

Sundhedsplejerskens normative indvirkning på moderskabet

Healthcare nurses' normative impact on motherhood



AARHUS UNIVERSITET

DPU - Pædagogisk Sociologi

Kandidatspeciale

Vejleder: Jørn Bjerre

Anslag: 237.897

16. juli 2020

Tanja Juul Mikkelsen (T)

Studienummer: 20011006

Louise Frost Grønbech (L)

Studienummer: 201802292

Abstract

Healthcare nurses' normative impact on motherhood

Master's thesis in Educational Sociology at the University of Aarhus, DPU

Produced by Louise Frost Grønbech and Tanja Juul Mikkelsen, 2020

This master's thesis intends to problematize the normative effect that healthcare nurses have on motherhood in Denmark. With an anti-essential ontological point of view the study takes on a historical epistemological framework. Within this tradition we look to George Canguilhem's deconstruction of normality and we are also heavily influenced by Michel Foucault. With this point of departure, the study examines, how the healthcare nurse institution in Denmark has formed and evolved in three time periods: the 1930s, the 1970s and today.

The analytical strategy for the master thesis is inspired by Emile Durkheim's approach to sociology and consist therefore of a two-part framework. The first part is the historical foundation with a discursive analysis of the healthcare nurse institution in the 1930s, 1970s and today. With a constructed analytical tool, inspired by Foucault's power analysis using the archaeology of knowledge, the genealogy and the dispositive. The study examines three constructed archives from each of the mentioned time periods. The second part is a dispositive analysis of three discursive interviews with first-time resourceful mothers. In regard to performing the discursive interviews the study looks to Kvale & Brinkmann's approach to ensure an adequate take on the discursive interview (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 83). Concerning the actual selection of first-time resourceful mothers, we look to Bent Flyvbjerg's *strategic selection* (Flyvbjerg, 2001, p. 78-81).

The study finds, that the main discourse that shapes and forms the healthcare nurse institution in the 1930s, is based in natural science with an emphasis on eugenics, hereby exercising a norm concerning *the healthy child*. In the 1970s the main discourse is psychological, where the norm of *the nuclear family* is dominant and today the study finds an economic discourse, where a norm upholding *the healthy child as an investment* appears. Furthermore, the dispositive analysis finds, that the three discourses already established in the historical part still comes into play in today's healthcare nurse institution. We argue that healthcare nurses are a security dispositive tool of power, whose primary purpose is to ensure that mothers of today rely on this institution for guidance on how to take care of their own

child. The natural science discourse is very present and enables the healthcare nurse to document quantifiable data concerning the child to such an extent, that today's mothers themselves measure their children to a standard based in natural science with emphasis on especially growth curves to ensure they have a healthy child, that thrives within the boundaries of 'being normal'. The above mentioned has an impact on the psychological discourse in the sense, that it seems to be eroding on account of the dominant focus on quantifiable data and documentation. The security dispositive disposes the healthcare nurse to take an interest in the mother, which to all three mothers comes across as pointless. An example is in regard to screening for postpartum depression. The screening is not on account of ensuring the mother first and foremost; on the contrary the main concern is that of the child, which leads to an instrumentalization of the mother. The study finds that the economic discourse is deeply rooted in the security dispositive. The healthcare nurse institution is the technical tool of power, which subjects the women to ensure, that the mother sees her child as an investment. The three interviewed mothers are disposed by a development dispositive and thereby possess them with a counter-power in regard to who is holding the correct knowledge concerning the child - the mother or the healthcare nurse? Despite exercising counter-power the women are disposed by the security dispositive, which causes an instalment of insecurity in respect to being able to care for their child on their own. This ensures the healthcare nurse institution's continued existence.

To sum up, we conclude that the identified discourses and the security dispositive sheds light on the fact that today's healthcare nurse institution is historically situated. We argue that to sociologically understand how and why this institution have a normative impact on motherhood, it must possess a historical character. Therefore we consider, that this master's thesis main contribution to existing research regarding healthcare nurses is that the reflexive thinking embedded in this study and our analytical findings helps to reflect on and re-construct the problematization of the healthcare nurses institution (Plessis, 2013, p.14; Foucault, 1984a, p.389-390).

Indholdsfortegnelse

Abstract (F)	1
Indledning (F)	5
Konstruktionen af et forskningsfelt (L)	6
Sundhedsplejen og velfærdsstaten i fortid og nutid (L)	7
Professionens møde med forældrene (T)	8
Dansk forskning (L)	10
Forskningsspørgsmål (F)	11
Undersøgelsens struktur (F)	13
Konstruktionen af en analysestrategi (L)	15
Problematiseringens logik (L)	15
George Canguilhem (T)	16
Michel Foucault (L)	18
Vidensarkæologi (L)	19
Genealogi (T)	20
Dispositivet (T)	22
Konstruktion af et tekstarkiv (T)	26
Analyseværktøj (F)	26
Valg og fravalg af tidsperioder (T)	28
Søgekriterier (L)	30
Empiriindsamling (L)	33
Konstruktion af det diskursive interview (T)	37
Udvælgelse af informanter (T)	38
Empiriindsamling og behandling (L)	40
Diskurser i sundhedsplejerkseinstitutionen (F)	41
1930'erne: En ny institution konstrueres (T)	41
Den naturvidenskabelig diskurs (T)	41
Sundhed og sygdom (L)	43
Det naturlige og det kunstige (T)	44
Ro, regelmæssighed og renlighed (L)	47
Normen er det sunde barn (F)	48
Opsamling (F)	52
1970'erne: Moder, fader og børn (L)	52
Den psykologiske diskurs (L)	52

Barnets fysiske og kognitive udvikling (<i>L</i>)	53
Moderen (<i>T</i>)	54
Familien (<i>L</i>)	56
Normen er kernefamilien (<i>F</i>)	58
Opsamling (<i>F</i>)	60
Samtiden: Den forebyggende indsats (<i>T</i>)	61
Den økonomiske diskurs (<i>T</i>)	62
Kampen om viden (<i>T</i>)	65
Forældrekurser (<i>L</i>)	68
En genealogisk skitsering af sundhedsfremme og forebyggelse (<i>L</i>)	70
Normen er barnet som en investering (<i>F</i>)	73
Opsamling (<i>F</i>)	75
Delkonklusion: Slægtskabslinjer på tværs (<i>F</i>)	76
Dispositivanalyse af sundhedsplejerskens normative indvirkning (<i>F</i>)	79
Sundhedsplejersken – en sikkerhedsdispositiv teknologi (<i>F</i>)	79
Den naturvidenskabelige diskurs (<i>L</i>)	80
Målbar indikation på sundhed (<i>F</i>)	82
Den psykologisk diskurs (<i>T</i>)	84
Instrumentaliseringen af moderen (<i>L</i>)	85
Den økonomiske diskurs (<i>L</i>)	88
Installation af usikkerhed (<i>T</i>)	89
Delkonklusion: Diskursernes forankring i sikkerhedsdispositivet (<i>F</i>)	92
Konklusion og perspektivering (<i>F</i>)	94
Empirisk konklusion (<i>F</i>)	94
Analysestrategisk konklusion (<i>F</i>)	96
Litteraturliste	99
Bilag	105
Bilag 1: Tekstarkiv	105
Bilag 2: Arkiv fra Dansk Sygeplejehistorisk Museum	109
Bilag 3: Mail fra Dansk Sygeplejehistorisk Museum	117
Bilag 4: Interviewguide	118
Bilag 5: Interview med Janni	121
Bilag 6: Interview med Mette	129
Bilag 7: Interview med Christina	137

Indledning

“In reality, so far as I know there is no sociology worthy of the name, which does not possess a historical character”. (Durkheim, 1982 p. 211).

Med Durkheims forståelse af det sociologiske felt tilgår vi denne undersøgelse netop med et historisk perspektiv. For, hvordan kan vi problematisere sundhedsplejersken som institution, den form og den udvikling den har taget i det danske samfund, uden at inddrage et historisk perspektiv? Dette for at problematisere sundhedsplejerskens selvfølgelige rolle i Danmark i dag. Langt de fleste nybagte forældre byder sundhedsplejersken indenfor og dette understreger den selvfølgelighed, som sundhedsplejersken har i den store begivenhed det er at blive forældre (Lindhardt, 2020). Men hvorfor godtager vi sundhedsplejerskens tilsyn uden at blinke? Er sundhedsplejersken ved at vende sin eksistensberettigelse imod sig selv ved at repræsentere en potentiel kilde til usikkerhed, mistro og manglende tiltro på egen forældrevede hos mødre i dag? (Arfort, 2018, p. 31-34; Arbøl, 2013, p.429). Politiet skal have en dommerkendelse for at få adgang til hjemmets grundlovssikrede ukrænkelighed, men sundhedsplejersken inviterer sig selv indenfor og forældre modtager hende med åbne arme og kaffe på kanden.

Undersøgelsen skriver sig ind i den franske historisk epistemologiske tradition, der har til formål at undersøge betingelserne for at bedrive videnskab og dermed også de historiske betingelser for at producere videnskab. Med dette afsæt stiller vi skarpt på hvilke mekanismer, der gør, at videnskaberne producerer erkendelser og forståelser af, hvad virkelighed er - og ikke i så høj grad, hvorvidt det er muligt at erkende en virkelighed (Christensen & Hamre, 2018, p.21-22). Med den historisk epistemologiske ramme, samt inspiration fra Michel Foucaults begrebsunivers, undersøger vi således sundhedsplejerskeinstitutionens udvikling i et historisk perspektiv samt den normative indvirkning, vi formoder, sundhedsplejersken har på mødre i dag.

Ved at dykke ned i materien af sundhedsplejerskens DNA og derigennem den viden og de diskurser, der løbende har konstrueret sundhedsplejerskens normative rolle, indfanger vi de diskurser og slægtskabslinjer, der tegner sig og har tegnet sig gennem institutionens historie. Dette anskueliggør vi med nedslag i følgende tre tidsperioder; 1930'erne, 1970'erne og i dag, som muliggør en videnssociologisk undersøgelse af de erkendelsesbrud, som har fundet sted i sundhedsplejerskens faglige grundlag.

I et samfund, som det danske, der hylder sig selv som liberalt og frit, er det tankevækkende, at vi som mennesker, trods denne frihed, finder os selv i de professionelles hænder fra fostertilstand til grav. Vi bliver guidet og vejledt gennem hele vort liv af læger, jordemødre, sundhedsplejersker, pædagoger, skolelærere, studievejledere mv., der hjælper og guider os i den ønskede retning gennem barndom, uddannelse, arbejdsmarked og forældreskab. Her er det interessant at inddrage Foucaults term *sikkerhedsdispositivet*, da det netop indfanger, at det liberale samfund producerer frihed, der skal beskyttes, hvorfor nye tiltag og indgreb vedtages i sikkerhedens navn (Jensen, 2005, p. 260). Sikkerhedsdispositivet har en normaliserende funktion, da det netop agerer ud fra, det der aktuelt er. Sundhedsplejersken træder ind over dørtærsklen til familiens privatsfære og instruerer og korrigerer i nuet f.eks. i forhold til amning, søvn, kost og hygiejne; dette med afsæt i Sundhedsstyrelsens gældende anbefalinger vedrørende spædbarnspleje. Når sundhedsplejersken f.eks. taler for amning af det lille barn - hvilke handlinger problematiseres hermed? Amning bliver normen for det gode moderskab, men hvad betyder dette for dem, der falder ved siden af? Kvinder, der ikke kan amme, eller hvor barnet ikke kan ammes - karakteriseres disse da som patologiske? Med alle disse anbefalinger, råd og vejledninger er der således en norm for god spædbarnspleje, der problematiserer andre handlinger - det er denne problematisering vi med denne undersøgelse trækker frem i lyset.

På den offentlige sundhedsportal Sundhed.dk fremgår det "*Husk, sundhedsplejersken kommer ikke for at finde fejl i den måde, I indretter jer på som familie, eller den måde I har valgt at være forældre på*" (Lindhardt, 2020), men hvad er egentlig forældrenes egen oplevelse? Gennem interviews med tre nybagte mødre stiller vi spørgsmålstegn ved sundhedsplejerskens indvirkning på moderskabet.

Konstruktion af et forskningsfelt

Undersøgelsen skriver sig ind i et forskningsfelt, der handler om velfærdsstatens møde med forældre gennem sundhedsplejerskeinstitutionen. Vi har ikke fundet forskning, der anvender den historiske epistemologi til at problematisere sundhedsplejersken, derfor skal litteratursøgningen ses som denne undersøgelses møde med eksisterende forskning. Vi fokuserer på forskning, der fordeler sig på to temaer: *sundhedsplejen og velfærdsstaten i fortid og nutid* og *professionens møde med forældrene*. Temaerne skal ikke ses som hårdt afgrænsede, da de overlapper hinanden. Forskningen præsenteres som den fremføres af forskeren selv og

efterfølgende problematiserer og diskuterer vi den udvalgte forskning indenfor hvert tema for derigennem at tydeliggøre indeværende undersøgelse i relation til konstruktionen af forskningsfeltet.

Sundhedsplejen og velfærdsstaten i fortid og nutid

Der findes en del litteratur, der giver et indblik i sundhedsplejen og velfærdsstaten i fortid og nutid, heriblandt Henriette Buus' ph.d.-afhandling *Sundhedsplejerskeinstitutionens dannelse - en interpellationsanalyse* fra 1999. Her undersøger Buus interpellationsbegrebet for at forstå sundhedsplejerskeinstitutionens etablering og hvorledes den fungerer i et nutidigt perspektiv. Interpellation skal forstås som den proces, der skaber overensstemmelse mellem statsborgerens selvfølgelige liv og hvad der må gøres og tænkes af statsborgeren for, at staten kan forblive selvstændig (Buus, 1999, p.19-20). Undersøgelsen er et kulturteoretisk og kulturhistorisk bidrag til forståelsen af velfærdsstaten og dens embedsværk, hvor sundhedsplejen gøres til genstand for følgende tese: sundhedsplejen, som institution, kan analyseres som statens middel i interpellation (Buus, 1999, p.17). Buus problematiserer, hvorledes staten omformer statsvilje til en institution med henblik på at ændre befolkningens praksis (Buus, 1999, p.17).

