhedsplejen har en helt særlig betydning for mødre i relation til både hjemmebesøg og til deltagelse i mødregruppe.

Hjemmebesøg, herunder også det såkaldt udvidede hjemmebesøg, således som det er tilrettelagt i Tingbjergområdet, ser ud til med afsæt i det empiriske materiale at have en væsentlig betydning for mødre til små spædbørn såvel som til mødrenes for-

stæelser af børns trivsel og udvikling. En indsats, der både rækker ind i forhold til mødrenes forståelser af, at deres børn kommer i daginstitution, men også en indsats, der ser ud til at have betydning i forståelsen af børns trivsel og udvikling. Fra mødrenes perspektiv og ståsted ser det ikke ud til, at de har en oplevelse af at modtage såkaldte udvidede hjemmebesøg, men der er til gengæld en stor enighed blandt mødre om, at sundhedsplejersken er en, der har god tid til dem og deres små børn, og at de får meget hjælp både til at tale om barnets udvikling såvel som hjælp til hverdagens bekymringer.

Deltagelse i mødregruppe med sundhedsplejen som dem, der organiserer og varetager denne gruppesammenhæng, ser for alvor også ud til at være en betydningsfuld sammenhæng for de involverede mødre. Fra både interview og observationer i mødregruppen peges der af mødrene på betydningen af undervisning om små børns udvikling og viden om det danske samfund som helt centralt, men samtidig også betydningen af at møde andre mødre med små børn og knytte venskaber.

Initiativet om gruppetilbud til fædre giver ikke et retvisende billede af et decideret behov for yderligere strukturerede aktiviteter overfor udsatte familier, idet disse oftest besøges af fædre, som ikke i henhold til projektet kan betragtes som særligt udsatte.

Samarbejdet mellem daginstitutionerne og sundhedsplejen beskrives som udviklingsmæssigt fremskredent, forstået som et stadigt voksende tiltag, hvor personalet nyder stor glæde af den viden, de opnår via sundhedsplejen, men at samarbejdet ligeledes indeholder nogle uudnyttede muligheder, som primært beskrives i den tilbageholdenhed, personalet oplever i forbindelse med sundhedsplejerskernes viden om familier. En viden, som ikke i fuldt omfang gives videre til daginstitutionspersonalet, og som potentielt kunne styrke den fælles indsats. Et sådant øget informationsniveau ville indebære samtykke om sådanne oplysninger fra de involverede forældre, hvilket daginstitutionspersonalet er vel bekendt med.

Fremadrettede anbefalinger

I forlængelse af de teoretiske og empiriske analyser og konkluderende overvejelser skal der her afslutningsvis peges på en række fremadrettede anbefalinger i forbindelse med sundhedsplejens arbejde. Anbefalingerne er struktureret i fire adskilte punkter, som direkte er baseret på en række af de centrale resultater fra forskningsprojektet, således som de er beskrevet i det konkluderende kapitel, og lyder som følger:

1. Ekstrabesøg gør en forskel i arbejdet med de små udsatte børn og deres familier

2. Et øget samarbejde med daginstitutionen kan potentielt styrke indsatsen overfor udsathed
3. Fastholdelse og videreudvikling af mødregruppe vil potentielt kunne styrke den viden, mødrene besidder. Det er sundhedsplejens erfaring, at ikke alle mødre, som betegnes som udsatte eller sårbare, ønsker at deltage i private mødregrupper, med derimod vil kunne profitere af at komme i en mødregruppe, som er styret af sundhedsplejersker.
4. Flere og særskilte indsatser for fædre som potentiale for eksempelvis netværksdannelse mellem fædre med anden etnisk herkomst end dansk, men også være grundlag for yderligere involvering af de mere udsatte fædre, som stort set ikke er repræsenteret i fædregrupperne for nuværende.

