



**At give sundhedsplejerskerne en stemme**

**Et kvalitativt studie af sundhedsplejerskers  
italesættelse og håndtering af social ulighed i  
sundhed blandt børn**

**Lea Alis Wagner Knudsen**

**Studienr.: 20176308**

**Kandidat i Socialt Arbejde**

**Aalborg Universitet**

**Anslag (inkl. mellemrum): 154.336**

**Vejleder: Maja Müller**

## INDHOLD

Abstract .....	1
Problemfelt.....	3
Indledning.....	3
Social ulighed i sundhed.....	4
Udviklingen af social ulighed i sundhed i Danmark .....	5
Undersøgelser fra Sundhedsstyrelsen .....	6
Sundhedsplejen som velfærdsinstitution .....	9
Afgrænsning og bidrag.....	10
Problemformulering .....	11
Metodologi .....	12
Videnskabsteoretiske overvejelser .....	12
Metode.....	15
Den kvalitative metode og fokusgruppeinterviewet som værktøj .....	15
Etiske overvejelser .....	17
Forskningsdesign.....	18
Operationalisering .....	19
Teoretiske overvejelser.....	20
Kvalitetssikring .....	21
Interviewets gang – Efterrefleksioner .....	24
Præsentation af det empiriske felt .....	25
Analyse.....	27
Analysestrategi .....	27
Del 1 – Italesættelsen af social ulighed i sundhed.....	28
Sundhedsforståelser .....	29
Sundhedsforståelser gennem Pierre Bourdieus perspektiv .....	32

Forståelser af social ulighed i sundhed .....	33
Del 2 – Sundhedsplejens arbejde og rolle .....	39
Sundhedsplejens tilgange i det sociale arbejde .....	42
Sundhedsplejens rolle som institution.....	47
Dømmekraft indenfor institutionen.....	52
Konklusion.....	56
Konklusionens begrænsninger .....	58
Litteraturliste.....	60
Bilagsliste.....	62

## ABSTRACT

*Introduction: This thesis revolves around social inequality in health. Social inequality in health describes a systematized association between social position and health. With the knowledge of social inequality in health accumulates over time, it is evident to start where the life begins – within the first year of childhood. The phenomenon has been investigated by the Danish Health Authority and other professionals on several occasions. The Danish Health Authority describes through its report in 2020, how there has been no major changes or improvements in the social inequality in health in the Danish population. The report by the Danish Health Authority shows, among other things, that parents' educational backgrounds have an impact on whether they let their children be vaccinated against serious childhood and public diseases. It shows that the proportion of children who participated in the child vaccination program increases with parents' educational level. This shows a social inequality in relation to educational background and health risks. How can it be, there has been no change in social inequalities in health in the early childhood over the last decade and who is able to make a difference? In Denmark a health care visitor (sundhedsplejersker) meets almost all families with children, with the purpose to promote health and prevent disease, and thereby ensure the child's development. Thus, the following thesis statement:*

*How do health care visitors articulate and handle social inequality in health within the first year of childhood, and what generative mechanisms can help explain this handling of social inequality in health among children?*

*Method and theory: This thesis statement is investigated using the critically realistic theory of science, which makes it possible to dig deeper into the realization of social inequality in health within the first year of childhood from the observable dimension to the identification of trends across the real dimension as well as moving down to the essence of the phenomenon in the actual dimension of the theory of science. There is no one truth and the phenomenon will always be changing, which is why this conclusion must also be seen as conditioned by context and scientific quality. To investigate social inequality in health among children, I have interviewed three focus groups in three different municipalities with three to four health care visitors in each group. The interviews have been guided by the abductive form of conclusion that has made the interviews open, within the context for social inequality in health within the child's first year of life.*

*During the analytical work, theoretical perspectives on social reproduction, habitus and capital by Pierre Bourdieu, the social science practice perspectives interactionism and systems theory, and Søren Juul's theoretical proposal on institutional and social judgment have been included as relevant.*

*Results: The analysis has shown how health care visitors work on the basis of what is health for the individual family, the guidelines laid down by the Ministry of the Interior, the Danish Health Authority, the standards within the municipality, as well as their education and knowledge about what is best for the child in the individual situation. Thus, in addition to screening and monitoring tools, measuring tapes and weights, the health care visitor also includes him/herself and his/her own experiences both as a professional and a private person. The health care visitors thus use their habitus to adapt to the situation of the families. These can most clearly be exemplified through the health care visitors use of the gut feeling, which can be described as generated by the embedded experiences in the body - habitus. The handling of the family's challenges, options for action and perspective, is rooted in the underlying practice theory of interactionism and systems theory, by taking the family's perspective, seeing the family as a whole, reflecting on one's own action, adapting proposals for change, situating or contextualizing and forming relationships in the work relationship. All of these are generative mechanisms in the encounter with the family when they meet and support the family in relation to the family's needs. In the health care visitors assessment of the family and any need for support, the nurses make use of, on one hand, the institutional judgment that consists of the institutionalized goals that are shaped by institutional routines, values and ways of thinking, and, on the other hand, the social judgment that is about meeting the family with recognition and solidarity. Thereby, the health care visitor helps to embed new experiences and adapt the families to the doxa of the society to ensure the development of the child.*

## PROBLEMFELT

### INDLEDNING

I dag taler vi alle om sundhed. Om det er sundhed i form af kropslighed, den mentale sundhed, sund kost og motionsvaner, sundhedspolitikken, sundhedshuse eller hvad der er oppe til debat. Der udfærdiges sundhedspolitikker i Regeringens Sundhedsministerie, og denne implementeres i det danske samfund. Samtidig udfører Sundhedsstyrelsen løbende undersøgelser, der viser, hvordan sundheden udvikler sig i Danmark. Det er netop én af de undersøgelser, som har vagt min interesse, nemlig den seneste om *Social ulighed i sundhed og sygdom* af Sundhedsstyrelsen (2020 [a]). Resultaterne tyder på en overvejende samme eller ringere sundhed blandt befolkningen i Danmark. Hvorfor er der ikke sket noget de sidste 10 år, og kan man måle den sociale ulighed i sundhed? Dette var startskuddet for nærværende speciale.

Ved første øjekast er det simpelt – social ulighed i sundhed må betyde, at der er en ulighed i helbredet mellem forskellige mennesker i samfundet. Forskellige undren har fodret specialet siden – hvordan kan det være, at der ikke er sket mere i befolkningens sundhed, når vi hele tiden taler om det? Hvad vil det sige, at der er social ulighed i sundhed? Hvordan kommer den sociale ulighed til udtryk, og hvornår starter den? Kan vi gøre noget, og hvem har tøjlerne i hænderne til at gøre en forskel?

De mange spørgsmål vil ikke ende tage, men mange har taget ordet og ytret deres bidrag til debatten. Min sociologiske baggrund og det sociale arbejde har her inspireret til at undersøge det praksisnære arbejde blandt frontlinjemedarbejderne – at undersøge de, der er blandt de tætteste på den sociale ulighed i sundhed. De, der kommer helt tæt på danskerne og særligt børnefamilierne, er sundhedsplejerskerne, som kommer i næsten alle danske hjem. Dette med antagelsen om, at den sociale ulighed i sundhed starter, når livet starter.

For nu at komme den sociale ulighed i sundhed nærmere, og eventuelt komme nogle af disse undren til bunds, vil jeg nu forsøge at skildre dets relevans for specialet og dig, som læser. Jeg vil derfor nu, gennem et socialfagligt perspektiv, dykke ned i social ulighed i sundhed. Dette leder i retningen af at dykke ned i undersøgelser på området, og gennem specialets videnskabelige værktøjer afdække, hvordan sundhedsplejersker forstår og håndterer den sociale ulighed i sundhed, og derved give de, der tættest på de danske børn i en tidlig alder, en stemme i debatten.

## SOCIAL ULIGHED I SUNDHED

I Danmark har sundhedspolitikken gennem flere årtier nu handlet om at forbedre folkesundheden og øge middellevealderen. Eksempelvis satte den daværende regering i 2009 et mål om at forlænge middellevealderen for befolkningen med tre år frem til 2020. Deri forsøgte man at arbejde med en tosidet form for forebyggende arbejde. På den ene side at styre den forebyggende indsats både i forhold til mindre ressourcestærke grupper og i forhold til udsatte børn og unge, og på den anden side udsende vejledningsmateriale om rekruttering og motivation af mindre ressourcestærke grupper til livsstilsændringer, herunder rygestop (Sundhedsstyrelsen 2011:14).

Også sundhedsbegrebet har underlagt en udvikling, en form for patologisering, hvor sundhed i højere grad handler om sygdom end sundhed, forstået som fysisk, psykisk og socialvelbefindende. Begrebet sundhed beskrives i flere kontekster som patologiseret, idet sundhed ofte ses gennem fraværet af sygdom (Lehn-Christiansen et. al. 2016:12). Det vil sige, at sundhed i sig selv, såvel som graden af sundhed er determineret af sygdom, dermed begrebets antonym. Dette bestyrkes gennem vores sprogbrug såsom sundhedshuse frem for hospitaler, sundhedskort frem for sygesikringskort, sundhedsforsikring frem for sygeforsikring. Begreberne drejer sig egentlig om sygdom (Lehn-Christiansen et. al. 2016:12). Sundhedsbegrebet synes dermed ikke at være repræsentativ for, hvad det egentlig betegner i sin definition, hvilket skaber en kompleksitet omkring hele forståelsen af sundhed. Direktøren for Sundhedsstyrelsen definerer sundhed som ”[...] en tilstand af fysisk, psykisk og socialt velbefindende” (Sundhedsstyrelsen 2020 [a]:3). Denne forståelse af sundhed kommer helt tilbage fra midten af 1900-tallet, hvor WHO (World Health Organization/Verdenssundhedsorganisationen) slog fast, at sundhed var mere end fraværet af sygdom, og lancerede *Sundhed for alle* (WHO u. å.; Sundhedsstyrelsen 2020 [a]:3). Forståelsen såvel som oplevelsen af sundhed kan være meget forskellig mellem individer, hvorfor sundhed også skal ses indenfor den kontekst begrebet opstår, og dermed også de rammer, her også velfærdsstat, normer, værdier og holdninger i kulturen, vidensparadigmer, adgangen til ressourcer, materielle levevilkår, samt magtforhold (Lehn-Christiansen et. al. 2016:11-12). Dette er blot nogle af de faktorer, der kan tænkes at påvirke konteksten for sundhed og dermed også forståelsen derfor. Således vil der ikke blot være forskelle på, hvordan et individ oplever sundhed ud fra Verdenssundhedsorganisationens forståelse, men også forskelle på, hvorvidt alle er sunde, og hvorvidt der er tale om lighed i sundhed. Social ulighed i sundhed forstås således som ”[...] en systematisk association mellem menneskers sociale position i samfundet og deres helbred” (Sundhedsstyrelsen 2011:7). Deri ligger en dybere

definition, der bygger på, at sundhed er skævt fordelt i samfundet, der betyder, at individers sociale position har betydning for dennes levevilkår og sundhed, fysiske og psykiske sygdomme, samt middellevetid. Ofte bliver sundhed på tværs af lande målt på middellevetid, dog viser sådanne undersøgelser også andre resultater end blot middellevealder (Sundhedsstyrelsen 2011:7). Direktøren for Sundhedsstyrelsen understreger, at sundhedsfremmende arbejde ikke blot bør være i sundhedssektoren, men indenfor flere sektorer, hvorfor ulighed i sundhed netop også er relevant for det sociale arbejde, der rækker bredt. Det sociale arbejder er ”[...] en praksisbaseret profession og en akademisk disciplin, der anerkender, at forbundne historiske, socio-økonomiske, kulturelle, kontekstuelle, politiske og personlige faktorer tjener som muligheder og/eller hindringer for menneskers velbefindende og udvikling.” (Dansk Socialrådgiverforening). Deri ligger også et mandat omkring fremmelsen af social forandring og social udvikling. Dermed har det sociale arbejde og hele det socialfaglige område et ansvar, om ikke andet en opgave, i at sikre et socialfagligt perspektiv på sundhed og de muligheder eller hindringer på området – altså også den sociale ulighed i sundhed. Det sociale arbejde kan hertil bidrage med et socialfagligt perspektiv, der rækker bredere, og kan give en indsigt i det sociale problem, og hvordan det systematisk kan reduceres (Ejrnæs & Monrad 2013/2017:53).

## UDVIKLINGEN AF SOCIAL ULIGHED I SUNDHED I DANMARK

Der er udført et hav af undersøgelser omkring den sociale ulighed i sundhed, og mange måder at anskue denne på. Der peges på to overordnede måder. På den ene side social ulighed i sundhed som social gradient, hvilket referer til en lineær forståelse af, at jo lavere en social position et individ har i samfundet, des mere udsat for sundhedsrisici og sygdom er individet. Dette bliver således synligt gennem uddannelseslængde, indkomst, beskæftigelsesforhold, boligforhold og etnicitet. På den anden side, kan social ulighed i sundhed anskues som social dikotomi, idet nogle befolkningsgrupper fremfor andre befolkningsgrupper er mere udsat for sundhedsrisici og sygdom. Dette viser sig eksempelvis for etniske minoriteter, unge børnefamilier, enlige forældre, arbejdsløse hjemløse, illegale indrejsende eller illegal arbejdskraft, stofmisbrugere og lignende (Lehn-Christiansen et. al. 2016:9-10). Denne forståelse af en social gradient såvel som social dikotomi, er en del af det vidensparadigme på sundhedsområdet, som sundhedspolitikkerne udformer for befolkningen. Vidensparadigmet tager således udgangspunkt i en statistisk graderet sammenhæng mellem individers risiko for at blive syg og de sociale konsekvenser af at være det. Denne sammenhæng kan forstås på tre måder. For det første i individets sociale position, der kan være påvirket af forhold allerede i den tidlige udvikling, der kan have konsekvenser for det senere liv, eksempelvis muligheder



på arbejdsmarkedet eller generelt helbredet i voksenlivet. For det andet kan den sociale position i samfundet, eksempelvis uddannelse, påvirke individets muligheder på arbejdsmarkedet, eller, som det empirisk er undersøgt, familiens helbred og sociale position. Endeligt kan helbredet påvirke alle ovennævnte, herunder arbejdsevnen, evnen til at forsørge sig selv eller familie, samt uddannelse (Sundhedsstyrelsen 2020 [b]:10).

## UNDERSØGELSER FRA SUNDHEDSSTYRELSEN

Sundhedsstyrelsen har kontinuerligt gennemført kvantitative undersøgelser af den sociale ulighed i sundhed og udviklingen over tid. En rapport i 2011 viste, at uligheden i sundhed i Danmark var næsten fordoblet siden 1990'erne. Således forsøgte man gennem undersøgelsen at samle tværsektionelle determinanter, der beskriver flere sektorer og fagområders centrale rolle i redueringen af social ulighed i sundhed i Danmark (Sundhedsstyrelsen 2011:5). Dette viser relevansen for det sociale arbejde i at undersøge den sociale ulighed i sundhed. Sundhedsstyrelsens rapport fra 2011 definerer således tre typer af determinanter. En determinant er en faktor, der påvirker en anden faktor til et kausalt udfald. Den første af de tre determinanttyper er *børns tidlige determinanter*, som påvirker social position og helbred. Denne er opgjort af (1) børns tidlige udvikling, det vil sige deres kognitive, emotionelle, og sociale udvikling, (2) skolegang, det vil sige hvorvidt deres skolegang er uafsluttet, samt (3) segregering og socialt nærmiljø. Den næste type determinant er *sygdomsårsager* som påvirkes af social position. Her er der tale om en række faktorer (4) indkomst og fattigdom, (5) langvarig arbejdsløshed, (6) social udsathed, (7) fysisk miljø, herunder partikler og ulykker, (8) arbejdsmiljø, herunder ergonomisk og psykosocialt, (9) sundhedsadfærd, samt (10) tidlig nedsættelse af funktionsevne. Den sidste type determinanter, er de, som påvirker *sygdomskonsekvenser*, herunder (11) sundhedsvæsenets rolle samt (12) et ekskluderende arbejdsmarked (Sundhedsstyrelsen 2011). Determinanterne kan således opdeles efter de forskellige livsfasen i løbet af livet, og skal ses i et livsløbsperspektiv. Således at eksempelvis forældres social position interagerer med barnets fødselsvægt (Sundhedsstyrelsen 2011:18). Det bliver her tydeligt, at forhold, der påvirker individers tidlige udvikling, har betydning for individets sociale position, helbredet generelt, og således også det senere liv, herunder uddannelse og erhverv (Sundhedsstyrelsen 2011: 18, 44; Sundhedsstyrelsen 2020 [a]:69; Sundhedsstyrelsen 2020 [b]:10). Der er evidens for, at forældrenes sociale situation i samspil med samfundets støtte, eksempelvis sundhedsplejen og daginstitutioner, påvirker barnets tidlige kognitive, emotionelle og sociale udvikling. Denne har også betydning for barnets senere succes i forhold til uddannelse og på arbejdsmarkedet. Barnet er i sine første leveår i en særlig sårbar periode i forhold til resten af livet, hvorfor udsættelse af sociale, fysiske eller psykiske determinanter, kan

være med til at øge helbredseffektens sårbarhed senere i livet (Sundhedsstyrelsen 2011:18, 44). Derfor er det relevant netop at dykke ned i sundhedsplejerskernes arbejde, der er de frontlinjemedarbejdere, der ved siden af den praktiserende læge, er tættest på og følger barnet gennem sin udvikling. Således afgrænses dette speciale til barnets tidlige udvikling, og der vil nu dykkes ned i Sundhedsstyrelsens egne resultater på området, for at belyse relevansen af barnets første leveårs betydning.

Ifølge Sundhedsstyrelsen (2020 [a]:69) skal den sociale ulighed i sundhed forstås gennem et livsforløbsperspektiv, hvor livsvilkårene spiller en stor rolle, der akkumulerer over tid. Heri er der en sammenhæng mellem andelen af dødfødsler og moderens højeste fuldførte uddannelse. Dog er der interventionsstudier, der viser uklarheden i at undersøge virkningen af på området, da der i Danmark allerede er etablerede indsatser før fødslen, for at nedsætte risici for tidlige fødsler eller dødfødsler (Sundhedsstyrelsen 2020 [a]:69-70, Sundhedsstyrelsen 2020 [b]:19). Efter barnets fødsel er ernæring dog vigtig, hvor der ifølge Sundhedsstyrelsen (2020 [a]:10, 75-76) ses en høj grad af ulighed i andelen af børn, der fuldammes til de er mindst fire måneder gamle. Det vil sige, at mens der var 63% af mødre med videregående uddannelse, der fuldammede deres børn i mindst fire måneder, var dette tal kun 40% for mødre med grundskoleuddannelse i 2017. Denne sociale ulighed har ikke ændret sig i perioden 2012-2017. Her viser den sociale gradient sig således ved, at jo højere uddannelse moderen har, des større er andelen af børn der fuldammes i mindst fire måneder, hvilket Sundhedsstyrelsen anbefaler. Den sociale ulighed i sundhed blandt børn viser sig også i vaccinationsprogrammet, hvor der i perioden fra 2011-2017 har været en stigning af forældre, der har ladet deres børn vaccinere for alvorlige børne- og folkesygdomme, fra henholdsvis 32% til 54% for forældre med grundskolen som højeste igangværende eller fuldførte uddannelse. Denne stigning ses også for forældre med en erhvervsfaglig eller gymnasial uddannelse, hvor stigningen bevæger sig fra 41% i 2011 til 67% i 2017, og tilsvarende fra 47% til 73% for forældre med videregående uddannelse som højeste igangværende eller fuldførte uddannelse. Det vil også sige, at der i perioden 2011-2017 ikke har været nogen ændring i den sociale ulighed i børnevaccinationsprogrammet. Det vil sige, at andelen af børn, med forældre, der har ladet dem gennemføre børnevaccinationsprogrammet, er stigende i takt med forældrenes uddannelsesniveau (Sundhedsstyrelsen 2020 [a]:78-79). Forskelle i uddannelsesniveau har også en betydning for børns chancer og risiko for at leve under fattigdom. Det viser sig, at 20% af børn med forældre, der havde grundskoleuddannelse som højeste igangværende eller gennemførte uddannelsesniveau levede under fattigdomsgrænsen i 2016. Dette tal var tilsvarende henholdsvis 6% og 2% for børn, hvis forældre havde erhvervsfaglig eller gymnasial uddannelse overfor forældre med

videregående uddannelse, som højeste igangværende eller gennemførte uddannelse. Der er altså tale om en høj grad af ulighed, samt at den har været stigende for de lavest uddannede i perioden 2000-2016 (Sundhedsstyrelsen 2020 [a]:91-92). Undersøgelser viser ifølge Sundhedsstyrelsen, at børnefattigdom påvirker det senere liv, herunder uddannelse og indkomst, men også hjernens udvikling samt det fysiske og psykiske helbred (Sundhedsstyrelsen 2020 [b]:18). Sundhedsstyrelsens undersøgelse viser også høj social ulighed i sundhed indenfor børns tandstatus, overvægt, samt ungdomsuddannelse. Ydermere ses en moderat grad af social ulighed blandt børn indenfor deres livstilfredshed, samt self-efficacy, hvilket vil sige deres mestringsevne. Der ses dog ingen grad af social ulighed indenfor stofmisbrug eller ensomhed blandt børn i perioden 2010-2017 (Sundhedsstyrelsen 2020 [a]:5-6).