I artiklen *Widening the scope, targeting interventions, creating risk groups: maternal and child health in Denmark and Sweden from 1930s and onwards*, behandler Signild Vallgård sundhedsplejens udvikling i Danmark og Sverige. Artiklen viser, hvordan forskellige politiske mål og midler har ændret sig fra 1930'erne til i dag. I artiklen ser Vallgård på, hvordan politikere og myndigheder over tid har ændret deres holdning til hvilke familier, der skulle have støtte og hvordan støtten skulle udformes. Vallgård finder, at omfanget er vokset fra 1930'ernes fokus på det lille barns fysiske udvikling til i dag, hvor barnets trivsel omfatter såvel dets fysiske og psykiske udviklingsbetingelser, familieforhold og sociale miljø (Vallgård, 2008).

I artiklen *Images of the child in Danish welfare work in health visiting and day-care*, undersøger Oline Pedersen hvilke ideer og forståelser af børn og barndom, der hersker i såvel sundhedsplejens som daginstitutionens praksis. Dette gøres med et teoretisk afsæt i Michel Foucault og Chris Jenks samt ved empiriske observationer (Pedersen, 2019 p. 2-4). Pedersen finder, at der er indlejrede diskurser i velfærdsstatens professionelle praksis omkring forståelsen af barnet og barndommen. Der er både en uskyldig (apollinsk) og en ansvarlig

(athensk) forståelse af barnet i sundhedsplejerskens optik. Endvidere iagttager Pedersen, at den onde (dionysiske) forståelse af barnet, der har domineret forståelsen af barnet historisk set, spiller en mindre rolle i nutidens sundhedspleje praksis (Pedersen, 2019 p. 15).

De fire præsenterede bidrag til temaet *sundhedsplejen og velfærdsstaten i fortid og nutid*, har forskellige indgangsvinkler til feltet, hvorfor de også problematiserer forskellige aspekter. Både Buus' og Vallgårdas forskning beskæftiger sig med sundhedsplejerskeinstitutionen siden dens spæde begyndelse, med særlig vægt på sundhedsplejen i en velfærdsstatslig kontekst. Pedersens artikel belyser, diskurser om barnet, der hersker i velfærdsstaten og som videreføres og implementeres via sundhedsplejersken. Den udvalgte litteratur indenfor dette tema arbejder i lighed med indeværende undersøgelse ud fra et historisk perspektiv, men afsættet i den historiske epistemologi medfører et mere kritisk blik på sundhedsplejerskeinstitutionens historie. Vi anvender omtalte forskning som baggrund for at problematisere selvfølgeligheden i den udvikling, som sundhedsplejerskeinstitutionen har gennemgået. Vi anser ikke den historiske udvikling som 'set in stone', og som derfor kan anskues objektivt. Vi diskuterer, med den foreliggende forskning, ved at problematisere selve ideen om, hvad der kan lade sig gøre at tænke og bedrive videnskabeligt på et givent tidspunkt. Med en afmærkning fra den udvalgte forskning, der er blevet præsenteret indenfor temaet sundhedsplejen og velfærdsstaten i fortid og nutid, anskuer vi den dokumentation, som fortæller sundhedsplejerskens historie som artefakter i konstruktionen af sundhedsplejersken.

Professionens møde med forældrene

Under temaet professionens møde med forældrene finder vi, at særligt den nyere forskning betones af sundhedsplejerskens indsats over for udsatte familier. Et eksempel er Inga Axelsens ph.d.-afhandling fra 2004 med titlen *sundhedspleje og "særlige indsatser for svagt stillede børn og unge"- Myte eller virkelighed?* Den teoretiske ramme for afhandlingen er Pierre Bourdieus teori om reproduktion, felt, habitus og kapital. Afhandlingens empiriske grundlag er faginterne beskrivelser af sundhedsplejerskens virksomhed, lovgivning og arbejdsbeskrivelser. Derudover er der lavet empiriske observationer af de såkaldte særlige aktiviteter. Axelsen finder, at der igennem disse særlige aktiviteter for svagt stillede børn og unge udøves symbolsk vold, hvorigennem der sker en yderligere marginalisering af de svagt stillede børn, unge og deres familier (Axelsen, 2004 p. 175).

Rapporten *Sundhedsplejens indsatser og betydning i arbejdet med små udsatte børn og familier*, der er udgivet af Kirsten Elisa Petersen og Lars Ladefoged i 2015 af Institut for Uddannelse og Pædagogik (DPU), har også sin plads i dette tema. Baggrunden for forskningsprojektet er mangel på forskningsbaseret viden om sundhedsplejens tidlige forebyggende indsatser. Projektet undersøger iværksatte indsatser over for udsatte beboere i to særligt udsatte københavnske boligområder. Det teoretiske afsæt er uddannelsesforskning, herunder udsathed samt strukturelt betinget chanceulighed (Petersen & Ladefoged, 2015 p. 5-7). Forskningsprojektet har identificeret nogle 'huller' i den forebyggende indsats i relation til små udsatte børn. Disse 'huller' medfører, ifølge forskningsprojektet, en forøget risiko for, at de små børns udsathed først ses, når børnene kommer i børnehave og skole. Sundhedsplejen italesætter endvidere i datamaterialet, den betydning det har, at lykkes med at få adgang til de udsatte familier for at få mulighed for at tale med forældrene om vigtigheden af, at barnet kommer i daginstitution, både for barnets sociale, emotionelle og sproglige udvikling (Petersen & Ladefoged, 2015, p. 110-111).

I *Sundhedspleje: magt og normalisering i praksis*, skrevet af Oline Pedersen, undersøger forfatteren sundhedsplejen med et teoretisk afsæt i både Michel Foucaults og Pierre Bourdieus magtforståelse. Pedersen viser, hvordan sundhedsplejen har taget sin form historisk set, men især, hvordan professionen er blev formet. Gennem feltarbejde ser Pedersen på *hvordan* sundhedsplejens praksis påvirker forældrene gennem rummet, kroppe, blikke og muligheden for bekendelse samt *hvad* denne påvirkning så handler om. Sluttelig dykker Pedersen ned i og identificerer tre diskurser som sundhedsplejens praksis taler ind i: *individualiseringsdiskursen*, *diagnosticeringsdiskursen* og *arbejdsmarkeds- og konkurrencestatsdiskursen*. Pedersen viser, at der er sammenhæng mellem det intime rum, hvor sundhedsplejersken besøger den nye familie og samfundet på den anden side af døren; ikke kun i relation til den institutionelle indretning af samfundet, men også ved at kunne identificere herskende magtstrukturer gå igen i sundhedsplejens praksis. Herudover viser Pedersen, at de herskende diskurser i samfundet har betydning for, hvad vi som samfund anser for normalt og hvad vi anser for afvigelse (Pedersen, 2015).

I Ph.d.-afhandlingen *Sundhedsplejersken på besøg* fra 1996 undersøger Birgitte Ravn Olesen, hvordan sundhedsplejersken gennem sin praksis formidler, den i samfundet, dominerende forståelse af, hvordan forælderrollen ser ud i "den gode familie". I den omvæltning, det er at blive forældre, har sundhedsplejersken en væsentlig rolle, og Olesen finder bl.a., at

sundhedsplejersken mere eller mindre ureflekteret udøver og formidler en traditionel kvindesocialisering i sin praksis. Sundhedsplejerskens praksis er et kvindeligt omsorgsrelateret værdisystem, der ifølge Olesen, kan implicere formidling af et traditionelt kvindeideal for moderen (Olesen, 1996, p.155).

Den forskning, der er blevet præsenteret indenfor temaet *professionens møde med forældrene* tegner et billede af, at dette møde er komplekst. Familiers forskellighed og en normativ tanke om "den gode familie" er en del af det, der kan vanskeliggøre samarbejdet mellem sundhedsplejersken og forældrene. Endvidere har en del af den nyere forskning en særlig vægt på sundhedsplejerskens indsats hos udsatte familier. Ser vi på den udvalgte forskning med det historisk epistemologiske perspektiv er det relevant at forholde sig til hvilke spørgsmål, der stilles indenfor temaet professionens møde med forældrene, da spørgsmålets rammer angiver svarets rammer. Altså hvilke spørgsmål er det overhovedet muligt at stille til verden på det givne tidspunkt den foreliggende forskning blev skabt. Det er her det kritiske blik fra Foucault træder frem, idet vi ønsker at være særligt opmærksomme på, at enhver forskning er en problematisering, der angiver, hvad der kan vides, hvorledes den viden skal fremskaffes og hvordan den forvaltes (Jensen, 2005, p. 65). Denne undersøgelse vil udfordre nutidens fokusering på optimerende indsatser hos udsatte familier og problematisere den oversete normative funktion sundhedsplejerskeinstitutionen har på ressourcestærke forældre. Dette berører både Pedersen og Olesen i deres respektive forskning, og derfor vil det være relevant at sammenholde vores undersøgelsesresultater med deres. Vi forventer at indeværende undersøgelse, i kraft af vores historisk epistemologiske afsæt, kan anskue sundhedsplejerskens normative indvirkning på moderskabet på en anderledes måde som supplement til den allerede eksisterende forskning.

Dansk forskning

Det er relevant at redegøre for, hvorfor der primært er udvalgt dansk forskning. Vi problematiserer altså vores eget valg for at blive bevidste om, at vi udelukker noget ved kun at introducere dansk forskning. Med dette i tankerne vælger vi dog således, da vores undersøgelse tilstræber at få en videnssociologisk forståelse af den udvikling, der finder sted i sundhedsplejerskeinstitutionen i en dansk kontekst. Med det historisk epistemologiske blik forventer vi at identificere erkendelsesbrud indenfor sundhedsplejerskens fag. Disse erkendelsesbrud afspejler ikke kun de historiske betingelser for at bedrive videnskab på et

givent tidspunkt i historien, men er også geografisk bestemt. En tidsperiode, der understreger, hvorledes erkendelsesbrud manifesterer sig på forskellige tidspunkter, geografisk, er oplysningstiden. De revolutionerende nye tanker, som oplysningstiden medførte, manifesterer sig på vidt forskellige tidspunkter i historien. I Frankrig ytrer en af oplysningstidens markante tænkere, Voltaire, nogle af de første samfundskritiske tanker i starten af 1700-tallet, men oplysningstidens erkendelsesbrud udfolder sig først i Danmark i slutningen af det 18. århundrede. Vi ønsker derfor, at indeværende undersøgelse møder forskning, der omfatter de samme erkendelsesbrud og dermed forudsætter erkendelser og forståelser af, hvad virkeligheden er, på samme tidspunkt i historien.

Forskningsspørgsmål

Undersøgelsens formål er at forstå sundhedsplejerskeinstitutionen i et historisk epistemologisk perspektiv og gennem Foucaults begrebsunivers opnå indsigt i og nuancere, hvorfor og hvordan sundhedsplejersken har en normativ indvirkning på mødre i dag. Vi søger med vores undersøgelse ikke at rejse en egentlig kritik af sundhedsplejerskeinstitutionen, men snarere lave en problematisering og nuancering af, hvorledes sundhedsplejersken rummer en normativ funktion, hvor det der falder udenfor normen problematiseres.

Poul Bitsch Olsen og Kaare Pedersen identificerer i bogen *Problemorienteret projektarbejde* fire typer problemstillinger: Anomali, paradoks, planlægningsproblem og normalia. Med vores videnskabsteoretiske og analysestrategiske afsæt er det nærliggende at identificere vores problemstilling som en normalia, der er en form for problemstilling, der er kritisk over for selvfølgeligheder og tilsyneladende universelle sandheder (Olsen & Pedersen, 2003, p. 29-32).

Vi vil med inspiration fra Foucault ikke søge efter en løsning på problemet, men derimod lave en kritisk undersøgelse, hvor vi nuancerer og problematiserer, hvordan sundhedsplejersken har taget form og er blevet konstrueret. Gennem det konstruerede tekstarkiv, afdækker vi, hvordan sundhedsplejerskeinstitutionen er historiske situeret og hvordan diskurser har formet den videnskabelig erkendelse over tid. Med afsæt i dette analysestrategiske greb interviewer vi mødre i dag, for at få et indblik i hvordan sundhedsplejerskens historicitet kommer til udtryk i professionens møde med moderen. For, hvordan har sundhedsplejerskens normsættende funktion været med til at italesætte godt moderskab og dermed problematisere handlinger og praksisser, der falder uden for denne norm?

Med en historisk epistemologisk undersøgelse problematiserer vi således samtidens sundhedsplejerskeinstitution, hvorfor vores forskningsspørgsmål lyder som følger:

En historisk epistemologisk undersøgelse af sundhedsplejerskens normative indvirkning på moderskabet i tre historiske nedslag: 1930'erne, 1970'erne og i dag.

Undersøgelsens struktur

Vi kigger til én af sociologiens grundlæggere, Emile Durkheim, i relation til undersøgelsens indhold. For at forstå en institution, er det ikke tilstrækkeligt udelukkende at lytte til vidnesbyrder. Nej, Durkheim anser det for afgørende at anskue sociologien med en historisk dimension, for overhovedet at kunne tale om sociologi (1982, p.211-217). Denne undersøgelses struktur beror således på en analysestrategi, der indeholder to metodiske tilgange. Dette sker med afsæt i Durkheims udtalelse:

“instead of being overwhelmed by the extreme diversity of the given facts, one is soon struck by the very limited number of types, by the kind of impoverishment manifest when the same function is studied in different peoples or in different eras.” (Durkheim, 1982, p.224).

Den overordnede **analysestrategi**, er rammesættende for hele undersøgelsen. Undersøgelsens analyse deles i to, hvor vi anvender to forskellige analysestrategiske greb for at problematisere samtidens sundhedsplejerskeinstitution.

Første del, en **konstruktion af et tekstarkiv**, giver anledning til en problematiseringsanalyse af sundhedsplejerskeinstitutionen i 1930'erne, 1970'erne og i dag, med afsæt i Foucaults vidensarkæologi, genealogi og dispositiver samt Canguilhems dekonstruktion af normativitet. Med en historisk epistemologisk tilgang argumenterer vi for, at sundhedsplejerskeinstitutionens normative indvirkning på moderskabet er historisk situeret. Denne del er således en diskursiv magtanalyse, der afspejler Foucaults tidlige forfatterskab.

Anden del, en **konstruktion af det diskursive interview**, er fundamentet for en dispositivanalyse med afsæt i de analytiske fund fra den historiske konstruktion af sundhedsplejerskeinstitutionen og interviews med tre strategisk udvalgte førstegangsmødre. Anden del udfordrer fund fra undersøgelsens første del og problematiseringen af sundhedsplejerskeinstitutionen styrkes gennem dette metodiske træk - begrundet i Durkheims udlægning af sociologiens forskellige arenaer. Med den dispositive magtanalyse, som Foucault orienterer sig mod i sit sene forfatterskab, kan sundhedsplejerskeinstitutionen iagttages, som en del af det strategiske arrangement, der organiserer det sociale livs disposition (Mølholm & Vetner, 2016, p.49).