Således bevæger de fire anbefalinger sig rundt om de empiriske fund i relation til betydningen af ekstra eller såkaldt udvidede hjemmebesøg, nødvendigheden og mulighederne knyttet til en fortsat udvikling af samarbejde med daginstitutioner og en fortsat udvikling af mødregruppeforløb. Slutteligt peges også på, om end med en større forsigtighed, muligheden for at udvikle fædregruppeforløb fremadrettet. Når dette betones med en større forsigtighed, er det fordi, det primært er såkaldt ressourcestærke fædre, der deltager i Fars Legestue, og vi derfor ikke har empirisk baseret viden, der kan indkredse, på hvilke måder fædregrupper kan støtte og udvikle udsatte fædres forældrekompetencer rettet mod deres børns udvikling.

Referencer

Allen, S.F. (2007) Parents' Perception of Intervention Practices in Home Visiting Programs. *Infants & Young Children, Volume 20, Issue 3*, 266-281.

Andersen, I. (red.) (1990) *Valg af organisationssociologiske metoder – et kombinationsperspektiv*. Forlaget Samfundslitteratur.

Andersen, K.V. (2005) *Problembørn, pædagoger og perkere – identitet og ambivalens i mødet mellem etniske minoritetsbørn og systemet*. Ph.d.-afhandling, Sociologisk Institut, Københavns Universitet & AKF, Amternes og Kommunernes Forskningsinstitut.

Axelsen, I. (2004) *Sundhedspleje og "særlige indsatser for svagt stillede børn og unge" – myte eller virkelighed?* Ph.d.-afhandling. Det Humanistiske Fakultet. Institut for Filosofi, Pædagogik og Retorik, Københavns Universitet.

Barnett, S.W. (1995) Long-term effects of early childhood programs on cognitive and school outcomes. *The Future of Children Long-Term outcomes of early childhood programs, Volume 5(3)*, 25-50.

Berg-Brodén, M. (1992) Accidents in the home among children under five: ethnic differences or social disadvantage? *British Medical Journal*, 296(6634), 1450-1453.

Blok H. et al. (2005) The Relevance of delivery mode and other programme characteristics for the effectiveness of early childhood intervention. *International Journal of Behavioral Development*, 2005, 29(1), 35-47.

Boocock, S.S. (1995) Early childhood programs in other Nations: Goals and outcomes. *The Future of Children Long-Term Outcomes of Early Childhood Programs, Volume 5(3)*, 94-114.

Bourdieu, P. (2004) *Af praktiske grunde – omkring teorien om menneskelig handle*. København: Hans Reitzels Forlag.

Bourdieu, P. (2005) *Udkast til en praksisteori*. København: Hans Reitzels Forlag.

Bourdieu, P., & Passeron, J.-C. (2006) *Reproduktionen – bidrag til en teori om undervisningssystemet*. København: Hans Reitzels Forlag.

Bowlby, J. (2008) *En sikker base – tilknytningsteoriernes kliniske anvendelser*. 7. oplag. København: Det lille Forlag.

Bronfenbrenner, U. (1979) *The ecology of human development – Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bronfenbrenner, U. (1986) Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives. *Developmental Psychology*, Volume 22, Issue 6, 723-742.

Breen, R., & Goldthorpe, J.H. (2001) Class Mobility and Merit. The Experience of Two British Birth Cohorts. *European Sociological Review*, 17(2), 81-101.

Brody, G.H. et al. (2001) The influence of Neighborhood Disadvantage, Collective Socialization, and Parenting on African American Children's Affiliation with Deviant Peers. *Child Development*, July/August, 2001, Volume 72(4), 1231-1246.

Bundgaard, H., & Gulløv, E. (2008) *Forskel og fællesskab – minoritetsbørn i daginstitution*. København: Hans Reitzels Forlag.

Byrne, B. (2006) *White lives: the interplay of 'race', class and gender in everyday life*. London: Routledge.