Undersøgelsen viser altså, at der gennem de seneste årtier har været høj social ulighed indenfor sundhedsområderne fuldamning, børnevaccinationsområdet, børnefattigdom, tandstatus, overvægt, samt ungdomsuddannelse. For de tre sidstnævnte har man gennem de sidste år kunne se en mindskning af den sociale ulighed blandt børnene, mens der for de tre førstnævnte ikke har kunne ses nogen statistisk signifikant ændring gennem årene (Sundhedsstyrelsen 2020 [a]:75-96). Dertil bliver det nu interessant netop at undersøge indsatser indenfor de områder, der er i barnets tidlige vilkår.

Samme år som ovenstående beskrevet undersøgelse af Sundhedsstyrelsen, har denne også udgivet forslag til tiltag og indsatser på området. Her foreslås der tværsektorielt en stærkere fokus på opsøgning og fastholdelse af familier, der er socialt sårbare og med kort uddannelse, for at mindske uligheden i sundhed indenfor den perinatale<sup>1</sup> sundhed og forebyggelse af børne- og folkesygdomme gennem vaccination. Der vurderes dog i rapporten, at der allerede er fokus på amning i sundhedsplejens svangreomsorg på nuværende tidspunkt, dog at denne skal niveaudeles, så indsatsen niveaudeles efter den gravides fysiske, psykiske og sociale sårbarhed. I forlængelse heraf angiver undersøgelsen gravide med kort uddannelse som indikator for, hvornår ekstra indsats kan være nødvendig (Sundhedsstyrelsen 2020 [b]:19-20). Derudover foreslår rapporten at give et børnetilskud til børnefamilier med indkomster under fattigdomsgrænsen, for at reducere uligheden i sundhed blandt børnene, der viser sig senere i livet (Sundhedsstyrelsen 2020 [b]: 17). Dertil vil det således være oplagt at undersøge håndteringen af disse forslag for tiltag og indsatser, samt sundhedsplejerskernes håndtering af ulighed i sundhed i børns første leve år.

---

<sup>1</sup> Perinatal sundhed omhandler forhold inden, under og efter fødslen. Disse forhold kan være eksempelvis moderens BMI eller rygning, der påvirker barnets fødselsvægt eller fører til tidlig fødsel (Sundhedsstyrelsen 202 [b]:19).

## SUNDHEDSPLEJEN SOM VELFÆRDSINSTITUTION

Sundhedsplejen er del af den kommunale forvaltning, men kan i forvaltningen være organiseret både i social- såvel som sundhedssektoren. I nogle kommuner er sundhedsplejen organiseret gennem børn og familieafdelingen sammen med myndighed for børn og unge, mens sundhedsplejen i andre kommuner er forvaltet sammen med social- og eller sundhedsafdelingen. Dette vil naturligvis kunne give nogle forskelligheder mellem sundhedsplejens arbejde på tværs af landet. Helt grundlæggende, er det Indenrigsministeriet, som lægger rammerne og sætter kravene for den kommunale sundhedspleje. Herudover er det Sundhedsstyrelsen, der lægger retningslinjerne for den administrative og faglige udførelse af sundhedsplejen, mens kommunerne selv organiserer og strukturerer sundhedsplejen og dets sundhedsplejeordning (Olesen 1997:49). Deri kan der ligge mange variationer, og det kan være forskelligt hvilke mål og fokus der er i de forskellige kommuner. Derfor kan sundhedsplejen heller ikke tages over en kam, da der kan være forskelle i tilbud og indsatser, om end kerneopgaven og rammerne for arbejdet er de samme.

Sundhedsplejerskerne er uddannet sygeplejersker med mindst tre års erfaring i praksis, hvorefter en overbygning som sundhedsplejerske er mulig. Under uddannelsens læres at arbejde sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende i relation til det enkelte menneske, familier, grupper og lokalsamfund, samt koordinere arbejdet med andre relevante faggruppers indsats (Olesen 1997:50). Sundhedsplejerskerne har dermed forskellige og brede opgaver i forbindelse med kerneopgaven at sikre barnets udvikling. Gennem forskellige indsatser i barnets udviklingsstadier forsøges der indirekte at foretages en påvirkning af uligheden i helbred. Dette gøres allerede i fosterstadiet ved den gravide kvinde, hvor Danmark allerede i 1940erne har haft institutionaliserede forebyggende indsatser for gravide. Derefter sættes ind med indsatser for barnet i alderen 0-2 år, som handler om at skabe forudsætning for stærke emotionelle bånd til de nære omsorgspersoner, amning, forældreevne til at tage hånd om barnets behov, samt sikre adgang til social- og sundhedsydelser. Derefter følger indsatser i førskoletiden, hvor barnet er 3-5 år, og hvor barnets kognitive, sproglige og social udvikling stimuleres (Sundhedsstyrelsen 2011:48). I hele denne periode og endda folkeskoletiden med har sundhedsplejen en særlig opgave. Sundhedsplejen arbejder med flere indsatser for at sundhedsfremme og sygdomsforebygge i barnets tidlige udvikling. Hermed menes indenfor dets første år. Derunder er der besøg i hjemmet med fokus på barnet og dets miljø i hjemmet, tilsyn af barnets fysiske og psykiske helbredstilstand, og råd og vejledning af forældrene med formålet at fremme barnets fysiske og psykiske sundhed og trivsel (Retsinformation, Bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge: §1-§8).

## AFGRÆNSNING OG BIDRAG

Sundhedsstyrelsens undersøgelser såvel som forslag til reducere af den sociale ulighed i sundhed, skal ses i lyset af en epidemiologisk forståelse. Det vil sige, at undersøgelserne søger viden om årsagerne til social ulighed i sundhed gennem årsager til sygdom. Derfor er det vigtigt at holde for øje, at resultaterne har et epidemiologisk og sygdomsperspektiv, frem for et socialfagligt perspektiv. Dette ønsker jeg med dette speciale at udfolde og dermed nuancere debatten på social ulighed i sundhed blandt børn ved at fokusere på kvalitative aspekter ud fra frontpersonalets erfaringer. Samtidig skal dette speciale være med til at udvide perspektivet på barnets tidlige udvikling og sundhedsplejens betydning for den systematiske association mellem menneskers sociale position i samfundet og deres helbred. Det vil sige barnets senere helbred generelt, uddannelse og erhverv. Idet social ulighed i sundhed ikke blot berører sundhedssektoren, har Sundhedsstyrelsen kortlagt flere sektorer og fagområder, der har en rolle i reducere af ulighed i sundhed. Også heri bliver relevansen for det sociale arbejde tydeligt. Det sociale arbejde er ikke blot afgrænset til ét fagområde eller en sektor i samfundet, men arbejder tværfagligt med borgeren i centrum. Derfor er det relevant at belyse håndteringen af den sociale ulighed i sundhed blandt børn gennem sundhedsplejens perspektiv, der netop har indgangen til størstedelen af børnefamilierne i Danmark. Gennem besøg i hjemmet kan sundhedsplejerskerne råde og vejlede forældrene om barnets fysiske og psykiske sundhed og trivsel i eget hjem, samt lave tilsyn af barnets fysiske og psykiske helbredstilstand. Sundhedsplejen har dermed en særlig indsigt i barnets tidlige udvikling, der ifølge Sundhedsstyrelsen (2020 [b]:10) har betydning for dets sociale position samt det psykiske og fysiske helbred generelt, herunder uddannelse og erhverv i voksenlivet. Det er dog ikke nok at undersøge sundhedsplejerskernes håndtering af social ulighed i sundhed blandt børn, men også hvad der ligger bag dette, idet sundhedsplejerskerne må formodes at arbejde ud fra særlige perspektiver, professionsrettet værdier, etik, kulturer, normer og holdninger, der kan påvirke sundhedsplejerskernes forståelse og håndtering af social ulighed i sundhed i barnets tidlige udvikling. Således kræves det også af specialet at undersøge de generative mekanismer bag sundhedsplejerskernes italesættelser og håndtering af social ulighed i sundhed blandt børn. Dermed er det nu oplagt at undersøge følgende problemformulering.

## PROBLEMFORMULERING

*Hvordan italesætter og håndterer sundhedsplejersker social ulighed i sundhed indenfor barnets første leve år, og hvilke generative mekanismer kan være med til at forklare denne håndtering af social ulighed i sundhed blandt børn?*

## METODOLOGI

I følgende afsnit vil jeg belyse specialets metodologiske grundlag for på videnskabeligvis at belyse sundhedsplejerskers håndtering, og hvad der ligger bag sundhedsplejerskers forståelse af social ulighed i sundhed i barnets første leveår. Dermed vil det videnskabsteoretiske perspektiv, og dermed udgangspunktet, lægge rammerne for denne undersøgelse af, hvordan sundhedsplejersker italesætter og håndterer social ulighed i sundhed blandt børn, samt hvilke generative mekanismer, der ligger forud for denne håndtering af social ulighed i sundhed indenfor barnets første leveår. Som det er beskrevet ovenfor, må sundhed, forstået som en tilstand af social, psykisk og fysisk velbefindende, være opgjort og påvirket af mange faktorer, der både kan være af korte og langvarige forhold. Derfor må der også være flere end én rigtig *sandhed*. Dette læner sig op ad den kritisk realistiske overbevisning, om at der ikke er én sandhed eller én fremgangsmåde til viden og progression (Jespersen 2013: 171). Derfor må der også være forskellige måder at anskue og håndtere sundhed og dermed også ulighed i sundhed blandt børn, samt det sociale aspekt deraf. I det følgende vil der nu redegøres for specialets videnskabsteoretiske udgangspunkt, herunder ontologiske og epistemologiske udgangspunkt samt den abduktive slutningsform. Derefter vil der følge en kortlægning af den metodiske fremgangsmåde, der tager afsæt i en kombination mellem den metodologiske kollektivism og metodologiske individualisme, der følges af en redegørelse for den kvalitative metode som forskningsteknik samt fokusgruppeinterviewet som redskab. Endeligt præsentation af de teoretiske perspektiver, overvejelser omkring specialets validitet og reliabilitet, interviewets gang, og endeligt præsentation af det empiriske felt.

## VIDENSKABSTEORETISKE OVERVEJELSER

Som beskrevet ovenfor vil der i dette speciale tages udgangspunkt i videnskabsteorien kritisk realisme. Dette beror på en forståelse af, at der ifølge den kritiske realisme ikke er én måde til at belyse verden på, men flere og de afhænger af det undersøgte fænomen (Jespersen 2013:172).

Essensen i den kritiske realisme er, at der ikke blot er én vej til erkendelse, samt at denne er konstant foranderlig. Dette betyder også, at virkeligheden er uafhængig af forskeren, men at undersøgelse af et fænomen eller et genstandsfelt kan forandre det (Jespersen 2013:172). Dette kan eksempelvis være ved italesættelsen af social ulighed i sundhed ændrer sundhedsplejerskernes adfærd, når de arbejder i praksis, da de er kommet til en ny forståelse. Den kritiske realisme er kendetegnet ved sin dybde, og derved sine tre erkendelsesniveauer, der giver fænomenet en sammenhæng i erkendelsen såvel som en forklaring på de empiriske fund. Det første erkendelsesniveau er det *empiriske niveau*, hvilket

er det mest upræcise, nemlig hvor data kan observeres – det vi ser. På dette niveau befinder sundhedsplejerskernes erfaringer, oplevelser og udsagn sig. Det vil sige, dét vi kan percipere. Det andet erkendelsesniveau er det *faktuelle niveau*, der beskriver de empiriske sammenhænge, det vil sige de tendenser og hændelser, der kan sammendrages i genstandsfeltet. Her vil sundhedsplejerskernes fortællinger om erfaringer, udsagn og beskrivelser kondenseres horisontalt mellem interviewene, og derved analytisk vise sig som mønstre og tendenser på tværs. Disse vil således være de mest fremtrædende pointer af sundhedsplejerskernes håndtering af social ulighed i sundhed og dermed åbne op for de mekanismer på det endelige erkendelsesniveau, der ligger bag sundhedsplejerskernes forståelser, handlen og ageren i forhold til social ulighed i sundhed. Det endelige erkendelsesniveau er det *transcendente niveau*, hvor virkeligheden kun delvist kan observeres direkte eller empirisk erkendes. Det er således på det transcendent niveau, at de generative mekanismer for de tendenser og oplevelser, der viser sig i de forrige erkendelsesniveauer er. Det vil sige, hvilke strukturer og mekanismer ligger bag sundhedsplejerskernes forståelser og handlinger (Jespersen 2013:173-174). Det er her dybden i den kritiske realisme viser sig, idet udfordringen bliver tydelig – at koble de tre erkendelsesniveauer, såvel som åben og kritisk diskussion af den erhvervede viden (Jespersen 2013:174). Således vil der præsenteres nogle teorier for at forsøge at koble de tre erkendelsesniveauer, og dermed kunne give et bud på, hvad der er på spil i sundhedsplejens italesættelse og håndtering af social ulighed i sundhed.

Gennem de tre erkendelsesniveauer bliver det tydeligt, at forskningens opgave er at opnå kvalificeret viden om virkeligheden. Denne kvalificeret viden skal ske gennem en beskrivelse af genstandsfeltet, der beskriver fænomenet, relevant teori, der beskriver måden at anskue fænomenet, diskussion af analysemetode, der diskuterer analysemetoden, samt præsentation af ny viden indenfor det videnskabelige område. Der er ingen rigtig eller forkert sandhed, da den nye viden og teori er baseret på en fortsat åben og kritisk diskussion. Erhvervelse af ny viden har til formål at afdække tendentielle relationer mellem mennesker og de samfundsmæssige strukturer, hvilke er under konstant forandring (Jespersen 2013:172-174). Den ontologiske overbevisning indenfor den kritisk realistiske videnskabsteori er dermed, at virkeligheden både er åben og foranderlig, men samtidig også struktureret og stabil (Jespersen 2013:174). Derved afhænger erhvervelsen af viden og dermed undersøgelsen af sundhedsplejens italesættelse og håndtering af social ulighed i sundhed inden for barnets første leveår, samt de generative mekanismer der kan fremanalyses. Da sundhedsplejen er styret af Sundhedsstyrelsens anbefalinger og retningslinjer afhænger ny viden også af ontologien – den eksisterende forskning af Sundhedsstyrelsen, forståelsen af sundhed og social ulighed i sundhed,



da dette skaber forståelsesrammen af, hvad der tales om. Ontologien, det vil sige, læren om det værende, er således også bestemmende for den metodologiske og derfor også epistemologiske fremgangsmåde. Epistemologien er læren om erkendelse, og dermed den videnskabelige tilgang til erhvervelse af viden (Fuglsang, Olsen & Rasborg 2013: 32). På den måde bliver den eksisterende forskning og begrebsliggørelsen af social ulighed i sundhed blandt børn det ontologiske udgangspunkt, der er bestemmende for de slutninger, der sker på baggrund af de tre erkendelsesniveauer. Derfor er det vigtigt at indsamle så megen viden på det empiriske niveau som muligt og søge de tendenser og hændelser, der findes i genstandsfeltet, for at kunne slutte og søge muligheder på det transcendent niveau. Deri ligger dog også en usikkerhed, der kalder på en kontekstuel afklaring af det ontologiske udgangspunkt hos sundhedsplejerskerne, hvilket vil ske ved første møde. Der må derfor ligge en vis åbenhed i slutningsformen, for at komme denne usikkerhed til livs, og for at kunne erfare så meget viden som muligt af sundhedsplejerskerne.

Ontologien indenfor den kritisk realistiske videnskabsteori er afgørende for slutningsformen (Jespersen 2013:178). Slutningsformen, det vil sige måden, der bevæges fra påstande til konklusioner, altså fra præmisserne i virkeligheden til slutningerne (Fuglsang, Olsen & Rasborg 2013:33). Ifølge kritisk realisme er ambitionen at trænge et spadestik dybere end blot virkelighedens overflade, og derfor dykke ned i de strukturer og mekanismer, der har betydning for sundhedsplejens italesættelser, forståelser og ageren i forhold til ulighed i sundhed blandt børn. Derfor kaldes der på den delvist sammensmeltede slutningsform abduktion. Denne har både nogle induktive og deduktive træk, hvor der trækkes på de observationer, der findes i virkeligheden, for herefter at anvende og formulere mulige teorier og strukturer til at forklare disse. Derved bliver det muligt at bevæge sig fra det empiriske og så det faktuelle erkendelsesniveau til det transcendent niveau (Jespersen 2013:181-182). Dermed tror den kritisk realistiske epistemologi heller ikke på én sandhed, men en åben og mulig begrundelse for en tendens indenfor en given kontekst (Jespersen 2013:185). Derfor skal den kritiske realisme her bruges som udgangspunkt til at belyse sundhedsplejerskerne ageren i forhold til social ulighed i sundhed i barnets tidlige udvikling, samt gennem den kontekst sundhedsplejen er en del af forklare de bagvedliggende generative mekanismer, det vil sige strukturer, der ligger bag denne ageren. Epistemologien er således afhængig heraf, og skal ses i kritisk lys i den følgende analyse, hvor den præsenterer de mulige tendenser og strukturer indenfor sundhedsplejen som kontekst. Videnskabsteorien såvel som slutningsformen vil igen gribes an i analysestrategien.

## METODE

Metode handler om de rammer for fremgangsmåden for indsamlingen af empiri, der skal være med til at besvare problemformuleringen omkring italesættelse og håndtering af social ulighed i sundhed i barnets tidlige udvikling i sundhedsplejens arbejde. Således må der ligge nogle bestemmelser eller logikker bag den fremgangsmåde til besvarelsen af problemformuleringen. Disse vil afspejle de former for viden, der kan frembringes af genstandsfeltet, nemlig sundhedsplejens arbejde i håndteringen af social ulighed i sundhed gennem barnets første leveår, for herefter analytisk at kunne identificere eventuelle strukturer forud for denne håndtering og italesættelse. Der kan skelnes mellem fire forskellige metodelogikker, hvor der i denne afhandling vil tages udgangspunkt i to – metodologisk kollektivism og metodologisk individualisme. Førstnævnte tager udgangspunkt i helheden og de strukturer, der indrammer og er del i samfundet (Olesen & Monrad 2018:12-13). Dette handler således om at undersøge og være afsøgende på sundhedsplejens strukturer i arbejdet, hvilke samfundsmæssige forhold, der påvirker eller rammesætter sundhedsplejerskerne i deres arbejde med reduceringen af social ulighed i sundhed. Samtidig er det ikke den eneste metodologik problemformuleringen efterspørger. Denne er også undersøgende på sundhedsplejerskernes erfaringer, oplevelser, handlinger og motiver. Det er dermed relevant at kombinere både den metodologiske kollektivism og den metodologiske individualisme. Sidstnævnte er en logik, der tager udgangspunkt i de intentioner, handlinger, holdninger og valg individer gør. Ifølge den metodologiske individualisme er det disse, der driver udviklingen i samfundet (Olesen & Monrad 2018:12-13). Man skulle synes, der er tale om modstridende metodelogikker, men de skal ses som idealtyper, hvor en kombination af de to ovenstående, vil bidrage til et mere nuanceret billede af på den ene side, de individuelle oplevelser og erfaringer, sundhedsplejerskerne har erhvervet sig i arbejdet, men også de samfundsmæssige rammer sundhedsplejen er indrammet af, og hvordan disse virker med og mod hinanden på sundhedsplejens område.

## DEN KVALITATIVE METODE OG FOKUSGRUPPEINTERVIEWET SOM VÆRKTØJ

Den kvalitative metode skal i dette speciale være med til at sikre det dybere perspektiv, og koble det empiriske, faktuelle og transcendent erkendelsesniveau og derved forsøge at komme en forståelse for den sociale ulighed i sundhed nærmere. Qua det empiriske niveau vil den kvalitative forskningsteknik være med til at skabe indgangen til sundhedsplejerskernes arbejde og få en indsigt i deres italesættelser, forståelser og ageren i deres håndtering af social ulighed i sundhed i barnets tidlige udvikling. Derfor er det vigtigt at kunne være undersøgende på sundhedsplejens erfaringer og

forståelser. Ydermere giver den kvalitative forskningsteknik en mulighed for at dykke ned i de tendenser, der viser sig gennem den abduktive, åbne slutningsform, der åbner den kvalitative dybere op, sammenlignet med den kvantitative forskningsteknik. Der vil dog ikke være tale om et feltarbejde, narrativt interview eller aktionsforskning, men et forskningsværktøj i form af fokusgruppeinterviewet, så det er sundhedsplejerskernes erfaringer og faglige perspektiver, der kommer i fokus og ikke deres personligheder (Brinkmann & Tanggaard 2015:14).