De to dele kan læses selvstændigt, men som en samlet analyse styrkes konklusionen på problemstillingen, idet Durkheim argumenterer for: *“In reality, so far as I know there is no sociology worthy of name which does not possess a historical character.”* (Durkheim, 1982, p.211). Det anlagte historiske perspektiv, sammenholdt med de nybagte mødres møde med

sundhedsplejersken, viser hvad der gennem tiden kendetegner sundhedsplejerskens vejledning til forældrene og hvordan dette er med til at forme moderskabet. De to analysedele er ligeligt essentielle, da de samlet set forventes at give et indblik i den sociale handlen, der pågår i samspillet mellem sundhedsplejersken og moderen.

Konstruktionen af en analysestrategi

I kraft af vores ståsted i den historiske epistemologi finder vi vort ontologiske udgangspunkt i anti-essentialismen, hvilket medfører, at der ikke eksisterer en endegyldig sandhed, virkelighed eller essens i eller bag tingene - selv det humanistiske subjekt, som vi kender det, er et historisk fænomen (Christensen & Hamre, 2018, p 22). Den anti-essentialistiske tilgang til verden afføder, at sandheden skabes og genforhandles kontinuerligt. Anti-essentialismen ses også i den problematiserende tilgang, som anlægges i denne undersøgelse. For at kunne arbejde med vores problematisering må selve forståelsen af begrebet udfoldes, hvorfor vi introducerer flere af Foucaults analysestrategiske tilgange til at arbejde med en problematisering.

Problematisering som logik

Vi bruger termen problematisering til at udfolde problemfeltet og undersøge forskningsspørgsmålet. Det er interessant at undersøge, hvordan Foucault forstår og bruger denne term, da hans filosofi er en filosofi om problemer. I en verden, der kan være farlig og hvor det enkelte menneske kan være farligt, både overfor sig selv og andre, krystalliserer *faren* sig til et problem, der handler om at styre sig, styre andre og styre andres styring af dem selv (Jensen, 2005, p. 19; Foucault, 1984b, p. 343). For at omsætte dette til indeværende kontekst kan man sige, at *faren* her vedrører det lille barn og dets trivsel, ja sågar dets overlevelse. Sundhedsplejersken skal sikre barnet de bedste vilkår og dermed en styring af forældrene med det formål, at de kan praktisere selvstyre i forhold til barnets optimale pleje.

Foucault er i sine historiske undersøgelser nysgerrig på *hvorfor* og ikke mindst *hvordan* fænomener får status som problemer. Der er ikke tale om årsagsforklaringer i traditionel forstand, men derimod netop en reference til den historisk epistemologiske arv som Foucault udspringer af. (Christensen & Hamre, 2018, p. 49). Der er tale om en logik, der søger at forstå, hvorfor og hvordan eksempelvis et socialt fænomen, på et bestemt tidspunkt i historien, får status som problematisk. Sundhedspolitiske tiltag, som indførelse af sundhedsplejerskens tilsyn i 1937 kan netop ses som en problematisering, altså en reaktion på noget, der i dette tilfælde er spædbørnsdødelighed. Indførelsen af sundhedsplejen må her ses som en form for 'kreation'. Begrebet kreation illustrerer her, at det ikke er muligt at estimere, hvilken problematisering, der bliver til i en given historisk kontekst. De samme udfordringer kan lede til vidt forskellige problematiseringer - og derigennem løsninger (Christensen & Hamre, 2018, p. 51). Der er således tale om, at løsningen på den relativt høje spædbørnsdødelighed i starten

af 1900-tallet, for så vidt kunne have taget mange forskellige former. Netop denne tilfældighed i forhold til, hvordan fænomener udvikler sig, stiller vi skarpt på med problematisering som logik. De såkaldte *børneplejestationer*, der er indskrevet i *lov om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blandt børn i det første leveaar* fra 1937 er et godt eksempel herpå. Af loven fremgår det, at børneplejestationerne kan få dækket ind til halvdelen af driftsudgifterne hvilket også er tilfældet for sundhedsplejeordningen (13)¹. Hvorfor, der i dag ikke er nogen børneplejestationer, men derimod en selvfølgelig institution, der kommer direkte ud i familiernes allermest private rum, giver anledning til nysgerrighed. I mødereferat fra Sundhedsstyrelsen d. 8. maj 1937 fremgår: "*Ser med bekymring den raadende Tendens til Oprettelse af Børneplejestationer. I Sundhedsstyrelsens Udkast til Loven var Børneplejestationer ikke nævnt. Børneplejestationerne maa tolereres i Byerne, men Tilsynet i Hjemmene, selve Sundhedsplejen, er vigtigst*" (35). Det er her medicinaldirektøren fra Sundhedsstyrelsen, professor Monrad, der refereres til og dette mødereferat giver et unikt indblik i, hvordan institutioner, praksisser og handlinger spiller ind i dannelsen af sundhedsplejen som vi kender den i dag.

Denne problematisering af fænomener er ligeledes et skel mellem det, der opfattes som kulturelt normalt og noget, der på den anden side opfattes som afvigende i den enkelte kulturelle kontekst. Denne distinktion medfører derfor, at problematiseringer får betydning for, hvornår man som menneske anses for normal og hvornår man anses for afvigende (Christensen & Hamre, 2018, p. 51). Distinktionen er her interessant, da sundhedsplejersken kommer til at repræsentere normen for god spædbarnspleje og derigennem, hvordan man skal være forældre. Alt hvad sundhedsplejersken påberåber som norm omkring det lille barn, det være sig amning, hygiejne, tilknytning og forebyggende sundhedsindsatser inkluderer nogle bestemte handlinger og ekskluderer dermed andre handlinger. Det interessante her er at skrælle de diskursive lag af og dykke ned i, hvad der ligger til grund for den viden og dermed erkendte sandhed, som sundhedsplejersken baserer sin vejledning og ikke mindst sit tilsyn på.

George Canguilhem

Når vi beskæftiger os med problematiseringen, og særligt Foucaults blik derpå, er det relevant at undersøge det fundament Foucault bygger sin forståelse på. Derfor inddrager vi én af den

¹ Denne reference til (13) henviser til vores tekstarkiv, som fremgår af bilag 1. Vi vil fremadrettet i undersøgelsen fortsætte med at henvise til et (nr.), hvis dokumentet er en del af vores tekstarkiv.

historiske epistemologiske tænkere, filosof og læge, George Canguilhem. Han var en form for lærer for Foucault. Han udgav sit hovedværk *The normal and the pathological* i 1943, genudgivet med tilføjelser i 1966 og 1989, som er et afgørende bidrag til videnskabshistorien. Canguilhem introduceres, idet han anlægger et sundhedsfagligt perspektiv, men i særdeleshed fordi han dekonstruerer begreberne normal og patologisk gennem en historisk problematisering af selvsamme begreber. Hans historiske epistemologiske blik er et brud med positivismen og rationalismens syn på normalitet, der indebærer en erkendelse af virkeligheden, der bygger på værdineutrale og systematiske beskrivelser af positivt forekommende fænomener (Ljungdahl, 2013, p.17). Canguilhem finder, at det normale hverken er et gennemsnit eller afspejler en lov om normal funktion. Det er derimod en norm, som dannes i en specifik kontekst, hvilket indebærer, at det normale er individuelt og skal derfor ses i sammenhæng med det miljø, det er opstået i. Grænsen mellem det normale og det patologiske vil være upræcist, da forholdet ikke lader sig generalisere, hvilket der til forskel for Canguilhems betragtninger er kernen i positivismen (Tiles, 1993, p.737). Canguilhem skriver således:

“The concept for norm is an original concept which, in physiology more than elsewhere, cannot be reduced to an objective concept determinable by scientific methods. Strictly speaking then, there is no biological science of the normal. There is a science of biological situations called normal” (Canguilhem, 1989, p. 228)

Canguilhem problematiserer selve tanken om, at det normale findes som en endegyldig størrelse. I hans arbejde bliver det tydeligt, at problematiseringens logik drejer sig om normativitet og ikke mindst afvigelse. Han tager afstand fra ideen om sundhed som en positiv faktor og sygdom som noget negativt, der knytter an til henholdsvis det normale og det patologiske. Set fra hans perspektiv kan medicinen ikke videnskabeligt sætte lighedstegn mellem den sunde tilstand og den normale tilstand. Et individ er sundt såfremt vedkommende er normativ i forhold til dennes miljø (Tiles, 1993, p.733-7334). Gennem Canguilhems problematisering af det normale forholder han sig kritisk til, hvordan og hvorfor noget bliver normativt og andet bliver patologisk.

Canguilhems blik anvendes i indeværende undersøgelse til at problematisere den form sundhedsplejen har i dag gennem en dekonstruktion af den viden og normativitet, der ligger til grund for sundhedsplejerskens virke.

Uden at gå for dybt ned i *The normal and the pathological*, er det væsentligt at sige, at Canguilhem på den ene side underminerer ideen om, at medicin er videnskabelig i den forstand, at den er fuldstændig faktuel og objektiv. Gennem en problematisering af medicinens historie demonstrerer han, at dens mål ikke er naturligt 'givet', men når man bedriver videnskab, så arbejder man 'indenfor sandheden', som eksplicit eller implicit er i overensstemmelse med, hvad der historisk betragtes som sandhed. Canguilhems værk understreger vigtigheden af at forholde sig undersøgende til selve videnskabens historie ved at identificere de erkendelsesbrud, der udspiller sig gennem historien (Tiles, 1993, p. 733). Canguilhems perspektiv muliggør, at vi kan identificere de erkendelsesbrud, der er opstået i sundhedsplejens levetid og hvad dette har betydet og ikke mindst betyder for sundhedsplejerskens praksis i dag.

Michel Foucault

Efter ovenstående introduktion til problematiseringens logik samt inddragelse af Foucaults læremester, Canguilhem, vil de næste afsnit præsentere *vidensarkæologien, genealogien og dispositivet* med henblik på at forstå, hvordan Foucault analytisk arbejder med den problematiserende tilgang. Foucaults analytiske værktøjskasse kan anvendes til at problematisere aktuelle og nærmest fastlåste opfattelser af samfundsmæssige fænomener. Hans analysemetoder foretages alle med afsæt i en kritisk og alternativ historieforskning, der bryder med ideen om en total historie, der forudsætter en ide om at identificere et samlet princip, der bestemmer en given periodes udvikling (Kristensen, 2010, p.389-401).

Denne historicitet gør sig ligeledes gældende for Foucaults magtforståelse, der er uløseligt forbundet med viden. Viden er, i Foucaults optik, en iboende del af alle magtrelationer og de to begreber er både afhængige af hinanden, men også en forudsætning for hinanden (Nilsson, 2009, p. 81). Netop dette fokus på magt-vidensrelationer, mennesker imellem, står i centrum og det er denne optik og forståelse af magt, der gør Foucault interessant i forhold til indeværende problematisering af sundhedsplejerskeinstitutionen. Det dialektiske forhold mellem magt og viden muliggør netop et blik for, hvorledes diskurser har sociale konsekvenser for hvilke handlinger, der kommer til udtryk i relationen mellem sundhedsplejersken og moderen (Nilsson, 2009, p. 81; Jensen, 2005, p. 185). I relationen mellem sundhedsplejersken og moderen, er magten dynamisk og ikke statisk, og udøves ifølge Foucault fra en strategisk position. Foucaults magtanalyser handler om en strategisk afdækning af det rum, der er

tilgængeligt for sundhedsplejersken. Dette betyder ikke, at sundhedsplejersken ikke er 'herre i eget hus' i forhold til, hvorvidt hun er klar over, hvornår hun udøver en form for magt over moderen. Der er tale om en rationel kalkulerende af handlemuligheder i forhold til, hvad hun vil gøre i en given situation; derimod kan sundhedsplejersken ikke overskue endsige vurdere, konsekvenserne af disse handlinger over for moderen - magten producerer således også en modmagt (Nilsson, 2009, p. 82-83; Jensen 2005, p. 186). Filosof Anders Fogh Jensen opsummerer Foucaults magtforståelse således:

“Magten undertrykker ikke bare, men producerer hele tiden, formerer sig, magt er lyst, og magten inciterer, fremmer, normere, opskriver problemer og foreslår løsninger, og alligevel er der næsten altid en modstand mod magten, som ganske vist ikke står uden for magten, men er dele af det forhold som magten indgår i, deres irreduktible modstykke” (Jensen, 2005, p. 186).

De følgende præsentationer af Foucaults analysestrategiske greb vil derfor også give et indblik i, hvordan magt-vidensrelationen mellem moder og sundhedsplejerske manifesterer sig i sundhedsplejerskeinstitutionen.

Vidensarkæologi

I 1969 udgiver Foucault en form for metodebog: *Vidensarkæologien*, som er inspireret af Immanuel Kants anvendelse af begrebet arkæologi. Den arkæologiske analysemetode og beskrivelsen heraf i *Vidensarkæologien* er i høj grad en efterrationalisering af, hvordan Foucault i de foregående år har arbejdet, og ikke et program for, hvordan han vil arbejde fremadrettet (Andersen, 1999, p.40). I bogen laver Foucault en sondring mellem *udsagn*, *diskurs* og *diskursformation*. Udsagnet er diskursens mindste enhed, men samtidig den konstituerende enhed, der gennem italesættelse bringer fænomener til deres eksistens. Diskursen er den samlede mængde af udsagn, som er formuleret. Diskursformation betegner en systematisk afdækning af udsagnene og etablerer regularitet i spredning af udsagn (Kristiansen, 2010, p.391). Foucault kommer det nærmere således:

“I det tilfælde, hvor man mellem et vist antal ytringer kunne beskrive et sådant spredningssystem; i det tilfælde, hvor man mellem objekterne, fremsigelsestyperne, begreberne, de tematiske valg, kunne definere en regelmæssighed, vil man som en vedtagelse sige, at man har at gøre med en diskursiv formation...” (Foucault, 2005, p. 82).