Børresen, S.K. (2002) *Boligmæssig segregering. Hvad er årsagen til, at flygtninge og indvandrere bor koncentreret i belastede boligområder?* AMID Working Paper series 14/2002.

Christensen, E. (1996) *Daginstitutionen som forebyggende tilbud til truede børn – en undersøgelse af 769 daginstitutioner*. København: Socialforskningsinstituttet.

Christensen, E. (2006) *Opvækst med særlig risiko – indkredsning af børn med behov for en tidlig forebyggende indsats*. København: Socialforskningsinstituttet.

Christensen, G. et al. (2010) *Boligsociale indsatser og huslejestøtte. Kortlægning og program-evaluering af Landsbyggefondens 2006-10-pulje*. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Christoffersen, M.N. (2014) *Daginstitutionens betydning for børns udvikling. En forskningsoversigt*. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Corsaro, W.A. (2005) *The Sociology of Childhood*. (2nd edition). Thousand Oaks, CA: Pine Forge Press.

Crockenberg, S., & Leerkes, E. (2000) Infant Social and Emotional Development in Family Context. I: C.H. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health*. New York/London: The Guilford Press.

Dahlquist, 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.

Danmarks Statistik (2014). <http://www.danmarksstatistik.dk/da/>

De Graff et al. (2000) Parental Cultural Capital and Educational Attainment in the Netherlands: A Refinement of the Cultural Capital Perspective. *Sociology of Education*, Volume 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(2), 267-309.

Dreier, O. (2004) *Psykosocial behandling – en teori om et praksisområde*. Danske 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.

Fekete, L. (2004) *Anti-Muslim Racism and the European Security State*. New Delhi, Thousand Oaks, London: SAGE Publications.

Franco, L.M., Pottick, K.J., Huang, C.-C. (2010) Early Parenthood in a Community Context – Neighborhood conditions, race-ethnicity, and parenting stress. *Journal of Community Psychology*, Volume 38, Issue 5, 574-590.

Gallagher, J.J. (1991) Longitudinal Interventions: Virtues and Limitations. *American Behavioral Scientist*, Volume 34(4), marts-april 1991, 431-439.

Gilliam, L. (2006) *De umulige børn og det ordentlige menneske – Et studie af identitet, ballade og muslimske fællesskaber blandt etniske minoritetsbørn i en dansk folkeskole*. Ph.d.-afhandling. Danmarks Pædagogiske Universitet.

Gilliam, L. (2009) *De umulige børn og det ordentlige menneske. Identitet, ballade og muslimske fællesskaber blandt etniske minoritetsbørn*. Aarhus Universitetsforlag.

Gomby, D.S. et al. (1999) Home Visiting: recent program evaluations: Analysis and recommendations. *The Future of Children*, Volume 9(1), 4-26.

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: H. Andersen (red.), *Sociologi – en grundbog til et fag*. 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.

Heath, A., & Brinbaum, Y. (2007) Explaining ethnic inequalities in educational attainment. *Ethnicities*. *SAGE Journals*, September 2007, 7(3), 291-304.

Hedegaard, M. (2003) *Børn og unges udvikling diskuteret ud fra et kulturhistorisk perspektiv*. *Nordiske Udkast*, Årgang 31(1), 27-45.

Højholt, C. (2005) *Forældresamarbejde, Forskning i fællesskab*. København: Dansk Psykologisk Forlag.

Ingoldsby, E.M. et al. (2006) Neighborhood Disadvantage, Parent-Child Conflict, Neighborhood Peer Relationships, and Early Antisocial Behavior Problem Trajectories. *Journal of Abnormal Child Psychology*, Volume 34(3), June 2006, 303-319.

Jakobsen, V., & Liversage, A. (2010) *Køn og etnicitet i uddannelsessystemet*. Litteraturstudier og registerdata. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

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*, Volume 15(5), 319-328.