Interviewet er som bekendt et meget anvendt værktøj indenfor den kvalitative forskningsteknik. Fokusgruppeinterviewet er hertil blot et interview med en gruppe af individer, frem for et enkelt. Ofte består fokusgruppen af seks til ti individer, der taler og udveksler synspunkter og erfaringer omkring det emne, de er fokusgruppe omkring (Kvale & Brinkmann 2014:205). Det vil sige, at jeg, som gruppemediator, vil fremføre fokusgruppen for de forskningsmæssige emner, der undersøges. Dette er eksempelvis fokusgruppens syn på social ulighed i sundhed og deres forskellige tilgange og indsatser på området, hvorledes sundhedsplejerskerne oplever indsatsernes virkning, samt hvorledes de tilgår familierne. Dermed bliver formålet med fokusgruppeinterviewet ikke at dykke ned i ét individs synspunkt og erfaringer, men nærmere at få så mange synspunkter og erfaringer samlet, og have muligheden for at forskelligartede erfaringer skaber en livlig og spontan debat, der kan frembringe endnu flere synspunkter og erfaringer direkte fra sundhedsplejerskernes arbejde (Kvale & Brinkmann 2014:206). Ved at anvende fokusgruppeinterviewet vil kompleksiteten af det empiriske niveau kunne udvides til udover sundhedsplejerskernes erfaringer og holdninger, også at indeholde en diskussion af hinandens erfaringer og oplevelser, der er med til at give en forståelse for den ramme omkring arbejdet, der blandt andet kan afsløre nogle uskrevne eller implicite normer (Halkier 2015: 139). Dette kan også bibringe argumenter for deres håndtering af social ulighed i sundhed, men også fremme andre aspekter, såsom organisatoriske elementer.

Sundhedsplejen er udvalgt, idet det er den aktør, der sammen med den praktiserende læge, der udfører de første sundhedstjek af barnet, hvor også sundhedsplejen gennem *Bekendtgørelsen om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge* er lovmæssigt bestemt til at følge barnet i sin tidlige udvikling. Dertil er sundhedsplejen en myndighed, der hører under den kommunale forvaltning, hvorfor jeg gennem en målrettet udvælgelse, for at sikre en relevans i enhederne, har kontaktet forskellige kommuner. Ved at udvælge forskellige kommunale sundhedsplejersker vil der skabes en bredde og en nuancering i de erfaringer, indsatser og tilgange, der er i sundhedsplejerskernes arbejde med reduceringen af social ulighed i sundhed i barnets tidlige udvikling, men samtidig indenfor den analytiske ramme i form af de sociale aktører indenfor sundhedsplejen (Halkier 2015: 140; Olesen &

Monrad 2018:128). Den målrettede og samtidig analytiske selektive udvælgelse vil dermed også udviske eventuelle organisatoriske bias, idet det centrale i fokusgruppen vil være forståelsen, erfaringer, tilgange og indsatser og hvordan sundhedsplejerskerne agerer i arbejdet med social ulighed i sundhed. Fokusgruppeinterviewene vil således være opgjort af grupper af deres vante faglige teams i deres tilknyttede kommune, hvilket sikrer, at deltagerne er fortrolige med hinanden og kender hinanden, så der kan tales frit (Halkier 2015: 140). Samtidig vil jeg, som gruppemediator, skulle være opmærksom på, at den homogene gruppe ikke bliver indforstået, men at interaktionen bliver nuanceret og taletid til alle tematikker. For at højne det analytiske niveau og erkendelsens dybde, må analysen tage udgangspunkt i flere fokusgruppeinterviews, der skaber en heterogenitet, der modsvarer at fokusgruppe individerne er fra samme kommunale team, idet der analyseres på tværs af de tre fokusgruppeinterview fra tre forskellige kommunale forvaltninger (Halkier 2015:140-141). Dermed skal det kvalitative fokusgruppeinterview gennem sundhedsplejersker, der arbejder med børn i sin tidlige udvikling, være med til at kaste lys over genstandsfeltet, deres faglige erfaringer som frontlinjemedarbejdere både i forhold til den sociale ulighed som kontekst, samt erfaringer, holdninger og oplevelser af tilgange og indsatser. Fokusgruppeinterviewet skal dermed være med til på tværs af kommuner og fokusgruppeinterview på analytisk niveau se tendenser og mønstre i tilgange og indsatser i forhold til social ulighed i sundhed blandt børn. Dog vil fokusgruppeinterviewet også være med til at synliggøre forskelle mellem sundhedsplejerskerne, hvis disse skulle have betydning for deres kontekst, tilgange, erfaringer og holdninger.

## ETISKE OVERVEJELSER

Idet dette speciale undersøger et følsomt emne og sundhedsplejersker spørges ind til deres faglige vurderinger men også deres erfaringer og oplevelser, er det vigtigt at forholde sig etisk korrekt. I denne afhandling er der således taget nogle forholdsregler for at sikre, at interviewpersonerne ikke oplever ubehagelige konsekvenser ved deltagelse i interviewet, såvel som at der ikke kan henvises tilbage til deres udtalelser. Derfor er sundhedsplejerskerne informeret om, at deres deltagelse i interviewet er fuldt frivilligt, og at de til hver en tid kan trække deres informeret samtykke tilbage, samt at interviewet optages (Kvale & Brinkmann 2014:116). Ydermere er personfølsomme oplysninger, eller andre forhold, der kan føre tilbage til sundhedsplejerskernes som personer og kommune blevet anonymiseret. Det vil sige både informanterne, kommunen og eventuelle oplysninger der fremgår af deres erfaringer anonymiseres. Af samme årsag, vil fokusgrupperne også bedes at omgås fortroligt med det sagte i interviewet (Kvale & Brinkmann 2014:117-118). Derved er alle navne på sundhedsplejerskerne anonymiseret i transskriptionerne, så de er tildelt bogstavet for

interviewet, henholdsvis A, B eller C, efterfulgt af et tal mellem 1 og 4 for at kunne differentiere mellem dem, i fald dette skulle have en betydning. Derfor vil de i den senere analyse refereres til som B2 eller C3. Transskriptionerne er nedskrevet tekst af sundhedsplejerskernes udtalelser, selvom øh er undladt. Transskriptionerne er udført af mig selv kort efter interviewene. Dermed er der sikret en vis konformitet i transskriptionerne såvel som refereringen dertil. Efter reglerne for GDPR vil jeg som dataansvarlig overholde de af EU opstillede regler, hvorfor lydfileerne fra interviewene samt transskriptionerne gemmes fortroligt på en kode beskyttet computer, og efter eksamination vil blive slettet og derved ikke kan anvendes af andre end jeg og samtidig minimerer mængden af personfølsomme oplysninger som muligt (Datatilsynet og Digitaliseringsstyrelsen 2017).

## FORSKNINGSDESIGN

Metodologien i denne afhandling er indrammet af tværnsnitsstudiets design, hvor formålet er at undersøge et fænomen på et afgrænset tidspunkt (Olesen & Monrad 2018:96-97). Det vil sige, at det er koblingen af det empiriske observerbare, de faktuelle tendenser og de transcendent udlægninger, der kommer til at forme den viden, der undersøges om genstandsfeltet. Denne viden vil dog, som nævnt tidligere ifølge den kritiske realisme, aldrig være fuldkommen og foranderlig. Dette tyder tværnsnitsdesignet også på, idet den erhvervede viden kun er et øjebliksbillede af genstandsfeltet (Olesen & Monrad 2018:96-97). Designet vidner således om en foranderlig virkelighed, hvor sundhedsplejerskerne gennem fokusgruppeinterviewet fortæller om deres erfaringer både på kollektiv og individuel plan, det vil sige, både om deres egne handlinger og erfaringer, men også de rammebetingelser de er underlagt. Samtidig vil det kvalitative element skabe et fokus på en forståelse af, hvorledes sundhedsplejersker oplever, erfarer og interagerer inden for social ulighed i sundhed blandt børn, og herved dykke ned i deres tilgange og indsatser for familierne i barnets første leveår. Deri vil tværnsnitsdesignet være med til at kunne identificere de forskelle og ligheder, der er i sundhedsplejerskernes fortællinger om social ulighed i sundhed i børns tidlige udvikling (Olesen & Monrad 2018:97). Således afgrænses også fra et ellers oplagt design – casestudiet – idet fokus ikke ligger i at undersøge kompleksiteten af eksempelvis social ulighed i sundhed blandt børn, men nærmere de mønstre, der viser sig horisontalt, det vil sige på tværs af forskellige fokusgruppeinterviews med sundhedsplejersker der fortællinger i deres erfaringer, tilgange, indsatser og erfaringer med redueringen af den sociale ulighed i sundhed i barnets tidlige udvikling, og derved nærme sig og koble de tre erkendelsesniveauer til virkeligheden (Olesen & Monrad 2018:97, 101).

## OPERATIONALISERING

For gennem fokusgruppeinterviews at kunne observere og indfange det empiriske erkendelsesniveau, der tyder mod nogle tendenser og mønstre på det faktuelle niveau, der kan pege i retningen af nogle teoretiske vinkler, der kan tydeliggøre nogle generative mekanismer på det transcendent niveau, må fokusgruppeinterviewet udføres nøje. Således må der opstilles en struktur for interviewet, der både gør plads til det mere eksplorative element i den abduktive slutningsform, hvor det induktive og deduktive kommer til udtryk på hver sin måde, og tillader indsamlingen af viden hos sundhedsplejerskerne. Deraf også struktureringen og operationaliseringen af fokusgruppeinterviewet. For at følge den abduktive slutningsform, må indsamlingen af empiri også være åben og ikke mindst afklarende omkring konteksten og sundhedsplejerskernes perspektiver og holdninger på social ulighed i sundhed, samt deres baggrund for sundhedsplejerske. Samtidig skal den også være struktureret og styret for at kunne besvare problemformuleringen. Derfor vil fokusgruppeinterviewet også være struktureret gennem en tragtmodel, hvor interviewet begyndende er mere åbent, og slutter mere struktureret eller lukket (Halkier 2015:142-143). Således vil interviewet indledes med nogle informationer om anonymisering, struktur på interviewet, mediatoren, det vil sige min rolle og andet relevant på dagen, hvorefter den vil være åben og herefter mere struktureret (Halkier 2015:146). Efter informationerne er præsenteret bedes alle interviewepersonerne præsentere dem selv med navn, uddannelsesbaggrund, funktion og område eller team de er en del af. Dette skaber muligheden i at differentiere mellem de forskellige sundhedsplejersker. Herefter stilles forskellige spørgsmål der omhandler sundhedsplejerskernes forståelse af sundhed og den sociale ulighed i sundhed, såvel som deres tilgange, indsatser og oplevelser af effekterne ved de forskellige indsatser. Dette har til formål at frembringe så mange fortællinger om erfaringer, holdning og oplevelser som muligt, samt lade sundhedsplejerskerne diskutere disse indbyrdes, så de italesætter sundhed og social ulighed i sundhed samt deres egen praksis så meget som muligt. Først vil interviewspørgsmålene være åbne, såsom *"Hvordan vil I beskrive social ulighed i sundhed?"* eller *"Kan I beskrive en oplevelse med social ulighed i sundhed?"* (Bilag 1 - Interviewguide:2). Derefter snævres spørgsmålene ind til sundhedsplejerskernes tilgange til social ulighed i sundhed, såsom deres rådgivning og vejledning til familierne, såvel som indsatser på området, og endeligt de oplevede effekter som følger af indsatserne. Samtidig er der søgt inspiration i Colucci's (2007:1424) metodiske forslag til at starte en diskussion og skabe nuancer eller flere perspektiver i et fokusgruppeinterview, hvorfor der også er lagt øvelser ind, hvis debatten ikke flyder mellem informanterne i fokusgruppen. Disse øvelser ligger op ad interviewspørgsmålene, såsom øvelsen *free listings*, hvor fokusgruppe informanterne skriver

alle karaktertrækkene for social ulighed i sundhed på en post-it, hvorefter de præsenteres og diskuteres i gruppen. Dette er med til at skabe debat og forskellige nuancer af et emne. Derudover kan øvelsen *choosing among alternatives* være med til at skabe en diskussion og frembringe flere holdninger, forståelser og erfaringer, ved at skrive alle de nævnte indsatser i sundhedsplejen ned og derefter diskutere, hvorvidt disse har en effekt eller ej i familierne i forsøget på at påvirke den sociale ulighed i sundhed i barnets første leveår (Colucci 2007:1424-1426). Herefter afsluttes interviewet ved at give informanterne muligheden for at stille spørgsmål.

## TEORETISKE OVERVEJELSER

Som nævnt i ovenstående videnskabsteoretiske afsnit vil jeg her i specialet skabe dybden og koble de tre erkendelsesniveauer ved hjælp af teori. De teoretiske perspektiver skal således være med til at højne forklaringskraften og dermed dybden i undersøgelse af fænomenet social ulighed i sundhed gennem sundhedsplejerskernes perspektiv. Som følge af den abduktive slutningsform lades empirien komme først til orde, og derved sikre åbenheden og det induktive element i specialets slutningsform. Dette er også underbygget af den kritisk realistiske forståelse af de tre erkendelsesniveauer. Dermed må sundhedsplejerskernes udsagn på det empiriske erkendelsesniveau, og de horisontalt kodet tendenser på det faktuelle erkendelsesniveau forklare gennem teori, der fører resultaterne i det dybere transcendent niveau. Det er således her, teorien kommer i spil. Derfor vil der her i specialet ikke være et konkret teoriafsnit, der redegør og diskuterer teoretiske perspektiver. Til gengæld vil de mest gennemgribende teoretiske perspektiver præsenteres og redegøres for herunder, mens de vil præsenteres i deres relevante helhed, når disse bliver relevante i det analytiske arbejde. Dermed vil dette afsnit afspejle de teoretiske overvejelser, der tages med i analysen. Dermed afspejler den teoretiske applikation i analysen det deduktive element i den abduktive slutningsform.

Det første teoretiske perspektiv er præsenteret ved Pierre Bourdieus teoretiske udlægning af habitus, social reproduktion og kapitaler. Dette skal være med til at belyse og komme den sociale ulighed i sundhed indenfor barnets første leve år nærmere. Dette perspektiv har et overordnet makro perspektiv, der beskriver, hvordan de samfundsmæssige strukturer har betydning for individers handlemuligheder, sociale position og hvordan disse videregives fra forældrene til deres børn. Dette teoretiske perspektiv er kondenseret til de mest centrale pointer indenfor de begreber og forståelser Pierre Bourdieu udlægger, men samtidig er det fyldestgørende for dets relevans i specialet her. Bourdieus teori er dermed med til at kaste lys over anden del af problemformuleringen, nemlig hvilke generative mekanismer, der ligger bag sundhedsplejerskernes arbejde med social ulighed i sundhed,

og beskriver deri, hvordan sundhedsplejerskerne forstår og danner deres forståelse af social ulighed i sundhed blandt børn.

Det andet applicerede teoretiske perspektiv er et udgangspunkt af Søren Juul, der beskriver, hvorledes magt og indlejrede mønstre i grupper og velfærdsinstitutioner påvirker socialarbejderen i sin praksis. Dermed er er dette perspektiv med til at beskrive sundhedsplejerskernes arbejde med social ulighed i sundhed på meso niveau. Derfor inddrages begreberne institutionel dømmekraft såvel som social dømmekraft til at beskrive sundhedsplejerskernes arbejde og vurderinger. Ydermere også sundhedsplejen som institutions betydning for sundhedsplejerskernes arbejde. Således er denne med til at belyse nogle af de generative mekanismer, der ligger forud for sundhedsplejerskernes håndtering af social ulighed i sundhed og deres tilgang til familierne.

Tilgangen til familierne beskrives ydermere gennem det sociale arbejdes teoretiske praksis perspektiver, der kaster lys på sundhedsplejerskernes arbejde i praksis, og hvilke tilgange og metoder de anvender i arbejdet i praksis. Disse er præsenteret gennem det først interaktionistiske og herefter systemteoretiske perspektiv. Disse perspektiver er dermed med til at forklare, hvordan sundhedsplejerskerne i praksis anvender interaktionistiske og systemteoretiske vinkler i deres arbejde, hvor de rådgiver og vejleder familierne og derved er sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende.

Disse teoretiske perspektiver er teorier indenfor det sociologiske felt og sociale arbejde, der præsenteres yderligere i de afsnit i analysen, hvor de har relevans. Samtidig er de teoretiske perspektiver udvalgt efter kodningen af det empiriske materiale, for at være tro mod slutningsformens induktive element. Dermed er det problemformuleringen såvel som de empiriske udsagn og tendenser, der har været afgørende for valget af de teoretiske perspektiver. Teorien er nøje udvalgt for at få en sammenhængende forståelse for sundhedsplejens perspektiv og håndtering af social ulighed i sundhed når livet begynder på flere niveauer, nemlig både på individ-, gruppe- og samfundsniveau.

## KVALITETSSIKRING

Specialet er struktureret omkring følgende problemformulering: Hvordan italesætter og håndterer sundhedsplejersker social ulighed i sundhed indenfor barnets første leve år, og hvilke generative mekanismer kan være med til at forklare denne håndtering af sociale ulighed i sundhed blandt børn? Problemformuleringen undersøges ved hjælp af den kritisk realistiske videnskabsteori, der



forudsætter ingen endegyldig sandhed, samt den kvalitative metode, hvor virkeligheden er foranderlig. Dermed skal kvalitetskriterierne også ses i lyset af disse forståelser. Alligevel handler det i høj grad om, hvordan specialet er formet og dermed hvor valid og troværdig denne form er. Kvalitetskravene er således inddelt i to. På den ene side validitet, som handler om hvorvidt specialet undersøger, det problemformuleringen efterspørger. Den anden side handler om troværdighed og gennemsigtighed, og dermed hvor reliabil specialet er.

Validitet handler om gyldighed, og dermed om overensstemmelsen mellem datamaterialet og problemformuleringen. Er der sammenhæng mellem problemformuleringen, datatilvirkningen og de teoretiske grundlag? (Olesen & Monrad 2018:299-300). Der må således være en rød tråd gennem metodologien, som er beskrevet her i afsnittet. Heri er der løbende beskrevet, hvorledes problemformuleringen lægger op til den kritisk realistiske videnskabsteori, idet der er tale om en nysgerrighed på både det empiriske, det faktuelle og det transcendent erkendelsesniveau. Idet de videnskabsteoretiske overvejelser bærer en usikkerhed om, hvorvidt ontologien, der bygger på Sundhedsstyrelsens forståelse af sundhed og social ulighed i sundhed er i overensstemmelse med sundhedsplejerskernes forståelse af konteksten, og derfor hvorvidt der i sidste ende er enighed omkring begrebet. Dette er dog afklaret i analysen såvel som interviewguiden, hvor der åbent spørges ind til sundhedsplejerskernes sundhedsforståelse, uden at være påvirket af Sundhedsstyrelsens forståelse. Empirien viser dog, at sundhedsplejerskerne, som forventet, tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens definition, om end der ligger mere i det, som analysen vil belyse. Det betyder dog også, at der er overensstemmelse mellem ontologien – nemlig læren om det værende – og den empiriske forståelse. Ydermere er slutningsformen adækvat i forhold til først at være åben og induktiv i datatilvirkningen, for efterfølgende at komme fænomenets kerne nærmere ved hjælp af teoretiske perspektiver. Der må validiteten og overensstemmelsen mellem problemformulering, datatilvirkning og det teoretiske grundlag ses ud fra de metodologiske valg, der er truffet. Samtidig vil den teoretiske inddragelse af både et makroperspektiv af Pierre Bourdieu, såvel som et mikro- og makroniveau gennem de praksis perspektiver i det sociale arbejde i form af henholdsvis interaktionismen og systemteorien, der også løftes af et mesoniveau af Søren Juuls teoretiske perspektiv på dømmekraft. Disse er således hver især med inddraget på en induktiv baggrund for at følge den abduktive slutningsform, med formålet om at lade empirien tale, og derefter forsøge at forklare empirien gennem teoretiske perspektiver. Samtidig ligger der i validiteten også et aspekt af datatilvirkningen, og hvorvidt der er en overensstemmelse mellem informanterne og mine forståelser af informanternes udsagn (Olesen & Monrad 2018: 301). Dette er forsøgt at undgå, ved at spørge ind til

sundhedsplejerskernes egne forståelser og derved udover at udfordre sundhedsplejerskernes refleksion over begrebet *sundhed* eller *social ulighed i sundhed*, også sikre mig at få udfoldet eventuelle indforståethed, når der tales i en gruppe af fagfæller. Derudover har jeg gentaget og nedskrevet nogle af deres pointer og ved næste spørgsmål kort opsummeret for at lade deres pointe være styrende for næste spørgsmål, og derved be- eller afkræfte, hvorvidt der er overensstemmelse mellem sundhedsplejerskernes udsagn og min forståelse. Eksempelvis efter eksemplificering af social ulighed i sundhed i et ustruktureret hjem, så spørges der ind til den forståelse men gentages også, for at opsummere men alligevel udfolde fortællingen.