Udsagnene og diskursen identificeres i et udvalgt arkiv. Arkivet er i Foucaults terminologi et system af formationer og transformationer af udsagn og dermed et system for, hvordan udsagn

grupperes og kombineres, og hvordan de samler sig i enheder og skaber diskurser, der definerer og sætter grænser for, hvad der er muligt at formulere og tænke i et samfund på det bestemte tidspunkt i tiden (Nilsson, 2009, p. 50-51). Det er her væsentligt at nævne, at de diskurser og diskursformationer, der identificeres i arkivet, ikke er reelt eksisterende fænomener, men et produkt af forskerens konstruktion. Det videnskæologiske arbejde består, forenklet sagt, i at 'opfinde' den regularitet, som karakteriserer de diskurser, der findes i arkivet (Kristiansen, 2010, p. 391). Arkivet kvalificeres ifølge Foucault således:

“One ought to read everything, study everything. In other words, one must have at one’s disposal the general archive of a period at a given moment. And archaeology is, in a strict sense, the science of this archive” (Foucault, 1994a, p. 263).

Arkæologien er den viden, der findes i et givent konstrueret arkiv. Videnskæologien giver anledning til et opgør med og en problematisering af tilfældighederne, idet enhver institution, værdi eller praksis er et produkt af kampe og udvælgelse, der kunne have udviklet sig anderledes. Formålet er ikke at dømme udfaldet, men at pointere, at tingene kunne have udviklet sig anderledes, og at dette ville medføre andre fordele og ulemper (Foucault, 2005, p.7-8). Målet med videnskæologien er ikke at omstyrte samfundet eller verden som vi kender den, men Foucaults sigte er derimod, at afdække de tilskæringer, der ligger til grund for måden, vi har indrettet os på i verden (Foucault, 2005, p.20).

Vi bruger videnskæologien til at identificere de diskursformationer, der har sat dagsorden for tilblivelsen af sundhedsplejerskeinstitutionen og vi ser her, hvordan problematiseringens logik trækker tråde fra videnskæologien. Dette da metoden netop problematiserer genstandsfeltet, sundhedsplejersken, og bringer de kampe og udvælgelser frem i lyset, der har dannet og formet institutionen, som vi forstår den i dag (Foucault, 2008a, p. 10). Ved netop at identificere og undersøge diskursernes karakter illustrerer vi, hvordan diskurser viderefører og ikke mindst producerer magt, hvorved magten forstærkes og spredes. Ligeså vel som diskurser kan forstærke og sprede magten, kan de også undergrave magten og dermed rumme spiren til modstand (Nilsson, 2009, p. 88).

Genealogi

Genealogien skal ikke forstås som adskilt fra videnskæologien. De to metoder fremstilles ofte som to perioder i Foucaults forfatterskab, men genealogien skal snarere ses som videnskæologiens historiske dimension. Foucault supplerer videnskæologiens kritiske

analysemetode med den genealogiske metode i essayet *Nietzsche, Genealogy, History* fra 1971. Med inspiration fra Nietzsche udvikler han den genealogiske metode, men hvor Nietzsche eftersøger begreberne *Ursprung* (oprindelse) og *Herkunft* (herkomst) i værker som *Menschliches*, *Allzu menschliches* og *Zur Genealogie der Moral* går Foucault sine egne veje. Dette viser sig, da han tager en afmærkning fra Nietzsches forståelse af genealogien i førnævnte essay. Foucault sætter her begreberne oprindelse og herkomst i opposition til hinanden og fremfører dermed sin egen genealogiske metode, som et opgør med den herskende traditionelle og lineære historieskrivning (Foucault, 1971, p. 140). Med Foucaults genealogi eftersøger vi således ikke genstandsfeltets sande oprindelse (*Ursprung*), men vi undersøger og dykker derimod ned i, dets opståen (*Entstehung*) og herkomst (*Herkunft*). Den genealogiske undersøgelse gør det, ifølge Foucault, muligt at identificere tilfældigheder, afvigelser, antagelser og fejlagtige slutninger, der har formet, hvad der har betydning for os i dag. Eftersættelsen af begrebet 'Herkunft' muliggør at forstyrre, desintegrere og fremvise heterogenitet, hvor man tror der hersker homogenitet (Nilsson, 2009, p. 70) Foucault uddyber:

"Genealogy does not oppose itself to history as the lofty and profound gaze of the philosopher might compare to the molelike perspective of the scholar; on the contrary, it rejects the metahistorical deployment of ideal significations and indefinite teleology's. It opposes itself to the search for "origins"." (Foucault, 1971 p. 77).

I samspil med vidensarkæologien åbner genealogien op for muligheden for at problematisere, hvorledes diskurser bliver afgrænsede og dermed, hvordan nye diskursformationer opstår, eller på uventet vis fremkommer, netop affødt af de afgrænsninger, der er pålagt (Raffnsøe, Gudmand-Høyer & Thaning, 2009, p. 44).

Foucault mener, at man i en genealogisk analyse bør kigge på tre domæner: viden, magt og normer. Vi anvender disse domæner for at opnå en forståelse af, hvordan mødre subjektiveres som etiske og korrekte subjekter gennem mødet med sundhedsplejersken. Domænet *viden*, rummer den viden, der konkret er tilgængelig om det lille barns udvikling, når det gælder tilknytningen til de primære omsorgspersoner. Når sundhedsplejersken besøger moder og barn i de allerførste *vigtige* uger, er det netop tilknytningsteori som sundhedsplejersken læner sig op ad. Tilknytningsteorien udspringer af den psykologiske diskurs og er dermed toneangivende for, hvad der anses for 'sand' viden, når man skal vurdere barnets trivsel (Andersen, 1999, p.57-58; Christensen & Hamre, 2018, p. 93).

Når vi gør brug af domænet *magt*, er det for at se, hvad der inkluderes og hvad der ekskluderes. Et eksempel er, at amning i dag inkluderes som et sundhedsfremmende valg for det lille barn (og moderen), mens det ekskluderes, at man i dag, opdrager børn med fysisk afstraffelse. Her er det dog vigtigt at påpege, at den genealogiske metode ikke er normativ, men derimod udelukkende sigter mod at identificere evolutionen af et givent fænomen (Christensen & Hamre, 2018, p. 94).

Domænet *normer* muliggør, at vi kan bevæge os imellem, hvad der anses for godt og ondt/dårligt i forbindelse med handlinger. Her er det afgørende, at der ikke er tale om, at genealogien går ind og tager stilling til, hvorvidt der er tale om gode eller onde/dårlige handlinger; formålet er at opnå indsigt i, hvordan handlingerne forstås og fortolkes på lige netop det tidspunkt og i den pågældende sammenhæng (Christensen & Hamre, 2018, p. 94). Konkret for vores undersøgelse har domænet f.eks. betydning for vores mulighed for at stille skarpt på den normative indvirkning sundhedsplejerskens vejledning har på forældrene og i særdeleshed moderen. I dag vil de færreste forældre lade deres spædbarn ligge i sin seng og græde/skrige uden at reagere herpå. Men denne tilgang til spædbarnets søvn havde for bare 30 år siden været fuldt ud acceptabel (Estivill & Béjar, 2000).

Vi anvender den genealogiske metode til at opnå øget indsigt i sundhedsplejerskens felt, herunder, hvordan sundhedsplejersken som aktør, har mulighed for at forholde sig til egen praksis. Igennem genealogien opnår vi en forståelse af, hvordan sundhedsplejersken foretager kategoriseringer og derigennem etablerer skel i arbejdet med familierne. Her ser vi atter problematiseringens logik træde frem da vi, ved at undersøge sundhedsplejerskens opståen og herkomst, bruger domænerne til at problematisere den form som sundhedsplejerskeinstitutionen har i dag.

Dispositiv

I sit sene forfatterskab søger Foucault med værket *Seksualitetens historie - viljen til viden* at indfange magtbegrebet, med termen *dispositiv* (dispositif), der giver anledning til en mere kompleks magtforståelse som en form for "*nedefra kommende mikrointentioner, der danner mønstre - dispositiver- som andre intentioner og målsætninger kan på- og afkoble sig*" (Jensen, 2005, p. 86). Dispositivet er en form for metabegreb, der tydeliggør den indbyrdes sammenhæng mellem diskurser, institutioner, praksisser og teknologier. Dispositivet kan betragtes som en udvidelse af den genealogiske metode, der muliggør analyser af såvel brud

som diskontinuitet. Med dispositivet indfanger Foucault det niveau, hvor der finder en *“rudimentær sedimentering af den sociale omgang sted”* (Raffnsøe et al., 2009, p. 217; Christensen & Hamre, 2018 p. 54-55). Med andre ord, det niveau, hvor de helt spæde, gryende sociale relationer er i færd med at blive til, manifestere og etablere sig. Dispositivet er først og fremmest en form for organisering af et *stof*, der spreder en række elementer i forhold til hinanden og derigennem forbinder disse elementer med hinanden. Der er således tale om en relationel størrelse, der giver mulighed for at indfange det enkelte dispositiv i kraft af formationen mellem dets enkelte dele (Raffnsøe et al., 2009, p. 217).

Foucault definerer selv dispositivet således:

“What I’m seeking to characterize with this name [dispositive] is, first of all, an absolutely heterogeneous assembly which involves discourses, institutions, architectural structures, regulatory decisions, laws, administrative measures, scientific enunciations, philosophical, moral, and philanthropic propositions; in short: as much the said as the un-said, these are the elements of the dispositive. The dispositive is the network, which is arranged between these elements... with the term dispositive, I understand a type of - so to speak - formation which in a certain historical moment had as its essential function to respond to an emergency. The dispositive therefore has an eminently strategic function...” (Foucault, 1980, p.194)

Som Jensen påpeger, i forordet til *Overvågning og straf*, er formålet med bogen at skitsere et kort over alle disse forbindelseslinjerne, der løber mellem de forskellige funktioner og hændelser, der går til og fra straf som sociologisk fænomen. Dette kort over forbindelseslinjer udgør dispositivet (Foucault, 2008a, p. 7-10).

Et dispositiv er ikke en fasttømret og lukket størrelse med et allerede defineret genstandsfelt, men derimod en form for apparat, der er følsom og påvirkelig over for uventede begivenheder, der kan penetrere og indvirke på dispositivet. Disse uventede indvirkninger på dispositivet medvirker til et konstant bidrag til og ændring af dispositivets komposition (Raffnsøe et al., 2009, p. 219).

Ved Foucaults forelæsningsrække i 1978 søger han at analysere den vestlige historie som en dispositivhistorie, der først og fremmest består af tre forskellige typer af dispositive: *lovdispositivet*, *disciplindispositivet* og *sikkerhedsdispositivet*. Årsagen til netop denne afgrænsning er ifølge Foucault, at netop disse tre dispositive har haft en særlig indflydelse på, hvordan Vestens historiske udvikling i forhold til, hvordan den menneskelige væren og sociale relationer har organiseret sig på (Raffnsøe et al., 2009, p. 219).

Lovgivningen, herunder dens udførelse, er i Foucaults optik, som tidligere anført, et dispositiv, da der gennem lovgivningen sker en tydelig opdeling af det forbudte og det tilladte. Loven fordrer en bestemt måde at agere på i verden og sikrer dermed en orden, som man bør rette sig efter, da alternativet kan afstedkomme sanktioner for den, der ikke indretter sig derefter. Når loven håndhæves, markerer man tydeligt overfor det omgivende samfund, hvad der her er ønsket og hvad der er uønsket, dette netop for at understrege, over for det uønskede, at det netop ikke er ønsket (Raffnsøe et al., 2009, p. 220). I disciplindispositivet ses helt andre forbindelseslinjer at tegne sig; der er her tale om en forebyggende teknologi, der via disciplin søger at forhindre, at den uønskede adfærd overhovedet opstår: *“Disciplinen griber ind i sin genstands daglige eksistens og former den således at den for fremtiden kan forventes at fungere på en ønskelig måde.”* (Raffnsøe et al., 2009, p. 220). På samme vis som lovdispositivet søger at indvirke på og forme sin omverden, ønsker disciplindispositivet at forebygge det uønskede og dermed forhindre, at det uønskede overhovedet får en mulighed for at opstå (Raffnsøe et al., 2009, p. 220). Opsummerende for de to førstnævnte dispositiver kan det siges, at der er tale om to dispositivtyper, der influerer, former og er normsættende for den omgivende verden; lovdispositivet ved at afgrænse, hvad der er ønsket og hvad der er uønsket og disciplindispositivet ved at forebygge og dermed eliminere det uønskede således det umuliggør, at det uønskede opstår. Denne distinktion viser Jensen, når han skelner mellem:

“... på den ene side de dispositiver, der fastlægger bestemmelser, før det leder det levende, og på den anden side de dispositiver, der prøver at sikre det levendes maksimale egenudfoldelse.”

(Jensen, 2005, p. 258).

Dette bringer netop lov- og disciplindispositivet nærmere hinanden således disse står over for sikkerhedsdispositivet, der er et produkt af de liberale menneskeledelsesteknikker (Jensen, 2005, p. 258).

Sikkerhedsdispositivet er ikke i sig selv forebyggende, men derimod udbedrende teknologier. Det vil sige, at sikkerhedsdispositivets formål ikke er at sondre mellem det ønskede og det uønskede. Formålet er derimod at opbygge forskellige handlemuligheder, der gør det muligt at takle, hvad end der måtte komme af uforudsete udfordringer, dette med henblik på at undgå skadelige følger og endda potentielt profitere af dette. Sikkerhedsdispositivet har således en normaliserende funktion, da det handler ud fra, det der aktuelt er. (Raffnsøe et al., 2009, p. 220; Christensen & Hamre, 2018 p. 142). Store mængder analyser, statistikker og målinger foranlediget af velfærdsstaten, er eksempler på, hvorledes staten ønsker at kontrollere

befolkningen, med det formål at normalisere det utilsigtede. Et eksempel på denne normaliserende funktion er sundhedsplejersken i mødet med den nybagte familie. Sundhedsplejersken træder ind over dørtærsklen til familiens privatsfære og korrigerer i nuet f.eks. i forhold til amning, søvn og hygiejne. Dette med afsæt i sundhedsstyrelsens gældende anbefalinger vedrørende spædbarnspleje.