Jensen, B., Ebsen, F., Jensen, N.R., & Langager, S. (2009a) *Handlekompetencer i pædagogisk arbejde med socialt udsatte børn og unge – indsats og effekt*. HPA-projektet – en sammenfatning. København: Danmarks Pædagogiske Universitetsforlag

Jensen, B., Holm, A., Allerup, P., & Kragh, A. (2009b) *Effekter af indsatser for socialt udsatte børn i daginstitutioner – HPA-projektet*. København: Danmarks Pædagogiske Universitetsforlag.

Jensen, B. (2013) *Vidensbaseret indsats over for udsatte børn i dagtilbud: VIDA-forskningsrapport 4. Forandring og effekt*. Aarhus Universitet.

Jensen, N.R. (2006). *Grundbog i socialpædagogik*: Viborg: PUC.

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.

Jensen, N.R, Petersen, K.E., & Wind, A.K. (2015) *Daginstitutioner i udsatte boligområder. Pædagogisk udvikling i arbejdet med udsatte børn og familier. Et forsknings- og udviklingsprojekt*. Rapport. Institut for Uddannelse og Pædagogik, DPU, Aarhus Universitet.

Jæger, M.M., Munk, M.D., Ploug, N. (2003) *Ulighed og livsforløb – analyser af betydningen af social baggrund*. København: Socialforskningsinstituttet.

Kendall, E.D. (1995) *Long-term economic benefits of pre-school services and the potential impact of privatization*. Paper presented at the meeting on social protection and social care. US Department of Education, Peabody College, Vanderbilt University Nashville Tennessee, USA.

Knowlden, A.P., & Sharma, M. (2012) Systematic review of family and home-based interventions targeting paediatric overweight and obesity. *Obesity Reviews, Volume 13, Issue 6*, 499-508.

Kousholt, D. (2005) Forældreperspektiver på samarbejde mellem daginstitution og hjem. I: C. Højholt, *Forældresamarbejde, Forskning i fællesskab*. København: Dansk Psykologisk Forlag.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009) *Interview – introduktion til et håndværk* (2. udg.). København: Hans Reitzels Forlag.

Larsen, M.S., Jensen, B., Johansson, I., Moser, T., Ploug, N., & Kousholt, D. (2011) *Forskningskortlægning og forskervurdering af skandinavisk forskning i året 2009 i institutioner for de 0-6-årige (førskolen)*. Dansk Clearinghouse for uddannelsesforskning, Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, Aarhus Universitet.

Larsen, M.S., Kampmann, J., Persson, S., Moser, T., Ploug, N., & Kousholt, D. (2012) *Forskningskortlægning og forskervurdering af skandinavisk forskning i året 2010 i institutioner*.

ner for de 0-6 årige (førskolen). Dansk Clearinghouse for uddannelsesforskning, Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, Aarhus Universitet.

Larsen, M.S., Kampmann, J., Persson, S., Moser, T., Ploug, N., Kousholt, D., Sommersel, H.B., & Steenberg, K. (2013) *Forskningskortlægning og forskervurdering af skandinavisk forskning i året 2011 i institutioner for de 0-6 årige*. Dansk Clearinghouse for uddannelsesforskning, Aarhus Universitet.

Lerner, R.C. et al. (2003) *Handbook of psychology. Volume 6. Developmental Psychology*. John Wiley & Sons, Inc. USA.

Leventhal, T., & Brooks-Gunn, J. (2000) The Neighborhoods they live in: The effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychological Bulletin*, 2000, Volume 126(2), 309-337.

Magnuson, K. A. et al. (2004) Inequality in preschool education and school readiness. *American Educational Research Journal*, Spring 2004/Volume 41(1), 115-157.

Martin, C.G., Fisher, P.A., & Kim, H.K. (2012) Risk for Maternal Harsh Parenting in High-Risk Families From Birth to Age Three – Does Ethnicity Matter? *Prevention Science – The official Journal of the Society for Prevention Research*, Volume 13, Issue 1, 64-74.