*”Men selvom strukturerne måske er lidt eller vilkårene eller deres omgivelser er lidt rodet, så viser det sig ikke nødvendigvis ikke hos barnet, det kan stadigvæk være sundt indenfor konteksten?”* (Interview A:11)

Kritisk set kan dette dog også skævvride de empiriske udsagn, da der kan ligge en bias i at udvælge visse pointer og derved kan informanterne føle, at disse er de rigtige svar. Dette er dog forsøgt nedtonet i interviewets begyndelse, ved at understrege, at der ikke er nogle rigtige eller forkerte svar. Ydermere kan der ligge en skævvridning i, at der spørges ind til indsats, tilgange og eventuelle effekter af sundhedsplejerskernes arbejde, når det ikke er dét problemformuleringen efterspørger. Således vil det være et spørgsmål om overensstemmelsen mellem problemformulering og datatilvirkningen gennem interviewguiden. Interviewguidens opbygning bunder dog i den abduktive slutningsform, hvor det induktive og åbne element kommer først, og det derfor handler om at få sundhedsplejerskerne til at tale om deres oplevelser og erfaring med social ulighed i sundhed såvel som deres egen praksis. Herefter er det op til meningskondenseringen af det empiriske materiale, der viser, hvilke tendenser og mønstre der viser sig horisontalt mellem interviewene. Derfor er det vigtigt at have en overensstemmelse mellem operationaliseringen og problemformuleringen, der dog tillader en vis bredde, idet problemformuleringen også tillader et åbent og induktivt element. Validitet handler dog også om det eksterne, mens det ovenstående har handlet om den interne validitet. Den eksterne validitet handler således om overførbar- eller generaliserbarheden (Olesen & Monrad 2018:306). Dette handler således om, hvorvidt resultaterne fra dette speciale kan overføres til andre anvendelsesområder. Der vil i dettes tilfælde, grundet metodologien være tale om en konceptuel generaliserbarhed, hvilket beskriver, anvendelsen af de beskrevne teoretiseringer i analysen og konklusionen i en anden kontekst. Samtidig en overførbarhed horisontalt mellem de interviewede sundhedsplejersker og den generelle sundhedspleje. Dog er det ikke muligt at ty til

statistisk generaliserbarhed, da der ikke er tale om direkte statistiske beregninger eller fuld repræsentativitet i udvælgelsen af informanter. Dette hænger også sammen med reliabiliteten.

Reliabilitet handler om gennemsigthed. Det vil sige, om hvordan datatilvirkningen og den efterfølgende databearbejdning er gennemsigtig. Ofte tales der om, at det er gennemsigtigt, så andre kan gennemføre undersøgelsen med samme resultater (Olesen & Monrad 2018:302-303). Deri er der en udfordring i dette speciale, da der har været nogle udfordringer med rekrutteringen af informanter, grundet krigen i Ukraine og sundhedsplejerskernes ekstra opgave i at screene de ukrainske flygtningebørns sundhedstilstand. Derfor har der været få sundhedsplejersker, der har haft mulighed for at deltage. Ved udvælgelsen af informanter til fokusgruppeinterviewet, har jeg udvalgt 3 forskellige kommuner, og udvælgelsen af de enkelte interviewpersoner, har været på baggrund af de, der har haft plads i kalenderen. Dette gør det svært i en senere kontekst at komme frem til de samme empiriske resultater som nu. Dette er dog heller ikke hensigten, da der her er tale om en analytisk gennemsigthed. Det vil sige, at fordi der tages udgangspunkt i den kvalitative metode, vil virkeligheden hele tiden være foranderlig, og derfor vil de empiriske resultater aldrig være ens. Til gengæld er der skabt gennemsigthed med hensyn til til- og fravalg i metodologien, hvilket er med til at højne reliabiliteten. Således er der gennemsigthed i tilvalg og fravalg af slutningsformer, metode, såvel som henvisning til flere forskellige studier, der har ført til netop dette speciale. Samtidig har jeg alene kodet det empiriske materiale, og ladet empirien komme til orde, med hvad der var mest gennemgribende, hvilket præsenteres i analysen.

Således er der gjort forskellige tiltag for at sikre specialet validitet og reliabilitet, for at sikre dets kvalitet, og derved også imødekomme eventuel kritik.

## INTERVIEWETS GANG – EFTERREFLEKSIONER

Som følge af omstændighederne i form af krig i Ukraine, fik sundhedsplejen flere opgaver, herunder screening af ukrainske flygtninge, hvilket gav en udfordring i rekruttering af informanter. Det lykkedes efter dialog med lederen af sundhedsplejen i flere kommuner alligevel muligt at gennemføre 3 fokusgruppeinterviews i 3 forskellige kommuner, med 3-4 deltagende sundhedsplejersker som informanter i hver fokusgruppe. Alle informanter kom med bidrag til emnet og alle kom til orde. Informanterne i alle tre fokusgrupper sparrede, diskuterede og supplerede hinanden i de forskellige oplevelser, og delte erfaringer, og bidrog også selv i at stille nysgerrige spørgsmål til hinanden og derved uddybe og dykke ned i de enkelte erfaringer, vurderinger, oplevelser og holdninger. Samtalerne var flydende. Mens jeg som moderator ved et interview ikke indtog min plads som

moderator i tilstrækkelig grad, blev konteksten for interviewet udvidet, så det omhandlede ulighed i sundhed og sundhedsplejens håndtering af ulighed i sundhed fra graviditeten til barnets udskoling. Der skulle jeg, som moderator, have været bedre til at holde samtalen inden for konteksten barnets første leve år. Det har dog bidraget til en stor ny viden på området og derved bidraget til den eksplorative tilgang.

Interviewene blev indledt af den traditionelle præsentation af mig, specialet, interviewets gang, samt informeret samtykke. Derefter fulgte en præsentationsrunde, hvor alle sundhedsplejersker præsenterede deres uddannelse, uddannelsesår, funktion samt eventuelle geografiske område, hvilket var med til at bryde isen og starte interviewet. Herefter præsenterede jeg begreberne *Sundhed* på et 'kort' jeg havde med efterfulgt af *Social ulighed i sundhed* med formålet om at afklare konteksten i sundhedsplejens forståelse. Denne øvelse fungerede rigtig godt, og satte mange refleksioner, oplevelser og fortællinger i gang. Herefter fulgte jeg som moderator fortællingerne naturligt, og stillede opklarende spørgsmål indenfor tilbud, indsatser og effekter (Bilag 1 – Interviewguide). Der var ikke behov for andre reflekterende øvelser, som ellers planlagt, fordi informanterne var aktive i interviewene. Endeligt blev interviewene afsluttet efter cirka halvanden time med eventuelle spørgsmål, feedback og et stykke kage. Udenfor optagelserne til interviewene, fortalte informanterne om deres oplevelse af deltagelsen, samt deres refleksioner omkring egen praksis og muligheden for forbedringer.

## PRÆSENTATION AF DET EMPIRISKE FELT

Informanterne bestod af 3-4 tilfældeligt udvalgte sundhedsplejersker i hver af de tre kommuner. Sundhedsplejerskerne er alle uddannet sygeplejersker med erfaring mellem 9 måneder og 27 år med overbygningen som sundhedsplejerske. Alle sundhedsplejersker hører under det kommunale regi og er underlagt lovgivningen, Sundhedsstyrelsen anbefalinger samt kommunernes egne standarder. Sundhedsplejen har en helt særlig indgang til familierne, idet et fåtal af familier i Danmark takker nej til tilbuddet om sundhedspleje. Sundhedsplejens har til opgave at sundhedsforebygge og sundhedsfremme og dermed sikre børn en sund opvækst. Sundhedspleje er dog blot et tilbud og ikke obligatorisk for familierne, hvilket også afspejler sig i deres handlemuligheder - sundhedsplejerskerne kan ikke eksempelvis yde psykologisk hjælp, tvangsfjerne et barn fra hjemmet fordi det udsættes for omsorgssvigt, eller rette et spædbarns skæve hoved. Sundhedsplejerskerne kan dog henvise til den kommunale myndighedsafdeling for børn og familier, til egen læge, til fysioterapeuter eller andre relevante aktører, samt råde og vejlede familierne omkring sundhed. Deri har sundhedsplejen en

særlig tilgang til familien, da det ikke kun handler om at være forebyggende og sundhedsfremmende, men også kommunikere dette ud til familierne på den anden side, der kan være sunde eller udfordret på deres sundhed. Fokusgruppeinterviewene kaster hertil lys over hvorledes sundhedsplejerskerne italesætter og håndterer social ulighed i sundhed. De empiriske fund rækker vidt og har været med til at give sundhedsplejerskerne en stemme i forståelsen af fænomenet social ulighed i sundhed.

## ANALYSE

Det følgende afsnit vil nu indeholde hoveddelen af dette speciale – nemlig analysen. Analysen indledes med analysestrategien, der skaber sammenhæng mellem metodologi, teori og problemformulering. Denne har til formål at give læseren en forståelse for, hvordan analysen gribes an og tydeliggøre hvordan metode, empiri og teoretiske perspektiver skaber konklusionen. Herefter følger to dele af analysen, der hver især først består af en meningskondensering af, hvilke empiriske tendenser og mønstre, der er mest fremtrædende i sundhedsplejerskernes udsagn. Herefter følger en redegørelse for et teoretisk perspektiv, der således er med til at koble de empiriske udsagn, de faktuelle tendenser og mønstre til spadestikket dybere, ifølge den kritiske realisme i det transcendent erkendelsesniveau. I første del af analysen vil sundhedsplejerskernes sundhedsforståelser og social ulighed i sundhed være fokus, hvortil Pierre Bourdieus teori inddrages. Anden del af analysen centrerer omkring sundhedsplejens rolle og sundhedsplejen som institution, hvortil Søren Juuls teoretiske perspektiv på dømmekraft inddrages, såvel som de teoretiske praksis perspektiver interaktionisme og systemteori præsenteret af Gunn Strand Hutchinson og Siv Oltedal. Hver af de enkelte afsnit vil afrundes med en opsummerende afslutning for at skabe overblik og sikre vejen i den abduktive slutningsproces fra de enkelte afsnit og dele til en konklusion som helhed.

## ANALYSESTRATEGI

Formålet med den kvalitative forskning og denne analyse er at analysere på mening og derfor også sundhedsplejerskernes forståelser og erfaringer med social ulighed i sundhed blandt børn (Järvinen & Mik-Meyer 2017:10). For at komme besvarelsen af problemformuleringen nærmere er der udarbejdet en model for specialets metodologi, for at skabe overblik og sammenhæng mellem delene i metodologien og analysen (Bilag 2 – Model over specialets metodologi). I modellen ses overgangen og processen fra at bevæge sig virkeligheden nærmere og skabe sammenhæng mellem det empiriske, faktuelle og transcendent erkendelsesniveau. Dette gøres ved at de empiriske data kondenseres og tendenserne samles. Således vil det empiriske materiale gennem en kodningsproces kondenseres i de tendenser og mønstre, der bliver tydelige og samtidig være med til at systematisere de empiriske fund, der viser sig mellem linjerne (Kvale & Brinkmann 2014:267-269; Bilag 2 – Model over specialets metodologi). Denne strategiske kategorisering af empirien afspejler således det induktive element i den abduktive slutningsform. Kodningen og meningskondenseringen er med til at afdække de empiriske karakteristika, der viser sig i fænomenet, altså de ligheder og forskelle, der viser sig i sundhedsplejerskernes fortællinger af deres forståelser og erfaringer, deres oplevelser og fortællinger

(Jespersen 2013:176). Dermed vil sundhedsplejerskernes udsagn, der befinder sig på det empiriske erkendelsesniveau gennem kodning og meningskondenseringen bevæge sig over i det faktuelle erkendelsesniveau, hvor strukturer, mønstre og præmisserne for fænomenet bliver tydeligt. Derefter vil disse konkretiseres gennem teoretiske perspektiver, der afspejler et mere deduktivt element, der oparbejder de begreber og konklusioner analysen indeholder, og dermed de bagvedliggende strukturer, der kan ligge forud for sundhedsplejerskernes håndtering af social ulighed i sundhed indenfor barnets første leveår (Bilag 2 – Model for specialet metodologi). Disse leder mod den empirisk forankrede konklusion, som indeholder de ligheder, forskelle og kriterier for at komme virkeligheden nærmere den sociale ulighed i sundhed blandt børn set i lyset af sundhedsplejerskernes italesættelse af ulighed i sundhed og deres håndtering deraf. Således kan det teoretiske perspektiv af Pierre Bourdieu være med til at forklare, hvordan sundhedsplejerskerne forstår og hvordan de kommer til deres forståelse af sundhed og social ulighed i sundhed, men også være med til at forklare, hvordan sundhedsplejerskerne fortæller om familiernes forståelse af sundhed. Derudover kan Søren Juuls perspektiv på dømmekraft være med til at højne forståelsen af hvordan sundhedsplejerskerne arbejder indenfor sundhedsplejen som institution. De teoretiske perspektiver er med til at forklare, hvordan de tre erkendelsesniveauer og dermed de empiriske fund hænger sammen og derved komme sandheden på det transcendent niveau nærmere (Bilag 2 – Model for specialets metodologi). Konklusionen skal ses som betinget, idet virkelighedens foranderlighed skal holdes for øje, både i en kvalitativ og kritisk realistisk forstand, samt i samspil med en abduktiv slutningsform, der kræver en dialog mellem teori og data (Jespersen 2013: 176-177; Järvinen & Mik-Meyer 2017:11; Olesen & Monrad 2018:146-147). Derfor opererer denne afhandling primært indenfor den teorigenererende analysestrategi præsenteret af Antoft og Salomonsen. Hovedformerne skal forstås som idealtypiske og derfor bevæges der, qua den abduktive slutningsform, mellem flere dog primært indenfor den teorigenererende analysestrategi, der er karakteriseret ved netop at generere begreber og tematikker, der sluttes til teoretiske slutninger (Olesen & Monrad 2018:151-153).

## DEL 1 – ITALESÆTTELSEN AF SOCIAL ULIGHED I SUNDHED

Noget af det første og mest gennemgribende i empirien omhandler sundhedsplejerskernes omtale af den sociale ulighed i sundhed. Som beskrevet i problemfeltet har WHO (Worlds Health Organization) en klar definition af sundhed, der beskrives som mere end fraværet af sygdom, ”[...] en tilstand af fysisk, psykisk og socialt velbefindende” (WHO u. å.; Sundhedsstyrelsen 2020 [a]:3). Samtidig er konteksten for dette speciale mere end blot sundhed, da hele rammen for specialet er den sociale ulighed i sundhed. Det handler således om, hvorledes sundhedsplejerskerne italesætter associationen

mellem individers sociale position i samfundet og deres helbred, og hvorledes dette allerede begynder tidligt i livet. Det tegnes der af sundhedsplejerskerne både et eksplicit såvel som implicit billede af gennem interviewene. Denne del af analysen vil således først belyse sundhedsplejerskernes forståelse og italesættelse af sundhed og ulighed i sundhed, for herefter at have et kritisk perspektiv på sammenhængen mellem disse to forståelser. Derudover vil Pierre Bourdieus teori om habitus, social reproduktion og kapitaler inddrages for at belyse nogle af de bagvedliggende generative mekanismer, der kan forklare sundhedsplejerskernes forståelser, såvel som beskrivelser af familiernes sundhedsforståelser.

### SUNDHEDSFORSTÅELSER

Det eksplicite og grundsynet ifølge de interviewede sundhedsplejersker handler om hele mennesket, og den individuelle forståelse af sundhed. Således fremgår sundhed i interviewene som ”[...] *hvordan man har det.*” (Bilag 3 – Interview A: 3). I dette udsagn ligger dog meget mere. Udsagnet peger implicit på en individuel opfattelse, som dermed kan være meget bred. Af fokusgruppeinterviewene fremgår eksempler på, hvordan sundhed på den ene side for nogen kan være at være *top rippet*, mens det for andre er sundhed at spise *eftermiddagskage*. Nogen vil være sunde selvom de har en sygdom, og fælles for informanterne er en bred forståelse af, at sundhed handler om det, der er præsent for den enkelte familie (Bilag 3 – Interview A:3; Bilag 4 – Interview B:3; Bilag 4 – Interview C:3). Sundhed er ikke blot fraværet af sygdom, fordi sundhed handler om, hvordan den enkelte oplever sundhed, og ikke mindst hvad den enkelte har med sig, og hvordan denne lever sit liv.

*”Det er rigtig meget udgangspunkt i den enkelte families livshistorie – hvad de har med sig i livet.”* (Bilag 3 – Interview A:3).

*”[...] noget af det vi lærer rigtig meget som sundhedsplejersker, [...] der er ikke kun én form for sundhed. Hvad der kan være sundt i en familie, kan være usundt i en anden. Vi lærer jo rigtig meget at tage udgangspunkt i familiernes udgangspunkt.”* (Bilag 4 – Interview B: 2).

Dette syn afspejler et udgangspunkt i den enkelte familie eller hos det enkelte individ, der træffer valg om sin egen livsførelse og livsstil. Alligevel synes der at være tale om noget implicit, som sundhedsplejerskerne omtaler som normen generelt eller indenfor sundhed.

*”[...] det svinger også lidt, i forhold til hvor vores tolerance er, hvad er det normale og hvor stikker det altså ud.”* (Bilag 5 – Interview C:13).



Deri ligger et modstridende element i, at der skulle være en norm for sundhed, hvis sundhed som begreb ses som fysisk, psykisk og socialvelbefindende ud fra individets og den enkelte families perspektiv. Det implicitte ligger således i den norm, som evidens fra forskning samt deres profession har givet. Således er det en norm, at de forhold der dækker de mest basale behov indenfor søvn, hygiejne, ernæring, men også psykisk såsom vold, omsorgssvigt, mangel på kontakt i barnets tidlige udvikling italesættes i forbindelse med forståelsen af sundhed. Men normen og sundhedsforståelserne er ikke stationære og det, der opfattes som sundhedsskadelige forhold, er relativt brede, fordi:

*”[... ] nogle gange bedre at mor hun ryger to cigaretter om dagen og ikke er stresset, end hvis hun er stresset, fordi vi ved hvad stress gør ved et foster. [...] Før var det ’ingen rygning’, og så var det lige meget om mor lå og var fuldstændig dårlig. I dag ved vi, at stress det er noget af det, der påvirker et foster og nyfødt barn rigtig, rigtig meget. Så vi lærer jo også hele tiden noget nyt og verdenen er også bare nuanceret, det er den.” (Bilag 3 – Interview A:6).*

Citatet giver et perspektiv på, at sundhedsplejerskerne arbejder ud fra, at der er en balance i, hvad der opfattes som sundt i den enkelte familie, og en vurdering af, hvad der er bedst for barnet i den enkelte situation. Ny sundhedsvidenskabelig viden udvider hele tiden rammen af, hvad der er sundhedsskadeligt, hvorfor billedet kan være sløret og individuelt. Dette er også i overensstemmelse med virkelighedsopfattelsen af den kritiske realisme, da virkeligheden er foranderlig, men alligevel består af fænomener, der er uafhængige af menneskets opfattelse, ligesom sundhed. Altså at den fysiske eller biologiske sundhed er uafhængig af oplevelsen deraf. Således kan sundhed være forskellig fra individ til individ, som også sundhedsplejerskerne beskriver. Det paradoksale heri handler om, at sundhed først beskrives som familierne oplever det, men samtidig beskrives, at familierne kan falde udenfor det normale. Det vil sige, der synes at være en norm i samfundet såvel som familiens egen oplevelse af sundhed, der står overfor den objektive sundhed, der er empirisk forankret.

Forældrenes sundhed og deres livsførelse videregives til barnet, både som foster, gennem opvæksten, men også gennem hvilke traditioner det tager med i dets senere liv. Hermed er sundhed også noget, der skabes af sundhedsplejerskerne selv, idet de vejleder, rådgiver og udlever den. Ifølge informanterne kan sundhed i familier videregives, eksempelvis at gå på bibliotek, få eftermiddagskaffe med kage, at gå til fitness, at amme eller at være nærværende (Bilag 3 – Interview A:3, 16; Bilag 4 – Interview B:4; Bilag 5 – Interview C:3-4). For nogle vil det ifølge

sundhedsplejerskerne være at give flaske frem for at amme, så længe det er det, der fungerer for familien (Bilag 4 – Interview B:4). Sundhedsplejerskernes sundhedsforståelse handler således ikke nødvendigvis om at fuldamme, som Sundhedsstyrelsen anbefaler, men først og fremmest, om hvordan forældrene er sunde forældre, for at være i stand til at videregive dette til barnet, både opmærksomhed, nærvær og omsorg (Bilag 3 – Interview A:8-9; Bilag 4 – Interview B:4; Bilag 5 – Interview C:3-4).

*”Det er jo hele tiden det der med at arbejde forebyggende og sundhedsfremmende, for at få dem så godt som muligt med, så lige netop ikke skiller sig så meget ud.”* (Bilag 5 – Interview C:3).

Sundhedsplejen forsøger dermed gennem deres kerneopgave at forebygge og sundhedsfremme. Det handler ikke nødvendigvis om en særlig norm for sundhedsplejerskerne, men om en bestemt norm i samfundet, som sundhedsplejerskerne forsøger at guide dem ind i at kunne passe til, for ikke at skille sig for meget ud i samfundet, frem for nødvendigvis fra den sundhed sundhedsplejerskerne arbejder ud fra.