I relation til dispositivet tegner vi linjer til *problematiseringens logik*, da der til ethvert problem ikke alene knytter sig de spørgsmål, som problemet er svar på, men også mulige løsninger, der tilbydes disse problematiseringer. Her kommer dispositivet, i sine forskellige forklædninger, ind i billedet og udgør en art tendenser til forskellige løsningsmodeller, der er foranderlige alt efter hvilken tid vi møder dem i. Et dispositiv kan således anses som en konstruktion, der muliggør et analytisk blik på forbindelsen mellem forskellige elementer (Jensen, 2005, p. 264; Christensen & Hamre, 2018, p. 57). Når vi inddrager dispositivbegrebet, belyser vi sammenhængen mellem diskurser, institutioner, praksisser og teknologier, der dels kan have en relativ indvirkning på begivenheder, dels kan have en normativ og ledende funktion. I selve termen *dispositiv* ser vi en semantisk korrelation til ordet *disponeres*, der netop indbefatter, at man har en tendens til at handle på en bestemt måde. At disponeres er ikke ensbetydende med, at man altid vil handle på en bestemt måde, da der netop er tale om, at dispositivet har en foreskrivende virkning, hvorfor der ikke er tale om en traditionel årsagssammenhæng (Christensen & Hamre, 2018, p. 54 -55). Vi anvender dispositivet, da vi ser en klar sammenhæng mellem Foucaults tanker om sikkerhedsdispositivet og den disciplinære og normative indvirkning vi formoder sundhedsplejersken har på moderskabet. Særligt i dag forventer vi, at sikkerhedsdispositivet kan kaste lys over forholdet mellem individ og samfund i en sociologisk kontekst.

Konstruktionen af et tekstarkiv

Dette afsnit udfolder analysestrategien for første del - altså den historiske dimension af vores sociologiske undersøgelse. Vi præsenterer her analyseværktøjet, som er en syntese af de præsenterede analysemetoder og teori. Derefter anskueliggør vi hvilke overvejelser, der ligger til grund for henholdsvis valg af tidsperioder, søgekriterier for vores empiri og til sidst selve empiriindsamling.

Analyseværktøj

Vi analyserer historisk epistemologisk og med en problematiserende logik, der er inkorporeret i konstruktionen af et analyseværktøj. Analyseværktøjet er en syntese af vores analysestrategi, der sikrer, at vi fastholder det kritiske blik på empirien. Vi er bevidste om, at vores metodiske og teoretiske valg giver adgang til en specifik konstruktion af vores empiri, og havde vi gjort brug af Pierre Bourdieu eller Max Weber havde sundhedsplejerskeinstitutionen fremstået på en anden måde.

Når vi problematiserer nutidens sundhedsplejerskeinstitution, er den historiske epistemologi den overordnede ramme. Ved at undersøge de videnskabelige betingelser for sundhedsplejerskens praksis, opnår vi en forståelse af, hvordan dette skaber erkendelser af virkeligheden i de tre tidsperioder: 1930'erne, 1970'erne og i dag. Formålet med analyseværktøjet er, at vi med et historisk epistemologisk blik kan indfange, hvordan sundhedsplejerskens vidensgrundlag medfører en normativ indvirkning på moderskabet – i tråd med Canguilhems problematisering af det normale og det patologiske. Canguilhems dekonstruktion af normalbegrebet indgår implicit i analyseværktøjet, idet undersøgelsens grundlæggende formål er at problematisere sundhedsplejerskeinstitutionen og stille sig kritisk over for dennes normative indflydelse på moderskabet. Den historiske epistemologiske tilgang skærper ligeledes vores bevidsthed om, at vi analyserer empirien ud fra et nutidigt blik, hvorfor vi må være særligt opmærksomme på, at 1930'erne vil fremstå mest eksotisk og fremmed. Den historiske epistemologi sætter en ramme for analyseværktøjet, som fordrer, at vi ikke retter en kritik af den virkelighed, der hersker i den enkelte periode, men derimod forholder os nysgerrigt til omstændighederne for den viden/sandhed, der muliggjorde denne virkelighed. Den anden gennemgående ramme for analyseværktøjet er den problematiserende tilgang. Hensigten er at stille skarpt på netop det, der problematiseres af sundhedsplejerskeinstitutionen i den konkrete tidsperiode. Vi bruger derfor analyseværktøjet

til at analysere hvorfor og hvordan sundhedsplejersken fremstiller nogle handlinger/sandheder som normative og andre som afvigende, og hvordan disse er forankret i den videnskabelige diskurs, der hersker i en given tidsperiode.

For at identificere en diskurs anvender vi Foucaults vidensarkæologi og genealogi. Foucaults terminologi omkring diskurs og i særdeleshed *begreb*, *diskurs* og *diskursformation* har afgørende betydning for, hvordan vi fastslår, at en diskurs er med til at konstruere sundhedsplejerskeinstitutionen. Når vi analyserer diskursers konstruktion vidensarkæologisk ser vi et samspil mellem den historiske epistemologi, idet vidensarkæologien muliggør at arbejde i dybden med, hvordan viden/sandhed træder frem og er toneangivende for sundhedsplejersken på forskellige tidspunkter i historien. Den dybde som vidensarkæologien giver anledning til gør det muligt at sammenligne de diskurser, der træder frem på tværs af tidsperioderne. Foucaults genealogi bidrager til at indfange og observere slægtskabslinjer med vores analyseværktøj. Genealogien arbejder i bredden og bidrager, i højere grad end vidensarkæologien, til at anskue, hvordan et fænomen eller en diskurs har slægtskabslinjer tilbage i historien. Den genealogiske metode medvirker til at problematisere sundhedsplejerskens selvfølge og socialiserende rolle i samfundet og belyser, hvordan denne praksis er konstrueret historisk. Umiddelbart bryder det med genealogiens væsen, at vi slår ned i tre udvalgte tidsperioder, men den medtages, da den gør det muligt at forfølge et kritisk perspektiv.

Foucaults term dispositivet skaber en forståelse af den indbyrdes sammenhæng mellem diskurser, institutioner og praksisser. Dispositivet anvendes i analyseværktøjet til at analysere, hvordan sundhedsplejerskeinstitutionen konstruerer løsninger på problematiseringer i en given tidsperiode.

Konstruktionen af analyseværktøjet er skabt med inspiration fra en tidligere undersøgelse om sundhedsplejersken i et historisk perspektiv, som vi har lavet under kandidatuddannelsen til pædagogiske sociologer (Mikkelsen & Grønbech, 2019, p. 11). Vi har dog udviklet videre på det i kraft af den yderligere indsigt vi har fået i historisk epistemologi og problematiseringens logik. Derfor ser analyseværktøjet således ud i dag:

Model 1: Analyseværktøj		
Præsentation af teksten		
Årstal og titel	Teksten omhandler	Afsender

Udsagn				
“...”	Begreber	Domæner	Dispositiv	Videnskabelig tendens
		Viden: Magt: Normer:		

Til og fravalg af tidsperioder

Dette afsnit indeholder en gennemgang af lovgivningen på området for sundhedsplejersken med henblik på at kvalificere udvælgelsen af hvilke tidsperioder vi indhenter empiri fra. Der er sket en gradvis udvikling i hjemlen for oprettelse og indførelse af ordningen vedrørende tilbud om sundhedspleje til danske forældre. Når vi udvælger specifikke tidsperioder, bærer dette reminiscens af vidensarkæologien, hvor vi dykker ned i udvalgte arkiver af udsagn, diskurser og diskursformationer for at illustrere, hvad der er muligt at tænke og sige i en given periode (Nilsson, 2009, p. 50-51). Genealogien bringes i anvendelse, da vi dykker ned i tre perioder, frem for eksempelvis blot én. Dette giver mulighed for at iagttage sundhedsplejerskens slægtskabslinjer i en periode på omtrent 83 år. Vi arbejder således både i dybden, men også i bredden. Når vi går genealogisk til værks, må der nødvendigvis også tages udgangspunkt i vores samtid (Heede, 2004, p. 55).

I 1937 vedtages *Lov til bekæmpelse af Sygelighed og Dødelighed blandt Børn i de første Leveaar*. I den spæde start af indførelsen af sundhedsplejen, **kan** kommunerne vælge at ansætte sundhedsplejersker i bekæmpelsen af sygelighed og dødelighed blandt børn i de første leveår (13). I 1973 sker der en ændring i semantikken med vedtagelse af lov om sundhedsplejeordninger, da alle kommuner nu **skal** ansætte sundhedsplejersker og derigennem tilbyde og yde vederlagsfri vejledning og bistand med hensyn til

sundhedstilstanden hos børn, der er under den undervisningspligtige alder (52). Der ses således to vigtige ændringer med den nye lov, der dels indebærer et skifte i ordlyden, fra 'kan' til 'skal' og dels varsler et øget fokus på ikke kun det spæde barn, men også førskolebarnet. I dag er der stadig stort politisk fokus på sundhedsplejerskers arbejde, hvorfor der også tilføres øget kapital til sundhedsplejeområdet. Dette ses blandt andet i tidligere VLAK-regeringens initiativ *1.000-dages-programmet - en bedre start på livet*, hvor sundhedsplejerskers indsats i udsatte familier spiller en væsentlig rolle. Den seneste lovgivning på området, der særligt henvender sig til sundhedsplejerskens virke, kan findes i Sundhedslovens kapitel 36 gældende fra november 2018. Her fremgår det af sundhedslovens kapitel 36 § 120, at kommunerne nu skal "*... bidrage til at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse.*" (83). Endvidere iagttager vi en yderligere udvidelse af sundhedsplejerskens formål samt målgruppe, således det ikke længere er førskolebarnet, der er omfattet af sundhedsplejerskens ydelser, men nu skal kommunalbestyrelsen tilbyde: "*... alle børn og unge vederlagsfri sundhedsvejledning, bistand samt funktionsundersøgelse ved en sundhedsplejerske indtil undervisningspligtens ophør.*" (83). Sluttelig ser vi i *Bekendtgørelse af forebyggende sundhedsydelse for børn og unge* en udvidelse af, at sundhedsplejerskens virksomhed nu også skal omfatte "*... sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger over for børnene og deres miljø i hjem, daginstitution, kommunal dagpleje og skole.*" (66). Vi iagttager dermed tre tendenser i nutidens lovgivningskompleks; der er nu tale om, at sundhedsplejersken skal sikre grobunden for en sund voksentilværelse. Sundhedsplejen omfatter nu ikke kun børn frem til førskolealderen som i 1970'erne, men udvides til at omfatte børn i den undervisningspligtige skolealder. Til sidst iagttages det, at sundhedsplejersken tidligere primært havde fokus på barnets nærmiljø, altså hjemmet, men i dag indebærer deres arbejde også en opmærksomhed på barnets udvidede miljø.

De tre udvalgte tidsperioder fortæller en historie om en institution, der tiltager i styrke og omfang, både i forhold til målgruppen for ydelserne og tilsynet, men også i forhold til ikke kun at dreje sig om barnet eller den unge, men i høj grad også det voksne menneske som barnet på sigt skal udvikle sig til. Når vi vælger disse tre, ovenfor beskrevne perioder ud, må vi nødvendigvis også være os bevidste om, at vi vælger noget fra. Her er det vigtigt at nævne, at der i 1963 blev vedtaget en ny lovgivning på området; *lov om sundhedsplejeordninger*. Af denne lov fremgår det, at kommunerne **bør** ansætte sundhedsplejersker med det formål: "*... at sikre spædbørnenes sundhed*" (Lov om sundhedsplejeordninger, 1963).

Vi har truffet nogle strategisk empiriske valg, som resulterer i et akkumuleret arkiv fra hver af de udvalgte perioder: 1930'erne, 1970'erne og i dag. Dette valg er truffet på baggrund af den overordnede ramme i den historiske epistemologi. Hvorfor netop disse perioder og ikke andre? Overgangen fra 'kan' til 'skal' i lovgivningen er mere skelsættende og en klar demonstration af sundhedsplejens betydning og anerkendelse i det danske samfund end 'kan' og 'bør' udviser. Derudover, differentierer lovgivningen i 1963 ikke voldsomt fra lovgivningen i 1937, da det primære fokus fortsat er på det spæde barns sundhed. Forud for empiriindsamling har vi endvidere en formodning om, at vi i 1970'erne kan iagttage et mere progressivt børnesyn/menneskesyn i forhold til, hvad der er tilfældet i 1960'erne.

Som vi har belyst i det ovenstående, er vi klar over, at vores strategiske valg og fravalg har betydning for undersøgelsens analytiske fund. Når vi således vælger de ovenstående tidsperioder, og dermed en form for søjleopdeling, går vi ved første øjekast imod genealogiens 'rene' form; dette da vi med denne opdeling risikerer at afskære nogle af de slægtskabslinjer man ville kunne have fundet ved ikke at lægge sig fast på de udvalgte tidsperioder. Vi forventer dog stadig at kunne iagttage sundhedsplejens slægtskabslinjer, da vi ikke anser søjleopdelingen for at bryde disse, men snarere forstørre eller zoome ind på disse slægtskabslinjers evolution over perioden, der således forventes at fremtræde tydeligere.

Søgekriterier

I fastsættelsen af søgekriterierne for udvælgelse af dokumenter til tekstarkivet læner vi os op af Poul Duedahl og Michael Hviid Jacobsens *Introduktion til dokumentanalyse*. Med denne bog som guideline ønsker vi at kvalificere undersøgelsens empiriske grundlag samt redegøre for de valgte søgekriterier. Vi tager udgangspunkt i den elementære analytiske ide om at vores problemstilling er afgørende for vores empiriske grundlag eller "*Med andre ord er dokumentets værdi som kilde afgjort af det spørgsmål, man stiller til det*" (Duedahl & Jacobsens, 2010, p. 53). Der henvises her til det såkaldte funktionelle kildesyn, der er grundstenen for, hvordan majoriteten af samtidens historikere arbejder med denne form for 'kildekritik' (Duedahl & Jacobsens, 2010, p. 53).

Tekstarkivet bliver konstrueret på en variation af kilder, der dels består af tekster udsendt fra staten; det være sig lovttekster, bekendtgørelser, cirkulærer, vejledninger, anbefalinger og pjecer dels erindringer, dagbogsoptegnelser, biografier, journaler, artikler og andre tekster, der ved første øjekast kan fremstå som banale, men som i vores metodiske afsæt

er værdifulde og relevante (Duedahl & Jacobsen, 2010, p. 83). Undersøgelsens tekstarkiv består således af mange forskelligartede kilder, der giver mulighed for at analysere og fortolke sundhedsplejersken som pædagogisk sociologisk fænomen, hvor vi dels søger at begribe dokumenterne i deres egen ret, dels ønsker at forstå den konkrete samfundsmæssige kontekst, som de er skrevet, vedtaget eller udarbejdet i. Endvidere resulterer mangfoldigheden af dokumenttyper i en styrket validitet og generaliserbarheden af undersøgelsens analyser, fortolkninger og resultater (Duedahl & Jacobsens, p.98). Når vi også anser dokumenter såsom erindringer, dagbogsoptegnelser, biografier, journaler og andre tekster som relevante skyldes dette, at vi gennem disse tekster kan opnå et glimt af forfatterens egen forestillingsverden på netop det tidspunkt i tiden, hvor det er skrevet. Vi anser de to grene af kildetyper for ligeligt værdifulde og informative for denne undersøgelse, da de netop supplerer hinanden og åbner op for en bredere forståelse af hvilke diskurser, der gjorde sig gældende i de forskellige tidsperioder.