Mathiesen, R. (1999) *Sosialpedagogisk perspektiv*. Norge: Forlaget Sokrates.

McCartney, K. et al. (1985) Day care as intervention: Comparisons of varying quality programs. *Journal of Applied Developmental Psychology*, Apr.-Sep./Volume 6(2-3), 247-260.

Mehan, H. et al. (1993) *Constructing School Success – the Consequences of Untracking Low-Achieving Students*. Cambridge University Press.

Ministeriet for By, Bolig og Landdistrikter (2014). Liste over særligt udsatte boligområder pr. 1. februar 2014.

Nielsen, T.K., Sommersel, H.B., Tiftikci, N., Vestergaard, S., Larsen, M.S., Ellegaard, T., Kampmann, J., Moser, T., Persson, S., & Ploug, N. (2014) *Forskningskortlægning og forskervurdering af skandinavisk forskning i året 2012 i institutioner for de 0-6 årige*. Dansk Clearinghouse for uddannelsesforskning, Aarhus Universitet.

Nordenbo, S.E., Kampmann, J., Jensen, B., Johansen, I., Larsen, M.S., Moser, T., & Ploug, N. (2008) *Forskningskortlægning og forskervurdering af skandinavisk forskning i året 2006 i institutioner for de 0-6 årige (førsolen)*. Dansk Clearinghouse for uddannelsesforskning, Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, Aarhus Universitet.

Nordenbo, S.E., Hjort, K., Jensen, B., Johansen, I., Larsen, M.S., Moser, T., & Ploug, N. (2009) *Forskningskortlægning og forskervurdering af skandinavisk forskning i året 2007 i institutioner for de 0-6 årige (førsolen)*. Dansk Clearinghouse for uddannelsesforskning, Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, Aarhus Universitet.

Nordenbo, S.E., Hjort, K., Jensen, B., Johansen, I., Larsen, M.S., Moser, T., Ploug, N., & Thornval, M. (2010) *Forskningskortlægning og forskervurdering af skandinavisk forskning i året 2008 i institutioner for de 0-6 årige (førsolen)*. Dansk Clearinghouse for uddannelsesforskning, Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, Aarhus Universitet.

Oldrup, H.H. et al. (2010) *Boligsociale indsatser rettet mod børn, unge og familier. En kortlægning*. Forskningsafdelingen for børn og familie. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Oldrup, H.H., & Vitus, K. (2011) *Indsatser over for udsatte 0-3 årige og deres forældre. En systematisk forskningsoversigt*. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Olds, D.L. et al. (1995) Effects of prenatal and infancy nurse home visitation on surveillance of child maltreatment. *Pediatrics, Volume 95, Issue 3*, 365-372.

Olds, D.L., Eckenrode, J., Henderson, C.R., Kitzman H., Powers, J., Cole, R., Sidora, K., Morris, P., Pettitt, L.M., & Luckey, D. (1997) Long-term Effects of Home Visitation on Maternal Life Course and Child Abuse and Neglect. *JAMA – The Journal of the American Medical Association, Volume 278, Issue 8*, 637-643.

Olds, D.L. et al. (2007) Programs for parents of infants and toddlers – recent evidence from randomized trails. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. Volume 48, Issue 3/4*, 355-391.

Painter et al. (2008) The Use of Theory in Health Behavior Research from 2000 to 2005 – A Systematic Review. *Annals of Behavioral Medicine, Volume 35, Issue 3*, page 358-362.

Palludan, C. (2005) *Børnehaven gør en forskel*. København: Danmarks Pædagogiske Universitetsforlag.

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*, Volume 13, Issue 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.

Petersen, K.E. (2009) *Omsorg for socialt udsatte børn. En analyse af pædagogers kompetencer og pædagogiske arbejde 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: T. Erlandsen et al. (red.), *Socialpædagogik – en grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag.