Selvom sundhedsplejerskerne oplever særlige forhold i hjemmet, som i empirien eksemplificeret af hygiejniske forhold eller kolde temperaturer, handler sundhed også om trivsel, behøver et hjem ikke at være rengjort eller opryddet hver dag. Det essentielle er, at familien trives (Bilag 3 – Interview A:11; Bilag 5 – Interview C:18):

*”De her børn er jo holdt af, og derfor er det meste fokus brugt der, så jeg har ikke på den måde været bekymret for børnene isoleret set, men den der kontekst af også forældrene overskud, det er meget sårbart.”* (Bilag 3 – Interview A:11).

Sundhed kan således også overgøres således, at der er for stort fokus på fysisk velvære, at fokus kun er på fitness og sund ernæring, at hjemmet skal se perfekt ud, så børnene ikke kan lege nogle steder, eller at overtænke amning så nærværet til barnet mistes (Bilag 3 – Interview A:3, 15-16; Bilag 4 – Interview B:5-6). Dette nærvær og kontakt til barnet bliver beskrevet en del i fokusgruppinterviewene. Særligt i den fokusgruppe, hvor to sundhedsplejersker arbejder med de særligt sårbare familier.

*”Og det tror jeg faktisk også er en stor del, at man får en tilknytning. Det er også en rigtig vigtig ting, for at man også får en god sundhed, ved at man faktisk har tilhørsforhold til nogen.”* (Bilag 5 – Interview C:4).

Et tilhørsforhold har ifølge sundhedsplejerskerne en særlig betydning, da det uden, kan være farligt

for barnets liv. Et barn der ikke etablerer en rigtig tilknytning, beskrives af en sundhedsplejerske, som sitrende, kiggende væk, og trukket ind i sig selv, hvilket kan ende i at barnet ikke vil spise, derfor ikke tage på i vægt, og dø af sult (Bilag 5 – Interview C:20). Det tyder dermed på, at der ligger nogle alvorlige konsekvenser ved ikke at have kontakt og tilknytning til barnet. Når sundhedsplejerskerne omtaler børn, der er holdt af, må der også være en tilknytning, der fungerer, idet sundhedsplejerskerne derudover ikke er bekymrede. Samtidig beskrives ovenfor, hvordan amning er nedprioriteret i forhold til nærværet til barnet. Alle disse beskrivelser kan således føres tilbage til tilknytningen og kontakten mellem forældre og barn.

De ovenstående beskrevne sundhedsforståelser, der fremgår af interviewene, relateres her til familiernes baggrunde og måder at leve på, hvilke kan udfoldes med den franske sociolog Pierre Bourdieus teori om reproduktion og social ulighed. Hermed bevæges italesættelsen, det vil sige sundhedsplejerskerne erfaringer og observationer, op på et højere erkendelsesniveau, hvor der er fokus på de bagvedliggende mekanismer, der kan være med til at forklare den af sundhedsplejerskerne og de fremhævede pointer skildret om sundhed.

#### *SUNDHEDSFORSTÅELSER GENNEM PIERRE BOURDIEUS PERSPEKTIV*

Her i analysen vil fokus ligge på begreberne kapitaler, habitus og reproduktion, som her kort forklares for at anvende dem i den videre analyse. Ifølge Bourdieu (1986:46-47) er den sociale verden, der er opgjort til agenter, det vil sige individer, der har en arbejdskraft. Denne arbejdskraft er akkumuleret af tre former for kapital, der i samspil afspejler et individs sociale status. De tre kapitalformer er økonomisk kapital, kulturel kapital og social kapital. Den førstnævnte kan eksemplificeres ved penge eller materielle goder, hvilke fysisk kan videregives til individets børn. Den sociale kapital kan ses som de sociale forpligtigelser og forbindelser, som i nogle tilfælde kan omsættes til økonomisk kapital eller titler. Den kulturelle kapital er kulturelle varer, såsom billeder, bøger, instrumenter, institutionelle, såsom uddannelse og skolestiske færdigheder, hvilke ikke direkte kan overføres til individets afkom. Den kulturelle kapital kan derfor ses som en legemliggjort kapital, hvor de andre kapitaler kan konverteres til noget materielt. Kapitalerne kan videregives, mens den kulturelle kapital delvist kan nedarves eller erhverves fra forældrene til deres børn gennem socialiseringsperioden, gennem den sociale klasse og samfundet, men dette tager tid og investering. Ifølge Bourdieu kan kapitalernes virkning kun ses gennem feltets struktur, da det er her habitus, den socialiserede krop, handler. Feltet er altså et 'rum', en arena, hvor der er en ulige fordeling af kapitaler. Indenfor feltet hersker en særlig doxa, en norm, hvor de med højere symbolsk kapital, det vil sige indenfor feltet har bedre anerkendt sammensætning af kapitaler og dermed social status, frembringer egne interesser og

anerkender handlinger efter denne interesse. Habitus er altså de indlejrede erfaringer og handlinger individet har oplevet i et givet felt, og handler altså indenfor feltet. Handlingerne afhænger dog af feltets doxa, altså den norm, der er i feltet, og hvilke handlemuligheder eller arbejdskraft individets kapitaler og dermed ressourcer tillader (Bourdieu 1986:49; Bourdieu 1992:68; Bourdieu 1996:134-141).

Overføres denne relationelle og delvis konstruktivistiske teori til ovenstående empiriske mønstre, kan der drages en forbindelse mellem de empiriske fund. Forbindelsen består i, at sundhedsplejerskernes skildring af, at sundhed er individuelt for familierne og anvender ord som 'livsførelse' og 'tradition', hvorunder der ligger en forståelse af, at familiens forståelse af sundhed er nedarvet eller videregivet og blevet til en tradition. Dette tyder på et implicit perspektiv af, at familien nedarver en bestemt sammensætning af kapitaler, der hersker indenfor den doxa, der er gældende for feltet/familien, hvorfor erfaringer indenfor familien og forståelsen af hvad der er sundt, bliver indlejret i habitus. En familie, det vil sige et felt, hvor det er normen, det vil sige doxaen, at hygge sig omkring eftermiddagskaffe og kage, vil indlejre sig hos børnene som sundhed. I kontrast dertil, vil der for andre familier, der dermed er rammesat af et andet felt, vil anse dét at være top trænet som sundt, og dermed nedarve og indlejre denne forståelse hos sig selv og i deres børn. Samtidig har sundhedsplejersken også en egen habitus med indlejrede erfaringer og har dermed også en egen forståelse af, hvad der er sundt i et felt, som både kan være det videnskabelige, det fagprofessionelle, de overordnede samfundsdiskurser, såvel som familien. Konteksten for sundhed udgør dermed noget individuelt indenfor hvert felt, indenfor hver familie, men også for det enkelte individ, der har egne indlejrede erfaringer i sin socialiserede krop, habitus. Sundhedsplejerskerne skildrer en forståelse af sundhed som en generel trivsel hos børnene og familierne, og dermed et billede af, at der er lignende, om end ikke nødvendigvis overensstemmelse mellem doxa i den enkelte familie, og den doxa, der styrende i samfundet – nemlig en forståelse for sociale behov for støtte og relation, kropslige behov for mad, søvn og bevægelse, samt psykiske behov for blandt andet omsorg og tilknytning.

### FORSTÅELSER AF SOCIAL ULIGHED I SUNDHED

Foruden begrebsliggørelsen og de bagvedliggende mekanismer for italesættelsen af sundhed, er der i interviewene også fokus på social ulighed i sundhed og forståelser heraf. Sundhedsplejerskernes beskrivelser af social ulighed i sundhed kan ikke blot reduceres til antonymet af sundhed. Social ulighed i sundhed rummer meget mere end blot afvigelser indenfor sundhed udtrykket i sig selv lægger op til. Der tilføres i interviewene et element af de livsvilkår eller livschancer et barn opvokser

i, det vil sige den sociale ulighed. Sundhedsplejerskerne beskriver den sociale ulighed i sundhed inden for den klassiske forståelse af social ulighed, nemlig:

*”Vi bliver født ind i forskellige arenaer, så derfor så har vi forskellige uligheder, afhængig af hvor vi bliver født henne. Og dér tænker man jo både socialklasse, økonomi, rammer, sundhed og altså det hele.”* (Bilag 5 – Interview C:4).

Den sociale ulighed i sundhed handler for sundhedsplejerskerne ikke kun om, hvorvidt et barn eller en familie opnår en oplevelse af sundhed eller ej, men det handler meget bredere om deres chancer for at opnå denne sundhed. Det stemmer dermed overens med forståelsen af social ulighed, der defineres som:

*”[...] systematiske forskelle i levevilkår eller livschancer mellem forskellige klasser og grupper. Disse forskelle viser sig ofte mellem mennesker i forskellige sociale positioner. Disse forskellige positioner bliver ofte målt ved hjælp af indkomst, uddannelse og erhverv.”* (Enevoldsen & Jones 2022:9).

Sundhedsplejerskernes forståelse af social ulighed i sundhed stemmer dermed overens med den klassiske forståelse. Sundhedsplejerskerne fortæller dog også om, hvorledes eventuel indkomst og erhverv har en betydning for den sociale ulighed.

*”Fordi har du intet job, så har du ingen penge, og så har du ikke osv. og du har heller ikke noget at stå op til, og det bliver måske for ustruktureret i hele dit liv.”* (Bilag 3 – Interview A:13).

Dette kan således være med til at det er svært for familierne at opnå lighed, hvis de er udenfor arbejdsmarkedet og dermed må have en begrænset indkomst. Dette vil udfoldes yderligere senere. Samtidig kan det ifølge ovenstående citat være svært for familierne at opnå andre ting, herunder sundhed. En sundhedsplejerske forklarer også, hvorledes der er høje krav til sundhed, og at der skal en del til for at opnå denne for nogle familier – *”alle dem der her ressourcerne, kan også synes deres svært at følge med”* (Bilag 4 – Interview B:3). Der er altså mange ting på spil, også hvis en familie egentlig har god social position, økonomisk status og rammer kan det alligevel være svært at opnå en oplevelse af sundhed. Således handler det ikke blot om den økonomiske status, da ulighed i sundhed også handler om de handlemuligheder individet har og et samspil mellem alle ovenstående elementer refereret til som klassisk forståelse. Informanternes italesættelse af ulighed i sundhed kan relateres til Bourdieus teoretiske perspektiv. Her ville der være tale om, at den sociale ulighed i sundhed afhænger

af individernes eller familiernes sociale status i samfundet, altså deres sammensætning af kapitaler til den akkumulerede symbolske kapital (Bourdieu 1996:142). Det vil sige, at på trods af, at en familie har høj økonomisk kapital, kan deres sammensætning af øvrige kapitaler være forskudt således, at de indenfor den sundhedsrelateret doxa i samfundet som felt, ikke har en habitus, der gør dem i stand til at handle i overensstemmelse med den herskende doxa for sundhed. Dette kan have mange årsager, som beskrevet tidligere, at der ikke er 'tradition' eller nedarvet færdigheder indenfor den sundhedsdoxa, der er bestemmende i samfundet. Det kan eksempelvis være, at der ikke er 'tradition' i familien om at besøge læge, fordi det ikke har været en mulighed eller gå i bad, fordi det ikke har været muligt i familien, eller "*[...] man måske ikke har været vant til derhjemmefra.*" (Bilag 5 – Interview C:5). Det er her habitus dannes i forbindelse med, hvilke erfaringer og strukturer individet har indlejret og kan handle indenfor. Denne forståelse kan eksemplificeres gennem familiernes forskellige handlemuligheder. Denne skildring eksemplificerer hvad der også kan kaldes en chanceulighed:

*"Når jeg [Sundhedsplejersken] siger til dem, at I skal snakke med egen læge, men ja, hvordan kommer jeg der, siger hun, jeg kan simpelthen ikke. [Fordi] der faktisk er nogle, der bor helt ude landet, som ingen bil har for eksempel."* (Bilag 3 – Interview A:7).

På den måde er familiens vilkår og handlemuligheder for at sikre egen og børnenes sundhed indskrænket grundet deres ressourcer, her eksempelvis i forhold til at kunne transportere sig til lægelig hjælp. Men dette er ikke det eneste, der skildres som udfordringer af sundhedsplejen. Også udfordringer i forhold til at forældre med psykisk sygdom, sproglige kompetencer, kulturelle forskelligheder, ordblindhed, misbrug, eller forældre der har svært ved mimikken eller at konsekvensberegne (Bilag 3 – Interview A:7; Bilag 4 – Interview B:22; Bilag 5 – Interview C:6). Det handler dog især om ved barnets tidlige udvikling om forældrenes mimik. Mimikken beskrives som vigtig i forhold til at barnet skal spejle sig.

*"De er jo et spejl af hvordan forældrene er."* (Bilag 5 – Interview C:21).

Det vil sige, at de forældre der ikke selv har lært og dermed indlejret kommunikation gennem mimikken, kan ikke selv anvende det. Dette kan ifølge den fortællende sundhedsplejerske føre til, at barnet lukker af, som det var tilfældet, hvis forældrene ikke opnåede tilknytning til deres barn. De tidlige vilkår viser sig ikke nødvendigvis tidligt i barnets liv, men akkumulerer sig ifølge Bourdieu (1986:46; 1996:141) gennem socialiseringsprocessen. Således indlejres de strukturer, der er i familien

som felt sig i barnets habitus, der gør det i stand til at handle fra tidligere erfaringer i feltet. Samtidig nedarves den kulturelle kapital over tid, selvom det ikke nødvendigvis viser sig i barnets første leveår, så kan ”[...] lidt senere [...] når børnene kommer i vuggestue eller videre til børnehave - så kommer udfordringerne” (Bilag 5 – Interview C:5). Sundhedsplejens særlige indgang til familierne er også med til at spotte netop, hvordan social ulighed i sundhed kan vise sig allerede tidlig. Dette vil beskrives yderligere i næste afsnit. Således beskriver sundhedsplejen, hvorledes et barn, der ikke bliver badet tilstrækkeligt i hjemmet og derfor lugter. Dette resulterer i at barnet ikke får opfyldt sit behov for kram, som hun efterspørger, idet hun lugter, fordi andre per instinkt tager afstand fra barnet.

*”[...] ude i daginstitutionen eller dagplejen, der taler vi nogle gange om det, at der er nogle der siger, at hun har også brug for kram, men nej, hun får ikke så lange kram, fordi hun lugter lidt surt. Hun lugter altid lidt aftis. [...] Det der med, at man egentlig mister noget omsorg og noget sundhed i den del og relation, fordi man faktisk ikke bliver vasket derhjemme.”* (Bilag 3 – Interview A:8-9).

Dette er ikke kun en eksemplificering af børn indenfor dets første leveår, der er startet i daginstitution, men en fortælling der går igen og igen i sundhedsplejerskernes fortællinger. Forældrenes livsførelse af at bade barnet videreføres til barnet, hvorfor andre distancerer sig socialt fra barnet. ”[...] de børn bliver præget af det, faktisk hver gang de møder en, der ikke er deres egen familie” (Bilag 3 – Interview A:9). Her viser Bourdieus teoriramme igen, hvorledes en videregivelse eller nedarvning af forældrenes kapitaler og habitus påvirker og former barnets habitus, men også hvorledes barnet begrænses i erhvervelsen af social kapital, fordi de fysisk, ved eksempelvis at lugte, og deres nedarvede kulturelle kapital omkring hygiejne ikke er i overensstemmelse med den doxa barnet møder i eksempelvis daginstitutionen (Bourdieu 1992:66). Dette afspejler særlige sundheds- eller hygiejne-normer som gør sig gældende i samfundet. I familierne kan det at afvige herfra i nogle tilfælde skyldes mangel på struktur eller ’tradition’, for eksempelvis at gå i bad i familien, men i andre tilfælde kan der være mangel på adgang til sæbe. I sidstnævnte tilfælde kan barnet være påvirket af børnefattigdom, hvilket Sundhedsstyrelsen (jf. Problemfelt) påpeger som en determinant for social ulighed i sundhed, men som afgrænses fra i dette speciale. Børnefattigdom omtales i empirien kun som få økonomiske ressourcer, der i en Bourdieus forstand kan reduceres til økonomisk kapital. Empirien udfolder til gengæld forståelsen fra ulighedens mange sider, der udover det økonomiske aspekt også indeholder, hvad der kan ses som kulturel kapital, nemlig sproglige og kulturelle forskelle, der viser sig i barnets sociale kapital og habitus:

*”[...] moderen formåede ikke at få det [ældste] barn i børnehave. [...] Hun kunne simpelthen ikke finde ud af det der med at give hendes barn regntøj på. [...] Og hun kommer fra et land hvor der er godt vejr hele tiden, og så hun kommer til et land hvor det regner ind imellem, så var det svært for hende at finde balancen i at nu skulle man have regntøj på og afsted selvom det regnede udenfor, og også lige få det koordineret med den lille [spædbarn], der også skulle pakkes ind. [...] Så det blev der sat meget fokus på, at det var altså vigtigt for det her barn at komme i institution for at få lov til at socialisere sig.*

*[...]*

*Det er vel også en skævvridning, uanset hvad det er der gør, at barnet holdes hjemme.”*  
(Bilag 4 – Interview B:7).

Her viser sig en anden problematik, nemlig en problematik i, at et barn ikke kommer i daginstitution. Barnet begrænses grundet forældrens handlemuligheder. I ovenstående begrænses barnet i sin sociale såvel som kulturelle kapital ved ikke at komme i daginstitution og socialisere med andre børn og lære at kommunikere sprogligt samt lærer de sociale og det institutionaliserede liv, og derved de strukturer og doxa der er gældende i samfundet. Det vil sige, at forståelse for samfundet og socialisering ind i samfundet også er en del af at kunne forstå og handle indenfor det gældende felt såvel som doxa. Derved må børnene i en tidlig alder allerede lære og dermed indlejre samfundets spilleregler eller doxa for at kunne følge dem, eksempelvis at gå i bad. Det er her sundhedsplejerskerne beskriver deres arbejde ved sige: ” [...] *hvordan får vi motiveret den her familie? hvordan får vi vækket motivationen hos jer? hvad skal der til og hvilke mål er vigtige for jer? ...at så nogle frø.*” (Bilag 3 – Interview A:23). Derudover blev det også beskrevet tidligere, at sundhedsplejen også er med til at hjælpe familierne, så de *ikke skiller sådan ud*. Dette selvom udfordringerne ofte først ses senere i institutionerne, hvor deres hverdag, struktur, adfærd ikke falder ind i de institutionaliserede sociale normer og adfærd, der er herskende i den danske velfærdsstat (Bilag 3 – Interview A:9; Bilag 5 – Interview C:5-6). Dette kan dog også bevæge sig i den anden retning. Dermed menes at der i sundhedsplejerskernes forståelse også eksempelvis kan være for meget struktur, og fokus på den omkringliggende doxa, når der eksempelvis er tale om amning, hvor der viser sig en tendens af, at nogle mødre har sværere ved at få amningen til at fungere.



*”[...] jeg tænker kvinder der har uddannelse og karriere og sådan noget, de har ikke tid til at amme, de har ikke tid til at sidde i sofaen. Hvor jeg nogle gange oplever, at de der ikke har så mange, de har mere nærvær.*

*... eller at de overstuderer det og vil gøre det så perfekt, at det faktisk mislykkes, hvor de andre måske har en mere afslappet tilgang.”* (Bilag 4 – Interview B:5).

Dette er dermed ikke i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens kvantitative resultater omkring sammenhængen mellem uddannelsesniveau og amning, så desto højere uddannelsesniveau moderen har, des højere er sandsynligheden for at barnet fuldammes. I et teoretisk perspektiv er der dog tale om, at de omtalte mødre i ovenstående citat heller, omend de har høj kulturel kapital grundet deres uddannelsesniveau, ikke nødvendigvis har en habitus der gør dem i stand til at handle i overensstemmelse med den herskende sundhedsdoxa i samfundet og derfor kan de på trods af deres ellers høje kapitaler blive afvigende.

Opsummerende handler sundhed ikke kun om fravær af sygdom, og heller blot om en oplevelse af fysisk, psykisk og socialvelbefindende. Sundhed handler ifølge sundhedsplejerskerne om den enkeltes forståelse af sundhed, det vil sige om de fysiske behov, såsom mad, bevægelighed og søvn, de psykiske behov for omsorg og tilknytning, og de sociale behov for støtte og relation. Disse er blot nogle af de af sundhedsplejens beskrevne forhold – sundhed er individuel for den enkelte familie. Men samtidigt beskriver sundhedsplejerskerne også afvigelse i form af forskellig fordeling af kapitaler, som eksempelvis at badning ikke bliver prioriteret af familien, hvorved familierne dermed ikke lever op til normerne i samfundet, så har det konsekvenser for barnets muligheder. Dette kan være udfordringer i relationsdannelsen med andre. Dette forsøger sundhedsplejen at hjælpe familierne med, så de *ikke skiller sig så meget ud*. Men ved at beskrive dette er de også med til at reproducere afvigelserne. Mens disse forståelser er en bred forståelse af sundhed, viser empirien også, at forståelsen af social ulighed i sundhed er mindst lige så bred. Social ulighed i sundhed indeholder nemlig ikke blot den klassiske forståelse af enten sundhed eller social ulighed, men det handler om en kombination af alle disse forhold. Forhold der påvirker den sociale ulighed i sundhed, handler i høj grad om familiens handlemuligheder, hvilket er bestemt af et utal af faktorer, som udover økonomi, netværk og uddannelse, det vil sige de af Bourdieu beskrevne kapitaler, der akkumuleret henviser til den sociale position. Den sociale ulighed i sundhed handler således om sammensætningen af kapitaler og indlejrede erfaringer fra felter, der er i overensstemmelse med den herskende sundhedsdoxa i samfundet. At en familie har oplevet, erfaret og indlejret disse erfaringer omkring hvad

sundhed er således bestemmende for deres senere sundhed. Sundhed er opnåelse af de basale fysiske, psykiske og sociale behov. Disse erfaringer gør individerne i stand til at handle indenfor samfundet og den sundhedsforståelse der hersker i samfundet. For at være tro mod erkendelsen af disse forståelser om sundhed og social ulighed i sundhed skal disse ses betinget og som blot én af de forbindelser der kan forklare sundhedsplejerskernes italesættelse af social ulighed i sundhed, og fænomenet i sig selv.