I udvælgelsen af dokumenter anvender vi Duedahl og Jacobsens kvalitetskontrol, som vi så vidt muligt søger at efterleve. Denne kvalitetskontrol består i at vurdere hvert enkelt dokument, som vi ønsker at inddrage i tekstarkivet, ud fra følgende fire kriterier: *autenticitet*, *troværdighed*, *repræsentativitet* og *betydning* i forhold til undersøgelsens problemstilling (Duedahl og Jacobsen, 2010, p. 55). Lad os først dykke ned i *autenticitet* og hvad der ligger heri. Med dette begreb må man se på dokumentets lødighed, altså kvalitet, og dermed relevans for undersøgelsen problemstilling. Når Duedahl og Jacobsen taler om "et lødigt dokument" vil der ofte være tale om en original; således bør man undgå afskrifter, dårlig fotokopiering m.v., da dette kan medføre mangler samt decideret manipulation af teksten. Da vores tekstarkiv primært består af dokumenter fra Dansk Sygeplejehistorisk Museum, har vi fået adgang til hovedsageligt originale dokumenter. Endvidere er der for denne undersøgelses vedkommende ikke tale om mange hundrede år gamle dokumenter, der kan risikere at smuldre eller kun eksisterer som fragmenter af et hele (Duedahl & Jacobsen, 2010 p. 55).

I forhold til næste kvalitetskontrol, *troværdighed*, er det vigtigt med en erkendelse af, at dokumenter essentielt er sociale produkter, der konstrueres med et tænkt formål. Der er tale om dokumenter, der indgår i forskellige sociale kontekster. Dette bevirker, at effekten eller målet for disse dokumenter helt og aldeles afhænger af, hvordan det bliver udformet, lanceret, forstået og anvendt. Endvidere vurderer vi hver enkelt dokumentets oprigtighed samt akkuratess i forhold til undersøgelsens problemstilling (Duedahl & Jacobsen, 2010 p. 59). Et

eksempel herpå kan være statens ønske om, at alle nybagte mødre ville benytte sig af sundhedsplejerskens ydelser forud for den indledende forsøgsordning i 1929. Dette affødte et brev fra Sundhedsstyrelsen, der blev udsendt til nybagte mødre i april 1929. Af brevet fremgår blandt andet:

*“De anmodes derfor indtrængende om **for Deres Barns Skyld og for Sagens Skyld** at give Barnet ind under dette midlertidige, rent hygiejniske Tilsyn, som De vil forstaa kun kan være til Fordel for Dem, og som man vil bestræbe sig for at lade foregaa paa den for Dem bekvemmeste og mest praktiske Maade.”* (1)

Ordlyden i brevet taler direkte til den nybagte moder i håbet om, at sundhedsplejersken kan få adgang til så mange hjem som muligt. Brevet er troværdigt i forhold til indeværende undersøgelse og vi vurderer hvert enkelt dokument i tekstaktivitet ud fra, hvorvidt det medvirker til en analyse, fortolkning og besvarelse af undersøgelsens problematisering.

Kvalitetskontrollen, *repræsentativitet*, vedrører dokumenters anvendelighed i forhold til besvarelsen af problemstillingen. For at styrke kvaliteten af tekstarkivet, er det ikke tilstrækkeligt at kigge på autenticitet og troværdighed. Vi forholder os endvidere til og fastslår dokumenternes udsagnskraft. Det vil sige, at vi vurderer, hvorvidt arkivsamlingen på Dansk Sygeplejehistorisk Museum, er repræsentativ for lignende materiale som vi vælger ikke at anvende. Vi er bevidste om, at museets arkivsamling ikke er en fuldstændig samling for alle tre tidsperioder, men der er tale om en blanding af arkiver, der dels kommer fra andre arkiver, museer og institutioner, men også fra privatpersoner. Det er vores adgang til arkivsamlingen hos Dansk Sygeplejehistorisk Museum, som muliggør denne undersøgelse, da der ikke findes lignende adgang til dokumenter om sundhedsplejerskeinstitutionen fra 1930'erne og 1970'erne andre steder i landet. Vi er dog bevidste om, med rod i vores ontologiske ståsted anti-essentialismen, at denne undersøgelse kunne have set anderledes ud, såfremt vi havde benyttet os af et andet tekstarkiv. Når det er sagt, så mener vi at kunne forsvare at dokumenterne er repræsentative.

Sluttelig ser vi på *betydningen*, af de udvalgte dokumenter, hvor endemålet naturligvis må være at opnå en forståelse af disse. Og her kan der være nogle udfordringer. Det kan som eksempel være gamle tekster, der er skrevet med gotisk skrift, anvendte gloser, der er uforståelige, ukendte måleenheder og mange andre varierende forhindringer man må overkomme (Duedahl & Jacobsen, 2010, p. 71). Et eksempel for fra vores eget tekstarkiv er et foredrag afholdt af en af pionererne indenfor sundhedspleje, Else Weiergang, hvor selve foredraget er bevaret i tæt

og småt skrevet skråskrift. Umiddelbart har dokumentet en høj værdi for undersøgelsen, men det kommer til at tage noget tid at få foredraget 'renskrevet' således det, for os, er læsbart. Herudover forholder vi os til indholdet af dokumentet; afkoder begrebernes betydning og vi er bevidste om den kontekst de er skrevet i (Duedahl & Jacobsen, 2010, p. 71). Her er netop tale om at identificere diskurser i det omgivende samfund, der korresponderer med vores ståsted i den historiske epistemologi. Vi søger at identificere hvilke diskurser, der har været fremtrædende i de forskellige udvalgte tidsperioder, og dermed opnå en forståelse for, hvad der afgrænser og tilskærer, hvad der er muligt at tænke og artikulere i en given tid. Vores søgekriterier tager dermed afsæt i en kritisk dokumentanalyse, hvor kvalitetskontrollen af: *autenticitet, troværdighed, repræsentativitet* og ikke mindst *betydning* sætter kriterierne for vores tekstarkiv for derigennem at validere fundamentet for problematiseringen af sundhedsplejersken i et historisk perspektiv.

Empiriindsamling

Vi har, som nævnt tidligere, skrevet om sundhedsplejersken i et historisk perspektiv under kandidatuddannelsen til pædagogiske sociologer, og i denne forbindelse stiftede vi bekendtskab med Dansk Sygeplejehistorisk Museum i Kolding. Her har vi etableret kontakt til Gunilla Svensmark, der er specialkonsulent i sygeplejehistorie. Det var nærliggende atter at rette henvendelse til Gunilla, forud for konstruktionen af undersøgelsens tekstarkiv. Gunilla havde, på vores anmodning, på forhånd foretaget en indledende søgning og udtræk af museets arkivalier i Museets system SARA (samlingsregistrering og administration), som er en fælles database for museer under Slots- og kulturstyrelsen. Den indledende søgning i SARA var med det oplagte søgeord 'sundhedspleje*'. Af bilag 2 fremgår arkivets kolossale omfang ved søgning på ordet 'sundhedspleje*'. På baggrund af de analysestrategiske overvejelser i undersøgelsens afsnit: *valg og fravalg af tidsperioder* samt *søgekriterier* har vi, forud for museumsbesøgene, gjort os overvejelser om hvilke dokumenttyper, der, for denne undersøgelse, ville være interessante. Forhåbningen med besøget i Dansk Sygeplejehistoriske Museums arkiv er således dels at finde dokumenter udsendt af staten, såsom lovgivning, bekendtgørelser, cirkulærer, vejledninger og pjecer samt at finde mere personlige dokumenter såsom dagbogsoptegninger, erindringer, journaler og notater.

Under selve arbejdet med at finde og opspore relevante dokumenter, under besøgene på museet, anvendte vi Gunillas loginoplysninger for at tilgå administrationssystemet SARA. Dette

muliggjorde et selvstændigt arkivarbejde, hvor vi kunne foretage søgninger ud fra den initiale arkivalieoversigt og derefter gå i gang med opsporingsarbejdet i det fysiske arkiv. Forud for vores besøg var der lavet aftale om, at vi frit kunne scanne, kopiere og fotografere de dokumenter vi ville inddrage i vores tekstarkiv. I selve arbejdet med at lokalisere potentielt relevante dokumenter, anvendte vi den 10-cifrede registreringskode (eks. 000117A003), der fremgår af bilag 2. Fremgik det af denne søgning, at dokumentet befandt sig på arkivet, fik man, eksempelvis, følgende lokationsbeskrivelse: Reol 2, sektion 5, hylde 1, skuffe 3. Hver æske indeholdt alt lige fra et par dokumenter op til 30 dokumenter. Da vi som tidligere nævnt, har benyttet os af museets arkiv før, var vores arbejdsgang således, at vi gennemgik hele skuffens indhold for mulige øvrige relevante dokumenter, da det før havde vist sig gavnligt. Vi var, i vores arbejdsproces, således dels styret af selve søgningen af relevante dokumenter indenfor de tre valgte tidsperioder, men med en åbenhed overfor, hvad der de enkelte æsker ellers kunne gemme på af relevante dokumenter for undersøgelsen, som vi ikke havde markeret som interessante i vores indledende udvælgelse. Her gør vi brug af Foucaults arbejdsgang, da vi med videnskæologien og genealogien i rygsækken nøje dykker ned og pertentligt gennemgår store mængder af dokumenter for de udvalgte tidsperioder (Foucault, 1994a, p. 263). Dette beskriver, hvorledes vores empiriske grundlag for tidsperioderne 1930'erne og 1970'erne er indsamlet, men undersøgelsen indeholder ligeledes et nutidigt fokus.

Konstruktionen af et nutidigt tekstarkiv ser noget anderledes ud, da dette ikke involverer hovederne dybt begravet i støvede dokumenter. Her er internettet, det enorme dokumentarkiv, hvor vi primært finder vores empiri. Her har vi gjort brug af retsinformation, siddende S-regerings og tidligere VLAK-regerings hjemmesider og sundhedsstyrelsens hjemmeside til at erhverve tekster udsendt fra staten. For at få adgang til den anden dokumenttype; dagbogsoptegnelser, erindringer og lignende, anvender vi onlineplatformen sundhedsplejersken.dk, som er en del af God Barndom - Kompetencer for forældreskab, der er en selvejende institution. Sundhedsplejersken.dk har eksisteret siden 2008 og består af ansvarshavende redaktør sundhedsplejerske ph.d. Else Guldager og tre fagredaktører. Her er det i særdeleshed hjemmesidens brevkassefunktion, der interesserer os, da forældre her har mulighed for at stille spørgsmål direkte til fagredaktørerne. Der findes tusindvis af personlige spørgsmål og svar, der giver et indblik i forfatterens egen forestillingsverden. En lignende onlineplatform er netsundhedsplejersken.dk, der bestyres af sundhedsplejerske, Helen Lyng Hansen. Her er der ligeledes en brevkasse på hjemmesiden, hvor man som forældre kan få svar

på alt lige fra søvn til for tidlig pubertet hos børn. Brevkassen fungerer på den måde, at den er frit tilgængelig for alle til at læse spørgsmål og svar, men vil man selv stille sundhedsplejersken, Helen Lyng Hansen, et spørgsmål, skal man betale for et medlemskab. Udover disse brevkasseindlæg har vi ligesom i 1930'erne og 1970'erne fundet relevante artikler i forskellige aviser.

Efter denne nøje gennemgang af Dansk Sygeplejehistoriske Museums arkiv; æske for æske; dokument for dokument og granskning af en række hjemmesider for dokumenter, der knytter an til sundhedsplejerskeinstitutionen i dag, består undersøgelsens tekstarkiv nu af 93 dokumenter som det fremgår af bilag 1.

Med udgangspunkt i denne konstruktion af tekstarkivet vender vi tilbage til Duedahl og Jacobsens kvalitetskontrol med en tilbagevenden og refleksion over kriterierne: autenticitet, troværdighed, repræsentativitet og betydning. Er det lykkedes at sikre kvaliteten af tekstarkivet? Først må vi gå et skridt tilbage og se på museets arkiv og hvor arkivalierne til de to første tidsperioder kommer fra. Det er en blanding af institutioner, der fremsender dokumenter, der kan være relevante for museet, men også privatpersoner, der eksempelvis ligger inde med relevante dagbøger, avisudklip eller andet, der vedrører 'sygepleje'. Hvordan håndteres det, når museet modtager disse dokumenter i alle afskygninger? Af mail d. 27. marts 2020 skriver Gunilla Svensmark: *"Vi undersøger altid materialets proveniens, altså Hvem? Hvor? Og Hvornår. Vi beder altid giver om at udfylde en blanket med disse oplysninger - og også at de er indforstået med, at de afgiver ejendomsretten til det"* (Bilag 3). Der er således en praksis omkring modtagelse af arkivalier, hvis formål det er at sikre proveniens, altså en form for autenticitet og troværdighed, der skal sikre dokumentets oprindelse og rigtighed. Som nævnt, i afsnittet om søgekriterier, er repræsentativitet en svær størrelse, når vi udelukkende søger i et arkiv, hvilket er tilfældet med tidsperioderne 1930'erne og 1970'erne. Da der er tale om en bred vifte af forskelligartede dokumenter fra alle tre udvalgte tidsperioder, forventer vi dog, at man vil kunne se lignende tendenser, såfremt man dykker ned i et andet tilsvarende arkiv om dansk sygeplejehistorie. Med afsæt i den historiske epistemologi og Foucault er repræsentativitet dog ikke en altafgørende faktor, da vi snarere har foretaget en strategisk udvælgelse af relevante dokumenter, der kan belyse vores problematisering. Dette forhold gælder de første to perioder, hvor vi har gjort brug af Dansk Sygeplejehistorisk Museums arkiv. I forhold til repræsentativitet når det gælder dokumenter, der vedrører nutiden, må andre forhold overvejes. Vi ser, at der er større mulighed for repræsentativitet, da internettet rummer uanede mængder af

informationer på området for undersøgelsen, og ikke kun et forholdsvis lille, afgrænset fysisk arkiv, som i de to øvrige tidsperioder. Her er det særlig vigtigt at holde sig Duedahl og Jacobsens kvalitetskontrol for øje, når vi bevæger os rundt på internettets store arkivsamling. Ved udvælgelsen af relevante brevkasseindlæg og besvarelser kigger vi først og fremmest på barnets alder. Barnets alder må ikke overskride 1 år, da denne undersøgelse udelukkende kigger på sundhedsplejerskens tidlige kontakt med familien, i dette tilfælde inden for det første år. I denne sammenhæng er kriteriet *betydning* vigtig, da der skal være en vis tyngde i indlægget og besvarelsen, der netop åbner et vindue ind til moderskabet, herunder, hvordan man som forældre gør brug af online-tjenester formidlet af sundhedsplejersker samt identificere hvilke 'sandheder' der træder frem i forældrenes spørgsmål og sundhedsplejerskens besvarelse.