Petersen, K.E., (2014) Pædagogik – kulturelt, multikulturelt og globalt. Kap.8. I: S.K. Lauridsen & F.N. Carstens (red.), *Pædagogik som viden og handling*. København: Akademisk Forlag.

Powell, D. et al. (2007) A Synthesis of Knowledge to Pathways of service Delivery for Young Children With or at Risk of Challenging Behavior. *Journal of Early Intervention*, Volume 29, issue 2, page 81 – 106.

Qvortrup, J., Corsaro, W.A., & Honig, M.-S. (2009) *The Palgrave Handbook of Childhood Studies*. London: Palgrave Macmillan.

Ramey, C.T. et al. (1979) *The Abecedarian Approach to Social Competence: Cognitive and Linguistic Intervention for Disadvantaged Pre-schoolers*, p. 1-58. Frank Porter Graham Child Development Center, University of North Carolina at Chapel Hill.

Ramey, C.T., & Farran, D.C. (1983) *Intervening with high-risk Families via Infant day-care*. Paper presented at the Biennial Meeting of the Society for research in Child Development (50th, Detroit, MI, April 21-24, 1983, 1-16).

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: J.P. Shonkoff & S.J. Meisels (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (2nd edition). Cambridge: Cambridge University Press.

Sammons, P. et al. (2003) *Measuring the impact of pre-school on children's social/behavioural development over the pre-school period*. The effective provision of pre-school education (EPPE) project, technical paper 8b. Institute of Education, University of London.

Sammons, P. et al. (2004a) *The effective provision of preschool education. Report on age 6 Assessment*. Institute of Education. Department of London, Technical Paper 9.

Sammons, P. et al. (2004b) *The effective provision of preschool education – the continuing effects of education*. Institute of Education. Department of London, Technical Paper 11.

Schultz Jørgensen, P. (1993) *Risikobørn. Hvem er de – hvad gør vi?* Udarbejdet for Det Tværministerielle Børneudvalg. København: Socialministeriet/Det Tværministerielle Børneudvalg.

Schultz Jørgensen, P. (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.

Schweinhart, L.J. et al. (1993) Significant Benefits, The High/Scope Perry Preschool Study Through Age 27, High/Scope Perry Preschool Study through age 27. *High/Scope Educational research Foundation, Ypsilanti, Michigan.*

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, Volume 33, Issue 7*, 1166-1172.

Selph, S. et al. (2013) Behavioral interventions and counseling to prevent child abuse and neglect: a systematic review to update the U.S. Preventive Services Task Force recommendation. *Annals of Internal Medicine. Volume 158, Issue 3*, 179-190.

Shavit, Y., & Blossfeld, H.-P. (1993) *Persistent Inequality. Changing Educational Attainment in Thirteen Countries.* Boulder, Colorado: Westview Press.

Sikandar, Q.A. (2005) *Børn og unge og deres sociale problemer i boligområder i Valby.* Rapport, CASA.

Sundhedsstyrelsen (1995/2005) *Forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. Retningslinjer.* Sundhedsstyrelsens publikationer c/o Schultz Information.

Sylva, K. et al. (2003) *Assessing quality in the early years – early childhood environment rating scale.* Trentham Books, Stoke on Trent, UK and Sterling, USA.

Turnbull, C., & Osborn, D.A. (2012) Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 1. Art. No.: CD004456. DOI: 10.1002/14651858.CD004456.pub3.

Vygotsky, L. (1978) *Mind in Society. The Development of Higher Psychological Processes.* Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Wasik, B.H., & Bryant, D.M. (2001) *Home visiting procedures for helping families* (2nd edition). Thousand Oaks, CA: Sage.

Winslow, E.B., & Shaw, D.S. (2007) Impact of Neighborhood Disadvantage on Overt Behavior Problems During Early Childhood. *Aggressive Behavior, Volume 33, Issue 3*, 207-219.

Zeanah, C.H. (2000) *Handbook of Infant Mental Health*. New York/London: The Guilford Press.