## DEL 2 – SUNDHEDSPLEJENS ARBEJDE OG ROLLE

Sundhedsplejen har en helt særlig opgave og indgang til familierne, som allerede nævnt. I dette afsnit vil jeg belyse og analysere, hvorledes sundhedsplejen håndtere deres arbejde med social ulighed i sundhed, og hvad der kan forklare deres håndtering. Den særlige indgang viser sig i, at et fåtal af børnefamilierne i Danmark takker nej til sundhedspleje, selvom dette blot er et tilbud. Sundhedsplejerskerne arbejder systematisk i familierne ved at rådgive på Sundhedsstyrelsen anbefalinger og kommunernes egne standarder, og deri være forebyggende og sundhedsfremmende. Arbejdet indebærer udover rådgivning og vejledning også monitorering af børnenes udvikling. De har altså et ret stort men også bredt arbejdsområde, der mest af alt foregår i familiernes hjem. Det betyder også, at sundhedsplejerskerne ikke er ”[...] *behandlere eller myndighed.[...] vi er tidlig indsats og opsporing.*” (Bilag 4 – Interview B:20). Sundhedsplejerskerne følger børnefamilierne under graviditeten, efter fødslen, i folkeskoletiden, samt hvis der herudover er behov for sundhedsplejens støtte (Bilag 3 – Interview A:4; Bilag 4 – Interview B:5; Bilag 5 – Interview C:2). Hvis der her opstår nogle bekymringer, kan sundhedsplejerskerne, som tidligere nævnt, trække på andre faggrupper og tværfaglige samarbejdspartnere. ”*Så lidt afhængig af hvilken boldgade det er, er det jo sammen med familien vi finder ud af, hvilke tråde er det, vi skal trække.*” (Bilag 3 – Interview A:20). En vigtig forudsætning for at kunne hjælpe familierne er familiernes motivation. Som en sundhedsplejerske med over 25 års erfaring i feltet beskrev:

*”[...] hvis vi synes de har et problem, og gør noget ved det, så hjælper det ingenting. Men hvis de selv har en motivation for at lave en forandring, så er det dér, vi skal stå til rådighed.*

*Vores arbejde består i, hvordan får vi motiveret den her familie? hvordan får vi vækket motivationen hos jer? hvad skal der til og hvilke mål er vigtige for jer?”* (Bilag 3 – Interview A:23).

Deri ligger et stort arbejde. Længst synes sundhedsplejerskerne at komme med fire elementer – *respekt, anerkendelse, støtte og kommunikation* (Bilag 3 – Interview A:5; Bilag 4 – Interview B:4, 9; Bilag 5 – Interview C: 3, 10). Det handler om at få:

*”[...] et fælles forståelsesgrundlag. Hvorfor er det? Det handler jo ikke om at sige, at dit barn skal i bad to gange om ugen, men det handler om at sige, at dit barn er genert af sin hud fordi den klør. Så hvad tænker du? Nårh det skal i bad! Men nogle gange er det jo helt derved vi skal.”* (Bilag 3 – Interview A:15).

Deri ligger tilgangen, der er beskrevet omkring sundhedsforståelsen i forrige afsnit – forståelsen og tilgangen er individuel, men samtidigt ligger der bagvedliggende mekanismer, hvor sundhedsplejen gennem sin tilgang forsøger at lade forældrene ’opdage’ hvad der forårsager der sundhedsplejersken italesætter. Herved søger sundhedsplejersken støtte familierne deri. Derved støtter sundhedsplejen forældrene i at hjælpe deres børn til at passe ind i samfundets norm, og derved give børnene de bedste muligheder og sørge for de ikke bliver afvigende. Som beskrevet i forrige analysedel, kan dette resultere i at det bliver ekskluderet fra fællesskaber eller i værste tilfælde afgå ved døden. Dermed har sundhedsplejerskerne en dobbeltrolle i at støtte forældrene og lade dem finde vejen ind i samfundets normer for sundhed og social position, men samtidig have en monitorerende rolle og til opgave at sikre barnets udvikling. Det ville dog ikke skabe progression og hjælp til familierne, hvis sundhedsplejerskeren havde en myndighedsrolle eller prædikede en bestemt sundhed eller forståelse, som kunne opleves som moraliserende eller styrende, da familierne så kunne tage afstand fra indsatsen og dermed ville de måske bliver mere marginaliseret. Der er behov for forståelse og anerkendelse for forældrene, også for at sikre deres indgang i familien. Dette vil udfoldes yderligere senere.

Det viser sig dog også, at ikke alle forældre har den mentaliseringsevne, der gør, at de kan se forholdene, sundhedsplejersken oplever problematiske som sådanne, såvel som at kunne reflektere og sætte sig i barnets sted (Bilag 5 – Interview C:19). Dette kan eksempelvis være at forældrene ikke selv ville kunne komme til konklusionen, at barnet skal i bad, hvis dets hud klør, som beskrevet tidligere. I nogle tilfælde betyder det, at sundhedsplejersken er nødt til at underrette familien til en myndighed i den kommunale forvaltning, lægen eller politiet. Ofte vil dette svække tillidsbåndet mellem forældrene og sundhedsplejersken risikerer at blive ’smidt ud’ af familien, og dermed ikke kun følge barnet og sikre dets udvikling (Bilag 5 – Interview C:7). Meget af arbejdet handler således også om relationsdannelse og den måde der bliver kommunikeret på:

*”Vi er så afhængige af at få den gode relation i familierne, men det kan vi jo ikke gøre for, fordi vi er også forskellige som kollegaer [...] Det er også det med kemi, og det ved vi jo alle sammen, at der bare er nogle familier man klikker bedre med end andre, og nogle gange går man lidt længere, der hvor man klikker lidt bedre, og hjælper lidt mere.” (Bilag 5 – Interview C:10).*

*”Og så er der dem [familier], hvor vi siger okay, og så laver lige en undtagelse her, fordi ellers ved vi, at vi ellers ikke får set det barn. Og det er det værd” (Bilag 3 – Interview A:8).*

Det er altså indenfor sundhedsplejen en klar forståelse, at relationen er vigtig, og relationsdannelsen er med til at gøre en forskel hos familierne. Deri skal sundhedsplejerskerne eventuelt gøre en undtagelse, gøre mere eller være fleksible, men det er det, der er med til at skabe en forskel – for sundhedsplejersken og dermed måske også familien, der kan få den støtte de har behov for. Hvordan de gør det, beskrives kort men præcist af to forskellige sundhedsplejersker:

*”Vi har ikke andre end os selv. Så har vi selvfølgelig en vægt og et målebånd, nogle pjecer og nogle anbefalinger vi taler ud fra, men ellers så er det jo måden vi taler med forældrene på, og når barnet bliver en vis alder, også måden vi taler med barnet på.” (Bilag 5 – Interview C:3).*

*”Det er sådan lidt efter Gefühl, ikke. Nogle gange kan man godt komme ud i en familie, og så har man sådan en mavefølelse om et eller andet.” (Bilag 4 – Interview B:8).*

Sundhedsplejerskerne bruger dem selv, som personer, rigtig meget. Relationer er en personlig fremfor en faglig kvalitet. Derfor bruger de ikke kun deres faglighed og deres redskaber i form af en vægt, et målebånd eller andre monitorerings- eller screeningsværktøjer, men også meget af dem selv. De bruger dem selv, deres mavefølelse og skal ved hvert besøg ved en familie finde ud af, hvordan de kommunikerer sundhedsforebyggelse og italesætter den rette støtte, så familierne føler sig anerkendt, støttet og motiveret. Der ligger altså et helt særligt arbejde i sundhedsplejerskernes hænder, end blot en forebyggende og sundhedsfremmende opgave i at sikre børns trivsel. Dette beskriver en sundhedsplejerske, at de også ved og fokuserer på afkodningen af familierne, så de er bevidste om det denne.

*”[ved et besøg i familien] sidder vi jo ret hurtigt og afkode hvordan skal vi tale til de her forældre, hvad er de optagede af. Og det er vi ret gode til, det kan jeg ikke altid,*

*men det meste af tiden. Det er sådan nogle opmærksomhedspunkter hele tiden. og vi bruger jo kommunikation [...]” (Bilag 5 – Interview C:3).*

Mens ovenstående vidner om, at sundhedsplejerskerne er bevidste om at afkode forældrene. Samtidig er de bevidste om kommunikationens vigtighed såvel som hvad de hver især skal være opmærksomme på. Dermed bruger de sig selv og deres evne til at afkode korrekt, og dermed reflektere over deres evne dertil.

Den i dette afsnit beskrevne praksis kan beskrives gennem teoretiske perspektiver, der skal være med til at konkretisere og forklare sundhedsplejerskernes tilgang til familien og hvilken rolle sundhedsplejen dermed har i arbejdet med social ulighed i sundhed blandt børn. Ovenstående viser, hvorledes sundhedsplejen har en faciliterende rolle, idet de ikke er hverken behandler eller myndighed, og med opsporende og forebyggende. Således forebygger sundhedsplejerskerne også social ulighed i sundhed ved at bruge sig selv, relationsdanne samt kommunikere anerkendende og respektfuldt. Ud fra sundhedsplejerskernes udsagn og de tendenser og mønstre, der viser sig i empirien, kan det interaktionistiske perspektiv bidrage til en forståelse af, hvordan sundhedsplejerskerne bruger interaktionen mellem sig selv og familien i deres arbejde, og samtidig anvender et systemteoretisk perspektiv til at se familien som helhed.

### SUNDHEDSPLEJENS TILGANGE I DET SOCIALE ARBEJDE

For at komme sundhedsplejerskernes praksis nærmere og forbinde de empiriske udsagn og tendenser tilføres nu to perspektiver indenfor det sociale arbejde, der skal være med til at klarlægge sundhedsplejens tilgang til børnefamilierne i arbejdet med social ulighed i sundhed blandt børn. Nordmændene Gunn Strand Hutchinson og Siv Oltedal giver i deres bog en introduktion til perspektiverne i det sociale arbejde, mens de forsøger at gøre det så praksisnært som muligt (Hutchinson & Oltedal 2017:13, 91). Hutchinson og Oltedal (2017:91-92) beskriver interaktionismen<sup>2</sup> gennem fire hovedbegreber. For det første handler det om *situationsdefinitionen*. Situationsdefinition handler om, at de to interagerende parter definerer situationen, og at denne definition har betydning for, hvordan de to parter agerer i situationen. Det andet kendetegn ved interaktionismen er *at tage den andens perspektiv*. Dette kendetegn handler om at kunne føle empati for den anden interagerende part, og dermed forstå og sætte sig ind i den andens følelser. Det tredje

---

<sup>2</sup> Mange større teoretikere såsom Georg Simmel, Erving Goffman, Georg Herbert Mead, bevæger sig indenfor interaktionismen, og interaktionismen beskrives her som perspektiv, om end der er store teoretikere, såvel som nuancer i interaktionismen.

kendetegn er *refleksion til handling*, der handler om at anvende erfaringer fra tidligere interaktioner til at interagere i den præsente situation. Det fjerde og sidste kendetegn er *arbejdsrelation*. Arbejdsrelation er et kendetegn, der er beskrevet ved at de interagerende parter oplever at arbejdsrelationen, eller med et andet ord samarbejde, er meningsfuldt. Arbejdsrelationen må opbygges ved at skabe rammerne for udvikling med hjælp af tillid. Når denne er opbygget, vil parterne være enige om at fortsætte samarbejdet, og rammerne for der kan skabes udvikling i relationen (Hutchinson & Oltedal 2017:91-93). Indenfor interaktionismen og forståelsen af interaktioner mellem individer, er der dog altid en usikkerhed omkring, at en af parterne i interaktionen kan opfatte situationen eller handlingen anderledes end forventet eller tiltænkt, såvel som at parten selv kan misforstå eller tolke den anden part, situationen eller handlingen anderledes. Derfor må begge parter også respektere denne usikkerhed i interaktionen (Hutchinson & Oltedal 2017:124-128). Dette kan dermed også være med til at forklare sundhedsplejerskernes forståelse af, at ”[...] vi starter med at sige hvor er familien henne, på hvilket udviklingszone er de og hvor kan vi arbejde med så det hjælper dem.” (Bilag 3 – Interview A:14). Her kan alle kendetegn i interaktionismen eksemplificeres. Dét at sundhedsplejen må lytte til familien og definere deres udviklingszone, er med til at definere situationen og sætte rammerne for arbejdsrelationen, mens deres tilpasning af råd og vejledning afspejler en refleksion i handling såvel som at føle empati for den anden. Det interaktionistiske ligger dermed i høj grad mellem deres fortællinger om deres ageren, hvilket også gør, at der også er implicite dele af sundhedsplejerskernes arbejde, der ligger Sundhedsplejens indgang til familierne. Som beskrevet, er sundhedsplejens indgang at vejlede og rådgive familierne om sundhed, og derved være sundhedsfremmende og forebyggende, så barnets udvikling sikres. Denne næsten definition af sundhedsplejen er med til at situationsdefinere for familierne, at sundhedsplejen hverken har en myndigheds eller behandlende rolle, men fungere mere faciliterende, og visiterer til eventuelle andre faggrupper, hvis nødvendigt. Dette kan også være med til at skabe tillid i arbejdsrelationen, da sundhedsplejen ikke har handlemulighederne som en myndighedsrolle eksempelvis, som ofte ifølge sundhedsplejerskerne omtales som ”[...] den der kommune dame.” (Bilag 3 – Interview A:21). Ud fra sundhedsplejens definition er dele af situationen allerede defineret såvel som arbejdsrelationen mellem den enkelte sundhedsplejerske og familierne. Ifølge interaktionismen må der dannes nogle trygge rammer for arbejdsrelationen for at udvikling er muligt. Dette gør sundhedsplejerskerne først og fremmest ved at komme ud i familiernes hjem til det nyfødte barn. Dette er også for at se familiens omgivelser, men er også med til at sikre en tryghed for familierne. Ydermere forsøger sundhedsplejerskerne ved at skabe et fælles forståelsesgrundlag for sundhed, såvel som deres

udviklingszone, der gør at sundhedsplejerskerne bevæger sig på familiernes niveau, ved netop at reflektere over hvad de er i stand til. Deri bruger sundhedsplejerskerne deres erfaringer som fagperson og privatperson, deres mavefornemmelse, til at danne en relation til familien. Allerede deri har sundhedsplejerskerne indtaget to af elementerne i interaktionismen, nemlig at tage den anden perspektiv, såvel som refleksion i handling. Hvis ikke sundhedsplejerskerne reflekterer over i forhold til familiens handlinger og reagere derpå, eksempelvis ved at bevæge sig hen på samme udviklingsniveau eller antage samme sundhedsforståelse som hersker i familien, og derved sætte sig i familiens sted. Sundhedsplejerskerne fortæller dog også om en stor variation i, hvorvidt der er overensstemmelse i situationsdefinitionen, at tage den andens perspektiv, refleksion i handling eller arbejdsrelationen, som eksempelvis, når sundhedsplejen bryder arbejdsrelationen og den tillid der er en del heraf, og underretter familien uden at forældrene er enige, eller sundhedsplejersken *klikker* bedre med nogle familier, og derfor yder en større hjælp (Bilag 5 – Interview C:7, 10).

Udover en interaktionistisk tilgang kan sundhedsplejens praksis også ses i et systemteoretisk perspektiv. Systemteorien beskrives af Hutchinson & Oltedal (2017:257-258) som rådende over den kontekst og de sammenhænge mennesket lever og handler indenfor. En familie kan derfor anskues som et system – ”[...] en gruppe af mindre enheder, som tilsammen danner en koordineret eller samvirkende helhed.” (Hutchinson & Oltedal 2017:257-258). En familie kan ses som et socialt system. Et socialt system har en struktur, der varer ved i en periode eller har en regelmæssighed. Derudover rummer det sociale system en social struktur, det vil sige en gruppe af individer, som kan skelnes fra andre grupper. Indenfor systemteorien er der fire centrale begreber: helhed, kontekst, tilpasning til det eksisterende, og en passende forskel til at skabe forandring. Førstnævnte handler om, at familien eksempelvis ses som helhed og et system bestående af forskellige medlemmer, som dele af systemet. Det centrale heri er, at fokus er på hvordan de forskellige dele, det vil sige familiemedlemmer, påvirker hinanden, som system. Det andet begreb tager afsæt i den sammenhæng, der handles indenfor. Det vil sige, at det centrale for kommunikation mellem to parter er at kontekstafklare, så man befinder sig indenfor samme ramme. Tilpasning til det eksisterende, der ifølge Hutchinson & Oltedal er endnu et centralt begreb indenfor systemteorien, rummer en forståelse af, at verdenen genfinder sin egen balance, hvis der skulle være en ubalance. Dertil kommer begrebet omkring en passende forskel til at skabe ændring, som handler om at tilpasse forslag til ændring, så den anden part kan rumme dem i sin ramme. Det vil sige, at tilpasse ændringer, så den anden part kan tage dem til sig og tilpasse dem sin egen ramme, og handler derefter. Det er først, når ændringen kan

ses, at det kan afgøres, om forslaget til ændring var tilstrækkeligt tilpasset (Hutchinson & Oltedal 2017:257-260).

Sundhedsplejen kan siges at arbejde med en systemteoretisk forståelse af helhed, og arbejder med familien som system – ”*Man kan ikke sige det kun er far der ligger syg på sofaen, nej, fordi så skal de her børn tage hensyn, fordi far skal hvile sig*” (Bilag 3 – Interview A:18). Som beskrevet tidligere – hvis ikke familien er motiveret, hjælper det ikke. Familien ses af sundhedsplejerskerne som en helhed. Men dette kan familien dog alligevel ikke reduceres til, da der mest af alt er fokus på at arbejde med forældrene, da det er dem, der sætter rammerne for familien, og det vil sige, det system barnet bliver stor i. Som en sundhedsplejerske, der arbejder med de mest sårbare familier fortæller: ”*Der er meget fokus på hvordan forældrene har det, for at vi kan sikre at barnet får den mest optimale sunde barndom*” (Bilag 5 – Interview C:3). Dermed arbejder sundhedsplejen i arbejdet med at sikre barnets udvikling aktivt med forståelsen af forældrene og barnet som dele i familien som helhed, der påvirker hinanden. Samtidig søger sundhedsplejen også at forstå familiens kontekst, forstået som familiens sundhedsforståelse, for at videreformidle egen kontekst for eksempelvis Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Dette gøres ved at sundhedsplejerskerne forsøger at foreslå forældrene ændringer, men uden at forslå dem direkte. Dette kan eksemplificeres ved tidligere beskrivelse af, at sundhedsplejerskerne fortæller om, at barnets hud klør, men deri lade forældrene selv komme med løsningen af, at barnet skal i bad. Derved skabes forandring, selvom det har været indirekte. Sundhedsplejerskerne beskriver gentagende gange, at det er forældrene selv, der finder de bedste løsninger, og at sundhedsplejen blot rådgiver og vejleder, men ikke bestemmer over familierne selv (Bilag 3 – Interview A:5; Bilag 4 – Interview B:9). Alligevel foreslår sundhedsplejerskerne hjælp i form af en række tilbud, indsatser eller samarbejder med andre faggrupper. Sundhedsplejerskerne beskriver også, hvorledes der nogle gange skal gentagne besøg og forslag til hjælp fra andre til for at forældrene takker ja. Dette vidner om, at sundhedsplejerskernes forsøger på forskelligvis at tilpasse en forskel for at skabe ændring, som er et kendetegn ved systemteorien. I nogle tilfælde vil forældrene også udøve modstand mod forandringen, der i systemteorien kaldes homøostase, hvor familien ønsker at være i en ligevægtstilstand (Hutchinson & Oltedal 2017:278). Kritisk kan det dog endnu ses, at sundhedsplejen beskriver at se familien som helhed opgjort i delene bestående af forældrene og barnet, mens der måske nærmere er tale om to strukturer, hvorimellem der hersker en ulige balance i afhængighed. Dermed menes, at barnet i sin tidlige udvikling er fuldt afhængigt af forældrene, mens forældrene i sig selv er uafhængige dele i forhold til barnet. En sundhedsplejerske beskriver også, hvorledes andre individer – ” *[...] der har måske været en lærer, en farmor, en nabo, en måske*



*kammerats forældre, som har set det barn, og som har gjort en lille ting, der gør [...] en himmel til forskel for det barns udvikling på sigt.*” (Bilag 3 – Interview A:10). Her beskrives hvorledes barnet faktisk kan blive påvirket af andre individer, som ikke indgår i den enkelte familie eller sociale system. Hypotetisk kan der således indenfor det systemteoretiske perspektiv være tale om to sociale systemer, hvor familien er det ene, mens barnet indgår i flere strukturer, og påvirkes mere af et andet socialt system. Derfor kan der ses kritisk på, hvorvidt den systemteoretiske forståelse i praksis er det, der ligger bag sundhedsplejens sociale arbejde.