Det færdige tekstarkiv, der rummer den indsamlede empiri fra de tre tidsperioder, er naturligvis ikke udtømmende i forhold til alt, hvad der er skrevet om sundhedsplejersken i de tre tidsperioder. Men hver enkelt tekst er strategisk udvalgt på baggrund af Duedahl og Jacobsens fire kvalitetskriterier og rummer derudover mange forskelligartede dokumenter, der er en medvirkende faktor til undersøgelsen validitet og dermed gyldigheden af undersøgelsens resultater.

Konstruktion af det diskursive interview

Følgende introducerer anden del af vores analysestrategi, hvor vi præsenterer vores interviewtilgang, hvordan vi har udvalgt vores informanter samt, hvordan empiriindsamlingen er foregået og efterfølgende behandlet.

I konstruktionen af det diskursive interview anvender vi Steinar Kvale og Svend Brinkmanns bog *Interview - det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. Vi har en postmoderne interviewtilgang, hvor fokus er på: "... interviewet som et sted, hvor der produceres viden, på dets sproglige og relationelle aspekter, herunder forskellene mellem mundtlig diskurs og skreven tekst, og fremhæver de fortællinger, der konstrueres i interviewet (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 83). Vi læner os op ad *det diskursive interview*, hvor vi er opmærksomme på, hvordan forskellige aspekter af interaktionen i interviewdiskursen, adskiller sig fra det konventionelle interview. Vi er med denne interviewform optagede af, hvordan diskursernes styrkeforhold bliver artikulert af mødrene, og holder os Foucaults tanker herom for øje:

"Diskurserne er taktiske elementer eller blokke på styrkeforholdets felt: inden for én og samme strategi kan der være indbyrdes forskellige og endda modstridende diskurser; de kan endog cirkulere mellem modstridende strategier uden at ændre form" (Foucault, 2011, p. 108).

Med fokus på ovenstående åbner vi op for muligheden for at dykke ned i de diskursive lag, der former moderens forventninger til mødet med sundhedsplejersken, men også selve sundhedsplejerskens praksis. Vi søger, således med vores interviewguide (Bilag 4), at bringe diskurserne som vi har identificeret i analysens første del, frem i lyset og dermed nuancere og afsløre, hvad der ligger bag de normer som sundhedsplejerskens praktiserer og italesætter over for moderen.

Med denne interviewform er vi opmærksomme på vigtigheden af at formidle, over for interviewpersonen, at formålet med interviewet primært vil være: "... at generere præstationer af diskursive praksisser" (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 212), og ikke som sådan, at opnå indsigt i interviewpersonens oplevelser og følelser, hvilket ellers ofte forbindes med en interviewsituation. Vi sikrer denne gennemsigtighed gennem en grundig briefing inden påbegyndelsen af interviewet.

Konstruktionen af interviewguiden sker med udgangspunkt i undersøgelsens fund i første analysedel. Guiden er bygget op omkring en briefing, baggrundsspørgsmål, fire forskningsspørgsmål og sluttelig en debriefing (Bilag 4). Ved briefing sætter vi rammen for interviewet og præsenterer vores undersøgelse. De fire forskningsspørgsmål tager

udgangspunkt i de diskurser, vi identificerer i den historisk epistemologisk analyse i undersøgelsens første del, med det formål at få direkte adgang til hvilke diskurser mødre taler ind i når de møder sundhedsplejersken samt hvilken indvirkning disse diskursive praksisser har på moderskabet. Et eksempel på et forskningsspørgsmål er: Hvordan træder den naturvidenskabelige diskurs frem i sundhedsplejerskens praksis i samtiden? Dette spørgsmål danner rammen for 7 interviewspørgsmål, heriblandt: *“Synes du det er vigtigt, at dit barn bliver målt og vejlet?”* (Bilag 4).

Vi anvender Kvale & Brinkmann som rammesættende for måden, hvorpå vi tilgår interviewet, da vi med den diskursive interviewtilgang får mulighed for at dykke ned i de nutidige diskursive lag for at anskueliggøre, hvordan disse stiller sig i forhold til de historiske diskurser, som vi har identificeret i analysens første del.

Udvælgelse af informanter

Vi anvender Bent Flyvbjergs strategiske argumentation, som han blandt andet udfolder i bogen *Making Social Science Matter* fra 2001. Flyvbjerg arbejder metodisk anderledes end Kvale og Brinkmann, men vi har udvalgt elementer fra begge bøger med henblik på at understøtte denne undersøgelses formål. Flyvbjerg inddrages i undersøgelsen af sundhedsplejerskeinstitutionen for at kvalificere udvælgelsen af informanter til interviews. Rammen for udvælgelsen af informanter sker således med afsæt i Flyvbjergs tilgang når han argumenterer:

“One can often generalize on the basis of a single case, and the case study may be central to scientific development via generalization as supplement or alternative to other methods. But formal generalizations are overvalued as a source of scientific development, whereas” the power of the good example” is underestimated.” (Flyvbjerg, 2011, p. 77).

Når vi udvælger informanterne til undersøgelsen af sundhedsplejerskens normative indvirkning på moderskabet, efterstræber vi således ikke idealet om generaliserbarheden, men derimod, hvad vores informanter hver især kan bidrage med, for at få et indblik i sundhedsplejerskeinstitutionen.

Målet med vores undersøgelse er at opnå mest mulig information om sundhedsplejerskens normative indvirkning på moderskabet, hvorfor en repræsentativ case ikke den mest velegnede strategi (Flyvbjerg, 2001, p.78). Vi har således udvalgt vores informanter med inspiration fra den strategiske udvælgelse. Vi søgte i udgangspunktet tre informanter, der adskilte sig ved at have tre forskellige indgangsvinkler til sundhedsplejersken.

Vi ville gerne have kontakt til førstegangsmødre, med børn på under et år, da de er målgruppen for sundhedsplejerskens tidlige indsats i hjemmene. Desuden efterspurgte vi mødre med en mellemlang - eller lang uddannelse, hvilket er én indikation på, at der er tale om ressourcestærke mødre (Jørgensen, 1999, p.406-407). Vi søgte vores informanter på det sociale medie Facebook, ved opslag i forskellige grupper, der henvender sig til nybagte mødre. I søgeprocessen efterspurgte vi; mødre der havde kontakt til sundhedsplejersken, mødre som havde afbrudt kontakten med sundhedsplejersken og mødre der havde valgt sundhedsplejerskens fra forud for deres fødsel.

Der var stor henvendelse fra kvinder, der havde taget imod sundhedsplejerskens tilbud. Dette stemmer overens med det gennemsnitlige billede, hvor tilslutningen til sundhedsplejerskens tilbud anslås til at være mindst 95 pct. (Hansen & Udsen, 1994, p. 48; Pedersen, 2015, p.14). Vi fik én henvendelse fra en kvinde, som havde afbrudt kontakten med sundhedsplejersken. Det lykkedes ikke at finde en førstegangsmoder, som havde fravalgt sundhedsplejerskens tilbud. Dette understreger vores antagelse om, at sundhedsplejersken er tæt kædet sammen med det nyslåede moderskab i samtiden. Vores informanter er anonymiseret, men deres respektive profiler ser således ud:

Janni	Professionsbachelor i friluftsliv Bor sammen med faderen til Karl, 10 måneder Anvender tilbud fra sundhedsplejersken
Mette	Socialrådgiver Bor sammen med faderen til August, 6 måneder Anvender tilbud fra sundhedsplejersken
Christina	Kandidat i Generel pædagogik Bor sammen med faderen til Aya, 10 uger Afbrudt tilbud fra sundhedsplejersken

De tre mødre er udvalgt med udgangspunkt i Flyvbjergs informations-orienteret selektion, da vi forventer, at de repræsenterer en divergerende fremstilling af sundhedsplejerskeinstitutionen, og vi udvælger derfor en lille gruppe informanter, som giver anledning til mest mulig information. Janni og Mette repræsenterer begge den gennemsnitlige case, som ikke nødvendigvis er den mest informationsrige. Vi inddrager derfor Christina, da

dette er en atypiske case, der potentielt giver anledning til mere information (Flyvbjerg, 2001, p.78-81). For hvad ligger bag ved årsagen til, at Christina afbryder kontakten til sundhedsplejersken og hvordan stiller sundhedsplejersken sig over for denne afvisning, når nu hendes rolle er så selvfølgelig i den nybagte familie? Vi ser her et potentiale for at belyse og nuancere divergerende diskurser, der kan bidrage med vigtig information i relation til, hvordan de nutidige diskurser stiller sig i forhold til de historiske.

Empiriindsamling og behandling

Oprindeligt var tanken at gennemføre interviews personligt. Dette skaber åbenlyst en anden føling med interviewsituationen og ikke mindst interviewpersonen (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 177). Vi har dog måttet omlægge denne ide grundet omstændighederne omkring corona-epidemien. Dette har således resulteret i, at interviewene foregår via *Zoom*, der er en onlinebaseret webudbyder af møder, konferencer mv. Vi har valgt denne løsning, da det trods alt, giver andre muligheder end en telefonsamtale. Dels kan der være flere deltagere, vi kan se hinanden og derigennem også få indsigt i, hvad der foregår ved interviewpersonen. Vi strukturer interviewene således, at én er hovedinterviewer og én fungerer som et ekstra sæt ører, der til sidst i interviewet får mulighed for at stille eventuelle uddybende spørgsmål.

Forud for interviewene orienterer vi informanterne om, at der er én hovedinterviewer og én bi-interviewer. Dernæst er de gjort bekendt med, at vi ønsker at optage samt transskribere interviewet. Sluttelig er det oplyst, både forud for interviewet samt efterfølgende, at interviewene bliver anonymiseret. Formålet med disse tiltag er at skabe en fortrolighed med informanterne, således de er så trygge i interviewsituationen som mulig - både før, under og efter. (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 107-108). Efter interviewene har vi foretaget en behandling af empirien. Selve transskriptionen af interviewene sikrer, at specifikke mønstre og eventuelle modsigelser står tydeligt frem (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 235-238). Ved transskriptionen har vi valgt, at det meste af interviewene er ordret, men uden at medtage fyldord som øhm, åh og lignende. Anonymiseringen er foretaget i overensstemmelse med datatilsynet, således det ikke længere er muligt at identificere informanterne (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 113).

Diskurser i sundhedsplejerskeinstitutionen

Formålet med denne analyse er at vise, at sundhedsplejerskens centrale rolle i den livsbegivenhed det er at blive forældre ikke er selvfølgelig, og at institution, siden sin begyndelse, har haft et normativt blik på moderskabet.

Analysen er bygget op ved først at identificere hvilke diskurser, der træder frem i de tre udvalgte tidsperioder: den naturvidenskabelige diskurs i 1930'erne, den psykologiske diskurs i 1970'erne og den økonomiske diskurs i dag. Dette indikerer, hvilket videnskabeligt fundament sundhedsplejerskeinstitution er rundet af og viser, hvordan viden og sandhed har forandret sig gennem historien. Diskursen indenfor en given tidsperiode giver ligeledes et indblik i den normative indvirkning sundhedsplejersken har på moderskabet og det kan derigennem problematiseres, hvordan og hvorfor sundhedsplejersken, som myndighedsperson, har italesat nogle handlinger som normative gennem historien. Når diskurserne for de tre tidsperioder er identificeret giver det anledning til at undersøge deres genealogiske linjer.

1930'erne: En ny institution konstrueres

I årene efter 1. verdenskrig ligger spædbørnsdødeligheden på ca. 8 pct. i Danmark hvilket er højere end de lande Danmark normalt sammenligner sig med. Dette afføder flere forskellige tiltag fra de danske myndigheder, da børnedødeligheden er blevet et fælles anliggende for de forskellige europæiske lande. Sundhedsstyrelsen udarbejder på baggrund heraf et hæfte *Kortfattet Vejledning i Det spæde Barns Pleje og Ernæring*, der skal opdrage og oplyse de danske mødre om spædbarnspleje, men med ringe effekt (3; Christensen, 2018, p. 5). Fremskridtet kommer med Rockefeller Foundation, der introducerer den amerikanske tanke om public health, der handler om en indsats mod alle aldersgrupper i befolkningen. Der bliver dog indgået et kompromis mellem Fonden og Sundhedsstyrelsen, således at man introducerer en sundhedsplejerskeordning, der retter sig mod barnets første leveår. Forsøgsordningen, der pågår i perioden 1929-1936, bliver en sådan succes, at der i 1937 bliver vedtaget en ny lov om nedsættelse af børnedødelighed, der stadfæster, at kommunerne **kan** vælge at ansætte sundhedsplejersker (Christensen, 2018, p. 7-8).

Den naturvidenskabelig diskurs

I gennemgangen af tekstarkivet fra 1930'erne finder vi, at sundhedsplejerskeinstitutionens spæde begyndelse sker i en tid, hvor den naturvidenskabelig diskurs sætter rammerne for,

hvordan virkeligheden erkendes. Når vi ser på de 41 dokumenter, der udgør tidsperiodens tekstarkiv, træder begreber som *ernæring, sundhed, hygiejne* og *det naturlige* gennemgående frem (1-41). Begreberne er diskursens byggesten, og når vi gentagne gange støder på disse begreber indikerer det, en konstruktion af en diskursformation centraliseret om sundhedsplejerskernes vidensgrundlag og praksis, der beror på en biologisk og naturvidenskabelig forståelse af barnet og moderskabet (Foucault, 2005, p. 63). Hvorfor konstrueres denne nye institution ud fra en sådan forståelse? For at svare på dette må vi kigge på de historiske forudsætninger for at bedrive videnskab i 1930'erne, da det kan give et svar på, hvordan virkeligheden opfattes og påvirker sundhedsplejerskens møde med moderen.