Opsummerende kan det siges, at der er identificeret to teoretiske tilgange i sundhedsplejens sociale arbejde. Disse er præsenteret gennem Gunn Strand Hutchinson og Siv Oltedals beskrivelser af interaktionismen og systemteorien. De empiriske udsagn er med til at give et perspektiv på sundhedsplejens praktiske sociale arbejde, og dermed er interaktionismen og systemteorien med til at give bud på de generative mekanismer, der ligger forud for sundhedsplejerskernes håndtering af social ulighed i sundhed. Der kan således identificeres forskellige elementer af interaktionismen i sundhedsplejerskernes udsagn omkring deres arbejde med social ulighed i sundhed. Deres særlige rolle og interaktion indenfor denne er dermed også med til at skabe en form for social ulighed i sundhed, da interaktionerne og de elementer interaktionismen er opgjort af, påvirkes af mange forskellige dele, såsom situationsdefinitionen, sundhedsplejerskernes brug af sig selv, mulighed for at tilpasse sig og føle empati i situationen såvel som samarbejdet mellem sundhedsplejerske og familie. Dette er særligt gældende, fordi sundhedsplejerskerne bruger dem selv, som fagperson og privatperson som redskab til at udføre deres arbejde, og derfor også vil bibringe nogle personlige elementer såsom *at klikke bedre* i nogle familier end andre. Sundhedsplejens arbejde er meget mere end arbejdsdefinitionen af forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Hele deres tilgang til familien og forståelsen af familien som helhed, forståelsen for forældrenes kontekst, deres sundhedsforståelse. Hele tiden at tilpasse sig forældrenes forståelse og forsøge at tilpasse deres tilgang og forslag til forældrene til det giver mening for dem, og de tager i mod. Dog synes det ikke at fremgå af sundhedsplejerskerne udsagn hvorvidt de har en forståelse af, at verdenen genfinder sin egen balance, hvis den går i ubalance. Familien synes dog gennem sundhedsplejerskernes udsagn at kunne anskues som helhed, hvis familien ses som bestående af to strukturer, da barnet også kan påvirkes af andre, udenfor familien som socialt system.

## SUNDHEDSPLEJENS ROLLE SOM INSTITUTION

Nu er sundhedsplejens sundhedsforståelse, perspektiv på social ulighed, såvel som deres praktiske tilgang i deres sociale arbejde beskrevet. Alligevel må der dykkes dybere ned i de generative mekanismer bag sundhedsplejerskernes italesættelser og håndtering af social ulighed i sundhed indenfor barnets første leveår. Det kan dog stadig sættes spørgsmålstegn ved, hvordan de opretholder deres faglighed indenfor institutionens rammer og samtidig har et helhedsorienteret billede af familien og sætter sig ind i deres sundhedsforståelser. Sundhedsplejerskerne beskriver gerne deres praksis, og hvordan de arbejder. Sundhedsplejerskerne i fokusgruppeinterviewene fortæller om deres arbejde i sundhedsplejen:

*”Helt generelt arbejder vi jo sundhedsfremmende og forebyggende, og har jo fokus på basale behov. Altså søvn og ernæring og...” (Bilag 4 – Interview B:2).*

Af citaterne fremgår det tydeligt, hvordan sundhedsplejerskerne ser deres arbejde som defineret af fysiske basale behov. Som første del af analysen viste, er det dog ikke det eneste, der er gældende for sundhedsplejerskernes arbejde. I praksis er der mange flere ting på spil.

*”Personligt kan jeg også nogle gange synes det er rigtig fint med lovgivning, anbefalinger og så videre, men sådan ser virkeligheden altså bare ikke altid ud.*

*Men så ville vi også have 13 forskellige måder at gøre tingene på. Og det er der, hvor vi har vores udfordringer.*

*Men i og med at vi har vores kvalitetsstandard, så er vi blevet betydelig mere ensartet, og fremstår mere som én samlet sundhedspleje.” (Bilag 3 – Interview A:24).*

Her fremgår det klart, hvordan sundhedsplejerskerne har et personligt, men også faglig holdning til sundhedsplejens struktur, og hvordan det organisatorisk bedst fungerer. Citatet referer også til forrige afsnits pointe omkring, at der også er forskelle i relationen mellem sundhedsplejerskerne og familierne, da sundhedsplejerskerne er forskellige og i og med, at et af de vigtigste redskaber er at bruge sig selv, så vil sundhedsplejens personlighed også påvirke arbejdet og derfor forskelle i arbejdet. Samtidig mener sundhedsplejerskerne i udsagnet, at om end der er retningslinjer gennem lovgivningen, anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen eller kvalitetsstandarder i kommunerne, men alligevel handler det om mere. Det handler ifølge informanterne også om både hvad den enkelte sundhedsplejerske “[...] har med sig” (Bilag 3 – Interview A:4), men også hvad familierne har med sig:

*”Vi kan ikke bare sige, nu har vi nogle store forkromede planer her, det skal bare passe det ind og så sidder de og tænker ja hallo. Men sidder vi og tænker det ene eller andet alle sammen.*

*Det skal ligesom give sammenhæng og mening for den enkelt familie. Hvis ikke det giver mening for dem hr og nu. Så er der ingen motivation for forandring og ændringer. Så hellere realistiske steps og de oplever succes, end nogle store forkromede planer, for at indfri kommunens målsætninger og så videre. Vi bliver nødt til at tage afsæt i den enkeltes udgangspunkt.” (Bilag 3 – Interview A:4-5).*

Citatet bakker op om pointen fra første del af analysen om det individualiserede syn på familierne, og pointen fra tidligere i afsnittet, omkring det systemteoretiske perspektiv og interaktionistiske perspektiv, omkring at sætte sig ind i andres sted. Selvom sundhedsplejerskerne er bevidste om kommunens kvalitetsstandard og Sundhedsstyrelsens anbefalinger handler det alligevel om at tage afsæt i familiens forståelser og familiens behov. En sundhedsplejerske fortæller om at koble sin viden, og erfaring men alligevel lytte til familien, der i dette tilfælde taler om sundhed:

*”Jeg synes jo flere år jeg er sundhedsplejerske, jo mere trækker jeg over til at det er den psykiske sundhed, der faktisk er grundlaget for min sundhed. Men det kan ikke stå alene altså så igen tage udgangspunkt i hvad for nogle værdier, grundlag eller dem der ligger idéelt til familien i dag – hvad sundhed er for dem lige nu? Det synes jeg er meget vigtigt at jeg ikke kommer og definerer hvad det er for mig.” (Bilag 3 – Interview A:4).*

Her viser det sig, at sundhedsplejersken i ovenstående citat har flere dele, der er determinerende for hendes udførelse af arbejdet og ikke blot Sundhedsstyrelsens anbefalinger. På tværs af interviewene bliver det dog også klart, at sundhedsplejerskerne også må balancere mellem egen viden og erfaringer, familiens handlemuligheder, være tro overfor familien, egen faglighed samt de øverste retningslinjer og anbefalinger.

*”Altså vi skal jo fortælle ud fra hvad Sundhedsstyrelsen anbefaler. Vi skal gå ud og anbefale til familierne, men vi skal også passe på med ikke at dunke dem i hovedet, fordi de får det jo også dårligt, hvis det ikke lykkes for dem. Hvis det nu ikke føles rigtigt for dem, så det er jo også vigtigt at støtte og anerkende dem, fordi de kan jo være lige så gode mødre hvis de giver flaske som at amme.” (Bilag 4 – Interview B:4)*

*”Samtidig have en faglighed, og kunne stå inde for denne faglighed, og bevare den. Det er også noget vi har snakket meget om, fordi behovene er så forskellige, men vi må også gerne komme af en grund. Vi skal jo ikke komme for at sige det de siger. Så en balance i det at møde dem, men stadigvæk arbejde ud fra de anbefalinger ala Sundhedsstyrelsen, og tro på vores faglighed, og stadig møder nogen.”* (Bilag 4 – Interview B:9).

Ovenstående peger i retningen af, at der er en vis forståelse af, hvad sundhedsplejen skal, men også noget iboende eller indlejret i sundhedsplejerskerne, der gør de identificerer sig som og med en bestemt praksis, når de referer til deres faglighed. Balancen mellem de retningslinjer sundhedsplejerskerne arbejder indenfor, deres egen faglighed, der netop handler om barnets udvikling, basale behov og deri sundhedsfremme og forebygge, som tidligere nævnt. En sundhedsplejerske med bred erfaring fra flere kommuner over 20 år fortæller om, hvordan deres uddannelse som først sygeplejerske og herefter sundhedsplejersker er med til at skabe refleksionen fra forrige citat mellem faglighed og familiens behov og retningslinjer for deres arbejde:

*”[...] nogle gange, så skal vi huske på, hvad det er, vi uddannede til - at vi skal være uddannelse til at være sundhedsplejersker og kommer ind til benet, ikke også. Eller altså hvad er vores kerneydelser?”* (Bilag 3 – Interview A:2).

Sundhedsplejersken sidestiller dermed uddannelse og faglighed med sundhedsplejens kerneydelse. Altså den at sikre barnets udvikling ved den sundhedsfremmende og forebyggende indsats. Der ligger noget implicit i at omtale kerneydelsen og sundhedsplejens faglighed ved at *skulle huske hvad vi er uddannede til*. I balancen mellem at lytte til familien, tage deres perspektiv og tilpasse sine forslag til ændringer ved at holde motivationen og italesætte det sundhedsplejerskerne ser problematiske, men alligevel holde sin faglighed og indenfor retningslinjerne. Dertil bruger de deres *”[...] viden omkring hvad er det der er bedst for det enkelte barn altså spædbarn eller unge mennesker også.”* (Bilag 3 – Interview A:4). Deres viden eller erfaringer spiller dermed også ind i deres delvist systemteoretiske og interaktionistiske perspektiv på familierne, at tage udgangspunkt i den enkelte familie. I empirien er mødet beskrevet således:

*”Jeg tænker også rigtig meget respekt ind over, selvom vi er fagpersoner og selvom vi skal vejlede på Sundhedsstyrelsen, selvom vi skal være alt muligt, så skal man jo bare lige vende kameraet om 180 grader, så hvis jeg sidder over for en fagperson, hvordan vil jeg så gerne mødes. Alle sammen kan have det svært og så har jeg respekt for at de valg de [forældrene] træffer, det er dem, der træffer de valg, og selvfølgelig skal de ikke*

*punktes for det. Selvfølgelig kan der være valg, der er så groft, at det går ud over deres børns, sådan grundlæggende trivsel, og så må vi tage en snak om det, og så kan vi jo involvere andre og sådan noget. Men igen, altså jeg skal ikke sidde definere.” (Bilag 3 – Interview A:5).*

Ovenstående vidner om, at sundhedsplejersken fortæller om dét at være fagperson og være styret af styrelsens anbefalinger og retningslinjer, men alligevel tænker mødet med familien ind i billedet og sætter sig i familiens sted, og har barnets trivsel for øje. Men det er ikke sundhedsplejen, der definerer, hvilke valg forældrene træffer og med henvisning tilbage til familiernes sundhedsforståelse, heller ikke deres sundhedsforståelse. Til gengæld ser sundhedsplejen et nuanceret billede af forskellige sundhedsforståelser og forskellige livsvalg, og forsøger at hjælpe familierne med det, de har brug for, ved at arbejde sundhedsfremme, men som citatet viser, er der også nogle valg forældrene kan træffe, der bliver for grove.

*”Men det er jo nogle gange det er der med, at man sætter sig ned og fortæller dem [familierne], hvad man ser. Det er lige meget hvilken familie man sidder ved. Og det er ofte det, der virker. At sætte sig ned og sige ved I hvad, det her er det jeg har lagt mærke til, hvad tænker i om det, og kan vi hjælpe jer? Og det er lige så meget det, at man tør sætte ord på det man har set.” (Bilag 3 – Interview A:17).*

Dette samler flere af ovenstående pointer. På den ene side det interaktionistiske perspektiv, såvel som tilgangen til familien, der tillader at sundhedsplejen lytter til familiens oplevelser, men mest af alt italesættelsen af de forhold, der hersker i familien. Disse kan være med til at motivere eller få forældrene til at se problematikkerne i familien eller behovet for støtte. Deri beskriver sundhedsplejersken selve italesættelsen i interaktionen. Det vil sige, at italesættelsen, kommunikationen og brugen af sig selv er med til at skabe rammerne for at ændre forældrenes perspektiv på barnets vilkår og de forhold, der kan være problematiske. Hvis forholdene er for problematiske i sundhedsplejens øjne, må sundhedsplejen underrette den kommunale myndighedsafdeling for børn og familier.

*”Nogle gange må man lave en underretning for at sige, hvad man ser. At sige at nu kan jeg se, at det er ikke nok, at jeg kommer på besøg, eller at nogle af de problematikker vi har snakket om, dem skal vi have noget hjælp til.” (Bilag 3 – Interview A:19).*

Underretningen betyder at myndighedsafdelingen ser på familien, og undersøger eventuelle muligheder for støtte og hjælp gennem foranstaltninger efter serviceloven. I nogle familier, vil det ifølge sundhedsplejersken være i samarbejde med familien, og det kan være en hjælp at underrette, for at få flere øjne og faggrupper og handlemuligheder i spil (Bilag 3 – Interview A:19, Bilag 4 – Interview B:8). For andre familier kan forholdene være grove og forældrene er ikke enige i behovet for underretningen eller inddragelsen af andre faggrupper, hvorfor sundhedsplejersken risikerer at blive bedt om ikke at komme igen, som også tidligere beskrevet. Denne vurdering af, hvorvidt der skal en underretning til eller ej, kan være en svær balancegang:

*”Det er også meget en vurderingssag for os af, ikke. og Det er også det man gennem tiden har lært, når man kommer ud i en familie, og man har en mavefornemmelse der stritter i alle mulige retninger, så skal man gøre noget ved det.”* (Bilag 4 – Interview B:8).

Ovenstående understøtter tidligere pointe omkring, at sundhedsplejerskerne *bruger sig selv*. Mavefornemmelsen der er en individuel og personlig oplevelse, der sammenfatter ovenstående, omkring, både at huske sin faglighed men indenfor retningslinjerne, men ikke forglemme empatien overfor familierne. Noget tyder også i retningen af, at denne faglighed og empatien er indlejret i sundhedsplejerskerne over tid, idet mødet med familien kan give en kropslig reaktion. Hvad der sker, er dog svært at forklare i denne kontekst. De tre fokusgrupper fortæller alle om forskellige måder at kategorisere familierne på, hvilket peger tilbage på *vurderingen* i seneste citat. Sundhedsplejen bruger dermed nogle redskaber til at hjælpe sundhedsplejerskerne med gradueringen af deres bekymring, i forhold til hvad familierne har brug for, men også i høj grad, hvorvidt der er behov for underretning. I den ene kommune tales der om grader af bekymring i forhold til den indsats der kan gives, mens der i en anden kommune tales om niveauinddelinger med fire niveauer, mens den tredje kommune taler i farvekoder fra grøn, over gul til rød (Bilag 3 – Interview A:11; Bilag 4 – Interview B:11; Bilag 5 – Interview C:6-7). Dette bruges således hos nogle til at differentiere mellem sundhedsplejens indsatser og tilbud til familierne i kommunen, med formålet om at sikre at tilbuddene er rettet mod deres behov, mens andre kommuner har tilbud til alle familier uanset udfordringer, som eksempelvis en mødregruppe. Samtidig trækker sundhedsplejerskerne i høj grad på hinanden og andre faggrupper. *”Vi kan sparre i vores team men også tværfagligt”* (Bilag 5 – Interview C:13). Også særligt, når der er tale om tvivl omkring kategorisering eller forebyggende indsatser. Både internt eller tværfagligt:

*”Jeg har da nogle familier, hvor jeg da godt kan tænke, hmm, og hvor jeg da faktisk anonymt har sparret med en socialrådgiver i sidste uge, omkring hvad tænker du, skal jeg lave en underretning eller skal jeg ikke.” (Bilag 5 – Interview C:7).*

Det vil altså sige, at sparring ifølge sundhedsplejerskerne er med til at sikre deres faglighed, så de netop kan stå inde for deres vurderinger, og hvad der er med til at understøtte familierne alt efter deres behov. Men denne vurdering må fundere i noget bagvedliggende, der er med i balancen mellem faglighed, personlighed, retningslinjer og anbefalinger. Dette vil nu forsøges belyst med et perspektiv på dømmekraft af Søren Juul.

### *DØMMEKRAFT INDENFOR INSTITUTIONEN*

Ved at anlægge et teoretisk perspektiv på sundhedsplejerskernes arbejde med familierne kan det være med til at forstå hvilke bagvedliggende mekanismer, der er styrende for deres vurderinger de står overfor i deres arbejde. Søren Juul (2010:351) beskriver, hvorledes en socialrådgiver dømmes og handler i konkrete situationer, samt hvordan dette aldrig er forudsætningsløst eller frit, men er påvirket af den institutionelle kontekst og de fortællinger, institutionen er præget af. Socialarbejderen vil derfor altid være præget af institutionen, da denne er socialiseret ind i en verden af meninger, der har en betydning i det sociale arbejde overfor borgeren. Socialarbejderen er dog også påvirket af dennes faglige og etiske beredskab og af borgerens fortælling (Juul 2010:351-353). Juul bruger dømmekraftsbegrebet til at beskrive magt (Juul 2010:351). Han tager her både afsæt i Michel Foucault og Pierre Bourdieu, der taler om sandhedsregimer, magt, praktisk sans og doxa, hvoraf socialarbejderen er determineret gennem systemets sandhedsregime eller doxa. Juul mener dog ikke at kunne reducere dømmekraften til dette, men mener at socialarbejderen også kan forholde sig kritisk og gøre modstand mod de etablerede sandheder. Dømmekraften handler dermed om, at socialarbejderen handler i historisk konkrete sammenhænge, og på den anden side giver muligheden for, at de kan forholde sig kritisk og reflektivt til de institutionaliserede praktikker og tænkemåder, der er (Juul 2010:354). Dermed vil socialarbejderne også handle indenfor et begrænset synsfelt, som er afgørende for, hvordan de i praksis handler. Ifølge Juul vil dette synsfelt mere være bestemt af den institutionelle dømmekraft, end af den sociale dømmekraft (Juul 2010:255). Juul (2010:364, 379, 388) identificerer disse to former for dømmekraft. Den institutionelle dømmekraft udspringer af de forankrede mål, der er udmøntet i institutionelle rutiner, der dominerer i institutionen. Idet målene ofte afspejler den gældende lovgivning, mener Juul også, at der er et politisk aspekt af dømmekraften. Samtidig består den af værdier, tænkemåder og vaner, der udgør 'en regulativ ide' om hvad der er muligt at tænke og gøre. Den institutionelle dømmekraft vil dog altid være statisk. Når

socialarbejderen møder en borger, er det den sociale dømmekraft, der er i spil (Juul 2010:354, 388-389). ”*Den sociale dømmekraft bestemmes af spændingsfeltet mellem den institutionelle dømmekraft, socialarbejderens viden og indsigt, og fortrolighedskundskaben, der opstår i mødet med borgeren*” (Juul 2010:255). Det vil sige at den sociale dømmekraft er påvirket af den institutionelle, men der er deri også plads til at lytte til borgeren og egen faglighed, der begge også kan have en afgørende betydning i mødet med borgeren. Dømmekraften rummer anerkendelse og solidaritet (Juul 2010:351). Ifølge Juul (2010:373) handler solidaritet om at møde den anden som en ligeberettiget og ligeværdig interaktionspartner, da det modsatte ville være til tab af selvagtelse og selvværd. Samtidig handler anerkendelse om at møde borgeren med fortrolighed.

Ved at anlægge dette teoretiske perspektiv på sundhedsplejens arbejde vil det kunne kaste lys på nogle af de generative mekanismer bag sundhedsplejens vurdering og arbejde med familierne generelt. Rammerne omkring sundhedsplejerskernes arbejde er sundhedsplejen som institution. Denne skal forstås gennem definitionen af en institution af Margaretha Järvinen og Nanna Mik-Meyer (2003:10). Her defineres en institution som en konkret velfærdsinstitution, der har en opgave i at hjælpe, afklare eller yde omsorg til personer med sociale problemer. Dog mener jeg også, at denne forståelse af institutioner skal ses gennem den konkrete velfærds kontekst, der arbejdes inden for. Dette fordi sundhedsplejen har en særlig opgave i at hjælpe, identificere, vurdere og yde omsorg i forhold til at sikre barnets udvikling. Når sundhedsplejerskerne skal yde dette, vil de i forlængelse af ovenstående teoretiske perspektiv, også gøre dette indenfor netop denne ramme, altså være påvirket af den institutionelle dømmekraft såvel som den sociale dømmekraft i mødet med familien. Empirien peger på, at sundhedsplejerskerne både er påvirket af den institutionelle dømmekraft, men alligevel lader den sociale dømmekraft få fortræden i mange tilfælde. Først og fremmest er sundhedsplejen ved at denne er underlagt lovgivningen, Sundhedsstyrelsens anbefalinger og kommunernes egne rammer påvirket af den institutionelle dømmekraft. De retningslinjer, der er trukket og defineret for sundhedsplejerskernes arbejde, vil have en betydning, når de træder ind hos familierne i rollen som sundhedsplejerske. De træder ind hos familierne med de fortællinger, der præger sundhedsplejen som institution. Dette vidner deres beskrivelser omkring erfaringer, viden og faglighed også om. Hvordan sundhedsplejerskerne trods, at de er en offentlig institution og en del af den kommunale forvaltning, alligevel besøger næsten alle børnefamilier i Danmark, og kun et fåtal takker nej til sundhedspleje, må vidne om at fortællingen om sundhedsplejen som institution må være positiv. Denne fortælling træder sundhedsplejerskerne således ind i familiernes hjem med, og vil ydermere være påvirket af de institutionaliserede værdier, tænkemåder og rutiner, der er gældende i sundhedsplejen. Dette kan



eksemplificeres gennem det interaktionistiske eller systemteoretiske perspektiv, der anvendes i mødet med familien, eller de monitorerings- eller screeningsværktøjer, der anvendes til at undersøge børnene og forældrene, eller konkret, som præsenteret i ovenstående empiriske afsnit, de gradueringer sundhedsplejen anvender til at differentiere familierne og deres behov for støtte. Derudover viser sundhedsplejerskerne brugen af sparring internt mellem hinanden eller tværfagligt med andre faggrupper, at de her be- eller afkræftes i deres vurdering af en given familie. Her reproduceres de institutionelle værdier, tænkemåder og vaner også i praksis. Eksempelvis mellem sundhedsplejerskerne eller mellem en sundhedsplejersker og socialrådgiver, hvor det normative tænkemønster for hvorvidt sundhedsplejerskerne bør underrette myndighedsafdelingen for børn og familier under givne forhold i familien eller ej. Her vil dét, sundhedsplejersken tager med sig ud af sparringen med sine kollegaer være med til at reproducere eller forme den indenfor de tænkemåder og værdier, der er indlejret i sundhedsplejen, såvel som skaber normen omkring, hvad der *bør* gøres. Ydermere peger empirien på, at sundhedsplejerskernes faglighed, samt opretholdelsen af den er vigtig for dem. Dette kommer til udtryk, ved at sundhedsplejerskerne beskriver deres sparring omkring, hvordan de *bevarer* deres faglighed, og hvordan de *husker, hvad de er uddannet til*. Der hersker dermed en bevidsthed om at være påvirket af institutionen, uddannelse og retningslinjerne. Ifølge det teoretiske perspektiv af Søren Juul er dette dog ikke den eneste form for påvirkning i mødet med familien. Også den sociale dømmekraft spiller ind. Denne opstår i spændingsfeltet mellem den institutionelle dømmekraft, sundhedsplejerskerne viden og mødet med familien. Denne dømmekraft bliver tydelig, når sundhedsplejerskerne fortæller om at handle og vurdere familierne ud fra egen mavefornemmelse, såvel som *hvad der fungerer i den enkelte familie*, som beskrevet i første del af analysen. Samtidig fortælles der også, at Sundhedsstyrelsens anbefalinger og de kommunale målsætninger, der er med til at definere den institutionelle dømmekraft, tilsidesættes, for at møde familien og deres valg med anerkendelse og respekt. Dét at *vende kameraet 180 grader* og dermed tage familiens perspektiv er en særlig anerkendelse og solidaritet i mødet med familien. Når sundhedsplejerskerne sætter dette foran de kommunale målsætninger og de institutionaliserede tænkemåder i institutionen, lader de i Juuls terminologi fortrolighedskundskaben komme til orde. Når denne holdning kommer til udtryk i fokusgruppinterviewet, og de omkringliggende sundhedsplejersker nikker genkendende til denne tilgang til familien, netop at anerkende og respektere familiens valg og lægge retningslinjerne til side, kan denne tilgang synes at være institutionaliseret blandt sundhedsplejerskerne. Sundhedsplejerskernes bevæger sig dermed på en hårfin balance mellem den institutionelle og den sociale dømmekraft, alt efter hvilken der bliver

fremtrædende. Der synes dog alligevel at være en form for kategorisering, der guider sundhedsplejerskernes vurderinger efter hvilken dømmekraft der er mest fremtrædende. Det bagvedliggende element bliver således en balancegang mellem de institutionaliserede værktøjer og normer i den institutionaliserede dømmekraft og mødet med familien og deres udgangspunkt. Bevidsthed om egen faglighed og usikkerheden forbundet med udsagnet om at skulle bevare den, vidner noget om, at sundhedsplejerskerne er bevidste om at være påvirket af to til tider modstridende dømmekræfter og eventuelt balancen mellem disse to.

## KONKLUSION

Formålet med dette speciale har været at dykke ned i fænomenet social ulighed i sundhed. På området er der lavet en del kvantitative undersøgelser, der beskriver udviklingen på området såvel som forskellige forhold, der påvirker den sociale ulighed i sundhed. Om end sammenhænge mellem den sociale ulighed i sundhed, det vil sige den systematiske association mellem individers social position og dets helbred, er identificeret og fulgt over tid, viser undersøgelsen af Sundhedsstyrelsen fra 2020, at der ikke er sket en større forbedring af den sociale ulighed i sundhed i den danske befolkning. Derfor har motivationen for denne undersøgelse været at undersøge social ulighed i sundhed i barnets første leveår, da social ulighed i sundhed er en akkumulerende tilstand, og dermed allerede har rod, når livet begynder. De socialarbejdere, der er tættest på børnene efter fødslen og det første år frem, er sundhedsplejerskerne, der kommer i næsten alle danske hjem. Sundhedsplejen har til formål at sundhedsfremme og sygdomsforebygge og derved sikre barnets udvikling. Deraf følgende problemformulering for specialet:

*Hvordan italesætter og håndterer sundhedsplejersker social ulighed i sundhed indenfor barnets første leve år, og hvilke generative mekanismer kan være med til at forklare denne håndtering af social ulighed i sundhed blandt børn?*

Ovenstående problemformulering kan todeles, som også ovenstående analyse har været struktureret - gennem en deskriptiv del omkring sundhedsplejerskernes italesættelse og håndtering af social ulighed i sundhed, hvorefter generative mekanismer er identificeret for at forklare disse i sundhedsplejerskernes arbejde. Denne konklusion vil dog tage udgangspunkt i at samle trådene for at besvare problemformuleringen som helhed.

Sundhedsplejerskernes italesættelse og håndtering af social ulighed i sundhed handler om mødet mellem den enkelte sundhedsplejerske og familien. Dette kan konkluderes på baggrund af, at sundhedsplejerskerne beskriver relationsdannelse, empati, respekt, anerkendelse og motivation som nogle vigtige elementer i mødet med familierne. Sundhedsplejerskerne skal rådgive og vejlede familierne på Sundhedsstyrelsens anbefalinger og kommunernes standarder, men alligevel må sundhedsplejersken lytte til den enkelte familie og tilpasse deres tilgang til den enkelte families forståelser og livsvalg. Sundhedsplejerskerne arbejder ud fra, hvad der er sundhed for den enkelte familie, de retningslinjer, der er fastlagt af Indenrigsministeriet, Sundhedsstyrelsen og den enkelte kommune, samt deres uddannelse og viden omkring, hvad der er bedst for barnet i den enkelte situation. Dermed har sundhedsplejersken udover screenings- og monitoreringsredskaber, målebånd

og vægt, også sig selv og sine egne oplevelser både som faglig og privatperson med i arbejdet. Når sundhedsplejersken gennem mødet med familien forsøger at danne en relation til forældrene, bygger det på nogle generative mekanismer. For at opbygge, hvad interaktionismen kalder for arbejdsrelationen, som bygger på tillid og samarbejde, må de også bruge sig selv og sin habitus. Bourdieu beskriver habitus, som en socialiseret krop, der består af indlejrede tidligere erfaringer. Disse kan mest tydeligt eksemplificeres gennem sundhedsplejerskernes brug af mavefornemmelsen, der om man vil, kan beskrives som genereret af kroppens indlejrede erfaringer. Det er således disse indlejrede erfaringer, der stammer fra tidligere situationer og erfaringer indenfor den norm, der hersker i samfundet – feltets doxa. Sundhedsplejerskerne anvender således deres habitus til at tilpasse sig til familiernes situation, deres doxa indenfor deres felt som familie. Derved anlægger sundhedsplejerskerne et systemteoretisk perspektiv. Det er således dette praksisperspektiv, der er med til at sundhedsplejerskerne er i stand til at se familien som helhed, om end sundhedsplejerskerne har til opgave at have fokus på barnets udvikling ved at sundhedsfremme og sygdomsforebygge. Dette ligger dermed forud for sundhedsplejens arbejde med familien som helhed med forældrene og barnet som delene, der gensidigt påvirker hinanden. Perspektivet kommer til udtryk gennem fortællinger om, at hele familien påvirkes, hvis en af delene eksempelvis bliver syg eller har udfordringer. Samtidig må sundhedsplejersken tage udgangspunkt i familiens udgangspunkt, det vil sige at tage afsæt i familiens sundhedsforståelse og familiens handlemuligheder. Hvis familien og herunder børnene trives ved at spise eftermiddagskage eller gå i fitness, fortæller sundhedsplejerskerne at de antager dette perspektiv. Derved udvises empati, anerkendelse og respekt for familiens livsvalg. Det vil sige, at sundhedsplejerskerne må tilpasse deres forslag til ændringer til familiens forståelse, og italesætte eventuelle problematikker på den måde at *sige hvad de ser*. Dermed er forældrene med til selv at finde løsningerne, der er sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende, hvilket sundhedsplejerskerne arbejder for at skabe. For at gøre dette må sundhedsplejerskerne reflektere over deres egen praksis og tilpasse deres forsøg på at forklare eksempelvis nødvendigheden i at bade sit barn oftere igen og igen på forskellige måder indtil familien tager imod og tilpasser sig ændringen. Denne håndtering af familiens udfordringer, handlemuligheder og perspektiv, bunder i den bagvedliggende interaktionistiske og systemteoretiske praksis, om at tage familiens perspektiv, reflektere over egen handling, tilpasse forslag til ændring, situations- eller kontekstdefinere samt relationsdanne i arbejdsrelationen. Alt dette er generative mekanismer i mødet med familien, når de møder og støtter familien i forhold til familiens behov. Deri er sundhedsplejerskerne med til at indlejre nye erfaringer og tilpasse familierne den doxa, der er gældende i samfundet. Således forsøger

sundhedsplejen som institution at hjælpe med at familierne og herunder børnene ikke *skiller sig for meget ud*. Hvis sundhedsplejersken vurderer at forholdene i familien er bekymrende, og derfor er bekymret for barnets udvikling, vil denne lave en underretning til den kommunale børn og familieafdeling, hvorved der kommer andre øjne på familien med andre handlemuligheder, der kan yde en anden støtte. Denne vurdering sker ofte på baggrund af de i kommunen opstillede gradueringer af, hvilken hjælp familien modtager. Dette kan eksempelvis være graduering mellem rød, gul og grøn, eller forskellige niveauer. Hvis sundhedsplejersken er i tvivl eller har behov for sparring i forhold til at yde den rette hjælp til familien, vil denne både kunne sparre intern med andre sundhedsplejersker i den kommunale forvaltning eller andre faggrupper, eksempelvis fysioterapeuter, praktiserende læge eller socialrådgivere fra børn og familieafdelingen. Sundhedsplejerskens vurdering beror, ifølge det teoretiske udspil af Søren Juul, også på de institutionelle fortællinger, der hersker om sundhedsplejen. Disse afspejler den institutionelle dømmekraft, der består af de forankrede mål, der er formet til institutionelle rutiner, værdier, og tænkemåder. Dermed er sundhedsplejerskernes vurderinger påvirket af de krav og retningslinjer Indenrigsministeriet, Sundhedsstyrelsen og den enkelte kommune anlægger for sundhedsplejen. Dermed vil der også gennem sparringen med andre sundhedsplejersker eller andre faggrupper skabes en normativ form indenfor sundhedsplejen, der reproduceres. Samtidig understreger sundhedsplejerskerne i interviewene at møde familien, hvor de er, og dermed også lade den sociale dømmekraft komme til orde. Den sociale dømmekraft handler netop om mødet med borgeren og møde denne med anerkendelse og solidaritet. Det der ligger bag sundhedsplejerskernes vurderinger er således en balancegang mellem mødet med familien og deres udgangspunkt, og de institutionaliserede normer og værktøjer, der er indlejret i sundhedsplejen som institution. Sundhedsplejersker italesætter og håndterer dermed social ulighed i sundhed blandt børn ved at gøre brug af sig selv, støtte og anerkende familien, der hvor de er, og derved forsøge at italesætte eventuelle forhold, der kan hæmme barnets udvikling, hvorved sundhedsplejen er sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende, samt forebygger akkumulationen af forhold eller livsvilkår, der kan påvirke barnets senere sociale position og helbred.

## KONKLUSIONENS BEGRÆNSNINGER

Ovenstående problemformulering blev således undersøgt ved hjælp af den kritisk realistiske videnskabsteori, der muliggør at stikke spaden dybere i erkendelsen af social ulighed i sundhed indenfor barnets første leve år fra det observerbare, til identificeringen af tendenser på tværs af empirien såvel som at bevæge sig ned til fænomenets essens. Der er ikke én sandhed og fænomenet vil også altid være under forandring, hvorfor også denne konklusion skal ses som betinget af kontekst

og videnskabelig kvalitet. For at undersøge social ulighed i sundhed blandt børn, har jeg interviewet tre fokusgrupper i tre forskellige kommuner med tre til fire sundhedsplejersker i hver gruppe. Interviewet har været styret af den abduktive slutningsform, der har gjort interviewene meget åbne, udover konteksten for social ulighed i sundhed indenfor barnets første leveår. Deri har informanterne diskuteret og talt om erfaringer, holdninger, oplevelser og deres arbejde generelt med henholdsvis social ulighed i sundhed såvel som arbejdet med familier indenfor barnets første leveår. Deri er nogle begrænsninger, der er vigtige at holde for øje. Idet der er taget udgangspunkt i sundhedsplejerskers forståelser fra kun tre kommuner, hvorfor der er en begrænsning i at kunne generalisere til andre kommuner, der vil have anden organisering eller andre fokuspunkter i deres standarder. Dette ville kunne undersøges ved at anlægge et organisatorisk perspektiv, såsom at undersøge de organisatoriske fordele og ulemper ved at sundhedsplejen tilhører samme forvaltning som myndighedsafdelingen for børn og unge, eller er under sundhedsforvaltningen. Samtidig kunne en deduktiv og herunder en hypotetisk deduktiv undersøgelse også være med til at be- eller afkræfte nogle af de tendenser og resultater Sundhedsstyrelsens rapporter har påvist. Dette ville således være med til at give en mere systematisk undersøgelse fremfor denne mere eksplorative undersøgelse. Eller ved hjælp af den hermeneutiske eller socialkonstruktivistiske videnskabsteori have gennemført individuelle narrative interviews med sundhedsplejersker, for at belyse deres oplevelser af social ulighed i sundhed blandt børn og de strukturer, der kan være med til at påvirke deres forståelse og udførelse af sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende arbejde indenfor social ulighed i sundhed indenfor barnets første leveår. Dette er blot nogle af de begrænsninger og eventuelle andre metodiske muligheder, denne undersøgelse kunne have haft.

Gennem dette speciales empiriske fund og teoretiske koblinger, der danner rammerne for konklusionen, kan denne tages et skridt videre – i praksis. Således kan spørgsmålet stilles: hvad skal disse resultater bruges til? Specialets konklusion kan være med til at give et socialfagligt perspektiv, på et ellers yderst undersøgt sundhedsfagligt undersøgt felt. Ydermere bidrager specialet med sine kvalitative aspekter et perspektiv gennem frontlinjemedarbejderne, der er helt tæt på den sociale ulighed i sundhed. Dermed giver det sundhedsplejerskerne der befinder sig i et tværsektorielt arbejde og er opsøgende facilitator mellem en række faggrupper mellem forskellige sektorer, herunder sundhedssektoren såvel som socialektoren, en mulighed for at komme til orde og lade deres erfaringer fra barnets hjem og deres profession skinne frem mellem stolene på de andre aktører i arbejdet med social ulighed i sundhed. Dette speciale giver sundhedsplejerskerne en stemme i debatten.

## LITTERATURLISTE

- Bourdieu, Pierre 1986: The forms of capital - Handbook of Theory and Research
- Bourdieu Pierre 1992: The Logic of Practic, Standford Univrsity Press
- Bourdieu, Pierre 1996: Symbolsk makt – Artikler i udvalg
- Brinkmann, Svend & Tanggaard, Lene 2015: Kvalitative Metoder – en grundbog, 2. udgave, 3. oplag, København: Hans Reitzels Forlag
- Colucci, Ermina 2007: "*Focus Groups Can Be Fun*": *The Use of Activity-Oriented Questions in Focus Groups Discussions*, Qualitative Health Research, Vol. 17, no. 10, Sage Publications
- Dansk Socialrådgiverforening u. å.: IFSW – International federation og Social Workers, lokaliseret d. 05-03-2022
- Datatilsynet og Digitaliseringsstyrelsen (2017): Databeskyttelsesforordningen
- Ejrnæs, Morten & Monrad, Merete 2013/2017: *Teorier om sociale problemer*, i Guldager og Skytte (red): Socialt Arbejde, Akademisk Forlag
- Enevoldsen, Jørn Henrik & Jones, Samuel Pedersen 2022: Social ulighed og socialt arbejde, 1. udgave, Samfundslitteratur
- Fuglsang, Lars & Olsen, Poul Bitsch & Rasborg, Klaus 2013: Videnskabsteori, i Samfundsvidenskaberne – På tværs af fagkulturer og paradigmer, 3. udgave, 3. oplag, Forlag: Samfundslitteratur
- Halkier, Bente 2015: *Fokusgrupper*, i Brinkmann, Svend & Tanggaard, Lene 2015: Kvalitative Metoder – en grundbog, 2. udgave, 3. oplag, København: Hans Reitzels Forlag
- Hutchinson, Gunn Strand & Oltedal, Siv 2017: Teoretiske perspektiver i socialt arbejde, 1. udgave, 1. oplag, København: Hans Reitzels Forlag
- Jespersen, Jesper 2013: *Kritisk realisme – teori og praksis*, i Fuglsang, Lars & Olsen, Poul Bitsch & Rasborg, Klaus: Videnskabsteori i Samfundsvidenskaberne – På tværs af fagkulturer og paradigmer, 3. udgave, 3. oplag, Forlag: Samfundslitteratur
- Juul, Søren 2010: Anerkendelse, retfærdighed og god dømmekraft, København: Hans Reitzels Forlag
- Järvinen, Margaretha & Mik-Meyer, Nanna 2003: At skabe en klient – Institutionelle identiteter i socialt arbejde, 1. udgave, 8. oplag. København: Hans Reitzels Forlag
- Järvinen, Margarethe & Mik-Meyer, Nanna 2017: Kvalitativ analyse – Syv traditioner, 1. udgave, København: Hans Reitzels Forlag

- Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend 2014: Interview – det kvalitative forskningsinterview som håndværk, 3. udgave, 2. oplag, København: Hans Reitzels Forlag
- Lehn-Christiansen, Sine, et. al. 2016: Ulighed i sundheds – Nye humanistiske og samfundsvidenskabelige perspektiver, 1. udgave, 1. oplag. Frederiksberg C: Frydenlund Academic
- Olesen, Birgitte Ravn 1997: Omsorg som profession, 1. udgave, 1. oplag. København: Munksgaard
- Olesen, Søren Peter & Monrad, Merete 2018: Forskningsmetode i Socialt Arbejde, 1. udgave, 1. oplag, København: Hans Reitzels Forlag
- Retsinformation: Bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge, Sundheds- og Ældreministeriet, BEK nr. 1344 af 03/12/2010
- Sundhedsstyrelsen 2011: Ulighed i sundhed – Årsager og indsatser, Rosendahls-Schultz Grafisk
- Sundhedsstyrelsen 2020 [a]: Social ulighed i sundhed og sygdom – Udviklingen i Danmark i perioden 2010-2017, Sundhed for alle, pub. 2. september 2020
- Sundhedsstyrelsen 2020 [b]: Indsatser mod ulighed i sundhed, Sundhed for alle, pub. 2. september 2020
- WHO u. å: Constitution, lokaliseret d. 08-02-2022



## BILAGSLISTE

Bilag 1 – Interviewguide

Bilag 2 – Model over specialets metodologi

Bilag 3 – Interview A

Bilag 4 – Interview B

Bilag 5 – Interview C

Bilag 6 – Abstract