Sundhedsplejerskeinstitutionen opstår i mellemkrigstiden hvilket påvirker de videnskabelige og politiske strømninger som institutionen konstrueres ud fra. I 1930'erne er virkelighedsopfattelsen begrundet i naturalismen, hvor naturen forklares ud fra naturen selv - og dette gælder ligeledes viden om mennesket. Derfor er positivismen, der anerkender sanselige og målbare kendsgerninger som viden, den dominerende videnskabsteori (Refstrup, 2008). Dette paradigme fremgår af tekstarkivet eksempelvis ved sundhedsplejerskens journalføring. Journalføring skal på den ene side sikre gennemsigtighed og standardisering af arbejdet, men journalerne skal ligeledes anvendes til "... *statistiske Formaal*" (29).

En videnskabelig strømning i 1930'erne, som følge af den naturvidenskabelig diskurs, er raceforskning. Danmark går forrest i Europa, da *Den eugeniske racehygiejniske sterilisationslov* i 1934 bliver indført, hvor danske arvsbiologer kigger til USA, efter inspiration til loven (Socialministeriet, 1997). Danmarks eugeniske sterilisationslov anses for at være foregangslov for tyske nazister. Eugenikken er i tidsperioden en alment anerkendt videnskab, der afføder politiske strømninger i hele verden med socialdarwinistiske træk (Koch, 2016). Der er dog store grads- og kvalitetsforskelle, og igen skeler Danmark til amerikanerne, som ved tanken om public health og sundhedsplejerskeordningen. Den eugeniske tankegang optræder i tekstarkivet, da sundhedsplejerskerne under deres uddannelse har faget *Hygiejne*, som bl.a. indeholder *Race- og Seksualitetshygiejne* (28). Den nye samfundsinstitution konstrueres i en tid, hvor grænserne for, det normale og det afvigende trækkes op ud fra en biologisk og genetisk forståelse af mennesket. Sundhedsplejerskeinstitutionen i 1930'erne er derfor fyldt med modsætninger, der bliver rettesnor for hvilket arbejdsområde de skal varetage.

Sundhed og sygdom

Disse modsætningsforhold træder tydeligt frem i forhold til sundhed og sygdom. Her ser vi, hvordan den naturvidenskabelige diskurs rammesætter konstruktionen af sundhedsplejerskens praksis med fokus på de biologiske betingelser for et sundt barn.

Sundhedsplejerskeinstitutionen har siden sin begyndelse haft et sundhedsfremmende formål.

Dette fremgår i *Instrux for sundhedsplejersker*:

“Sundhedsplejerskens Opgave er alene at give Raad og Vejledning med Hensyn til det sunde Spædbarns Ernæring og Pleje, og hun skal herved i sit væsentligt følge de Anvisninger, der er givet i den af Sundhedsstyrelsens udgivne Vejledninger

... Overfor det syge Barn har Sundhedsplejersken ingen raadgivende eller plejende Funktioner ”

(14).

Her er en klar distinktion mellem det sunde og det syge spædbarn, der er med til at konstruere sundhedsplejerskens arbejdsfelt. Med den problematiserende logik forstår vi sundhedsplejerskeinstitutionen som en potentiel løsning på et samfundsmæssigt problem i 1930'erne; spædbarnsdødeligheden. Staten vejleder og opdrager derfor mødrene i pleje og pasning af det sunde barn. Denne fokusering på det sunde barn kan have sin begrundelse i den eugeniske virkelighedsforståelse, hvor staten satser på at optimere arvemassen i den stærkeste del af befolkningen ved, at sundhedsplejersken udelukkende yder vejledning angående det sunde barn. Med denne distinktion mellem sund og syg opstår sundhedsplejerskens normative blik på barnet. I dokumentet *Kortfattet vejledning i Det spæde Barns Ernæring og Pleje* fremgår en gennemsnitstabel over småbørns vægt og længde i de to første leveår, der tegner konturer af et normativt fokus, hvor noget inkluderes som normalt og andet ekskluderes som anormalt eller afvigende (3; Christensen & Hamre, 2018, p. 50). Sundhedsplejersken som myndighed i det danske samfund konstrueres ud fra devisen, at de sidder inde med sandheden om det sunde barn og derfor normale barn. Denne tendens viser sig i en artikel bragt i *Hus og Hjem* d. 1. juni 1939, hvor leder for sundhedsplejersker i Aarhus, Else Weiergang, fortæller:

“Det er mit Haab, at Byerne vil følge Holbæks Spor, saa hele Landet vil benytte sig af Sundhedsplejerskerne til Gavn for samfundet. Derved vil mange levedygtige Børn, der nu gaar til Grunde ved fejlagtig Kost og Pleje, bevare Livet, og skrøbelige Børn faa den rigtige Pasning, saa de kan vokse sig sunde og stærke.” (4).

Her er den eugeniske tanke i spil på flere måder. Først og fremmest er der et fokus på at fremme børnenes sundhed, og derigennem befolkningens samlede arvemasse til gavn for samfundet.

Med begrebet *levedygtig*, skinner naturalismen igennem og italesætter det sunde, normale barn, der nu gennem sundhedsplejerskens tilsyn og vejledning vil kunne overleve. Dernæst ser vi et ønske om at løfte de *skrøbelige børn*, således de kan vokse sig sunde og *stærke*. Sundhedsplejerskernes formål er dermed at gøre de levedygtige børn mere sunde og stærke og de skrøbelige børn så sunde og stærke som muligt.

Vi dykker nu dybere ned i lagene af vores arkiv og dermed diskursen om det *sunde barn* samt sundhedsplejerskens sundhedsfremmende rolle. I et brev til hjemmet (mødrene) om spædbørnsdødelighed fra 1929, der er udsendt af Sundhedsstyrelsen, fremgår følgende:

“Dødeligheden blandt Børn i første Leveaar er saaledes omtrent dobbelt saa stor i Danmark som i Sverrig og Norge, et Forhold, som ikke blot maa fylde alle Forældre, der har spæde Børn, med Ængstelse, men ogsaa er egnet til at paakalde alle gode Kræfters Hjælp til Bekæmpelse af de Farer, som truer det spæde Barn.” (1).

Sundhedsstyrelsen italesætter en bekæmpelse *af farer, som truer det spæde Barn*. Men hvilke farer nævnes ikke konkret, hvilket medfører at der tegnes et billede af potentielle faresituationer allevegne. Med sikkerhedsdispositivet, har vi med et dispositiv at gøre, hvor sikkerhedens genstand er populationen hvilket ovenstående citat taler ind i. Sikkerhedsdispositivet modvirker det uønskede ved at søge hen imod det ønskede (Jensen, 2005, p. 262). Altså, ved at italesætte de farer, der potentielt truer det spæde barn, ser vi et sikkerhedsdispositiv, der søger at fremkalde en bestemt form for adfærd hos mødrene. Endvidere er dette med til at bane vejen for sundhedsplejerskens vejledende funktion, da mødrene må *“... paakalde alle gode Kræfters Hjælp”* (1). Opretholdelsen af det sunde barn sker derfor gennem en række teknologier, med sundhedsplejersken som katalysator og moderen som genstand for dispositivet. Vi ser ovenfor et eksempel på sikkerhedsteknologier, der dels rummer mekanismer, der sikrer social kontrol, ved at sundhedsplejersken besøger familien i privatsfæren, dels det som Foucault refererer til som en mekanisme: *“... hvis funktion det er at ændre noget i artens biologiske skæbne.”* (Foucault, 2008, p. 17). Sundhedsplejersken praktiserer sundhedsfremme og forebyggelse gennem disse sikkerhedsteknologier, med det formål at højne og fremme den biologiske skæbne for det lille barn.

Det naturlige og det kunstige

I 1930'erne var der konsensus om, at den relativt store spædbørnsdødelighed i Danmark hang sammen med, hvorvidt moderen ammede sit barn eller ej, hvilket fremgår af en række

dokumenter udsendt af Sundhedsstyrelsen (3; 27; 33). Det blev således en samfundsopgave og derigennem sundhedsplejerskens fornemste opgave at sørge for, at mødre ammede deres børn:

“En af Sundhedsplejerskens fornemmeligste Opgaver er at gøre energisk Propaganda for Diegivning. Hun skal derfor gøre alt, hvad hun kan, for at faa Moderen til at opamme sit Barn.”

(25).

Hvad er de bagvedliggende diskurser, der er medvirkende til at konstruere denne sandhed omkring det gode og ikke mindst det naturlige ved diegivning? Ved en systematisk gennemgang og afdækning af udsagn i tekstarkivet, der relaterer sig til diegivning/amning, identificerer vi atter en naturvidenskabelig tendens, hvor diegivning italesættes som naturlig ernæring og opflaskning som kunstig ernæring:

“Opamning ved Moderbryst er det spæde Barns eneste naturlige Ernæringsmaade, Kvindemælken indeholder alle Næringsstoffer, som Barnet har brug for. Kvindemælken er fri for Smuds og Smitstoffer. Kvindemælken indeholder Modgifte mod flere Sygdomme og er saaledes i Stand til delvis at beskytte Barnet mod at blive sygt” (3).

I 20 ud af de 41 dokumenter i tekstarkivet, der vedrører 1930'erne, italesætter staten diegivning som normen. Det er her interessant at inddrage de genealogiske domæner: magt, viden og normer. Langt de fleste dokumenter er cirkulærer, instrukser, anbefalinger og principper, der er udsendt af sundhedsstyrelsen. De resterende er interviews eller artikler, hvor sundhedsplejersker, som myndighedspersoner, udtaler sig om den bedste ernæring for barnet. Med vores analyseværktøj bliver vi med magtdomænet opmærksomme på den magtposition myndighederne taler ud fra, der dermed udelukker andre talepositioner og definerer hvilken sandhed, der er tilgængelig for mødre omkring optimal ernæring for det spæde barn (Christensen & Hamre, 2018, p. 94). Den naturvidenskabelige diskurs er således, i kraft af sundhedsplejerskens virke, den 'sandhed', der gøres tilgængelig for mødre i 1930'erne. Med den problematiserende logik er det nærliggende at spørge hvilket problem diegivning er løsningen på? Problematiserer vi de begreber, der omhandler diegivning; *diegivning, moderbryst, eneste naturlige Ernæringsmaade, kvindemælk, brystbørn og pligt*, ser vi med domænet normer, at sundhedsplejersken stadfæster diegivning som normen for god ernæring (og godt moderskab) hvormed noget andet nødvendigvis ekskluderes. Nedenstående udsagn illustrerer, hvad der konkret problematiseres og hvordan det problematiseres:

“Intet Under derfor, at Dødeligheden blandt Flaskebørn er syv Gange saa stor som Dødeligheden blandt Brystbørn... Da den kunstige Ernæring let baner vej for alvorlige sygdomme hos Barnet”

(3).

Ovenfor italesættes en sandhed, hvor ernæring via flaske anses som *kunstig* - ja, nærmest ligefrem *dødbringende*. Diegivning italesættes og bygger på sand viden, der udspringer af den naturvidenskabelig diskurs og falsk viden er netop dette opgør med den kunstige ernæring, der sættes i en negativ kontekst med begreber som: *kunstig, alvorlige sygdomme og dødelighed*. Vidensdomænet stiller skarpt på, at Sundhedsstyrelsen i 1930'erne kigger til naturalismen og dermed en biologisk forklaring på, hvordan barnet får den optimale ernæring, nemlig fra sin moder. Det, som problematiseres i modsætningsforholdet mellem den naturlige og den kunstige ernæring er, når det gode for barnet er den livgivende naturlige modermælk, så må det dårlige nødvendigvis være det kunstige, der sættes i sammenhæng med øget dødelighed og sygdomme (Christensen & Hamre, 2018, p. 94). Denne forherligelse af modermælken finder vi et utal af steder i tekstarkivet; følgende, er blot et eksempel af mange: *“Ingen mælk, hvor fint behandlet den end er, kan nogensinde erstatte Moderens mælk, der er den eneste rette Ernæring for det spæde Barn.”* (34).

I fokuset på den naturlige ernæring af spædbarnet, ser vi en anden diskurs, der spiller ind. I artiklen *Diegivning og Spædbørnsdødeligheden* fra 1935 fremgår følgende:

“Dr. Møller mener at turde gaa ud fra, at ca. 95 pCt. af samtlige Mødre vilde være i Stand til at amme deres Børn - hvis de bare vilde... En anden Aarsag turde sikkert ogsaa være adskillige Mødres personlige Ulyst til at give Die paa Grund af Frygt for at tabe deres Skønhed eller Lyst til Uafhængighed af Diegivningstider o.l.” (7).

Her retter tidligere kredslæge Dr. J.S. Møller fra Holbæk kommune blikket mod moderen og hendes rolle i at sikre det bedste for barnet. Udtalelsen trækker dels på en naturvidenskabelig tendens, men også en religiøs (luthersk) diskurs, der var fremherskende indtil oplysningstidens indtog (Raffnsøe et al., 2009, p. 127). At der er sket et erkendelsesbrud i forbindelse med oplysningstidens komme, er ikke ensbetydende med, at én diskursformation erstatter en anden, da forskellige diskursformationer kan være til stede i samfundet side om side. (Foucault, 2005, p. 239). Begreber som *vilde, Ulyst, Frygt, Skønhed, Lyst* italesætter kvinden i en art bibelsk og gammeltestamentlig forstand. Ligesom Eva var styret af sin lyst, da hun, forledt af slangen, tog et bid af æblet fra kundskabens træ, således er moderen styret af sin lyst i forhold til, hvorvidt der er en vilje til at amme eller ej (1. Mosebog 2,4 - 3,24). Denne religiøse

tendens ser vi i en artikel fra 1939 i Tidsskriftet Hus og Hjem, med overskriften *Sundhedsplejerskerne har bevist, at de gavner Samfundet*, hvor leder af sundhedsplejerskerne i Århus, Frk. Else Weiergang blandt andet fortæller:

“Vort Arbejde er udelukkende af forebyggende Art. Selv om der er blevet født Børn siden Jordens skabelse, er det dog forbavsende mange Kvinder, som er uden Fagkundskab på dette Omraade”
(33).

Dette illustrerer, at sundhedsplejerskens virke trækker på en religiøs erkendelse af virkeligheden, idet børn er blevet til siden Gud skabte jorden. Tekstarkivet peger på et erkendelsesbrud, hvor den naturvidenskabelig diskurs sætter takten for sundhedsplejerskeinstitutionens vidensgrundlag og argumentation for den korrekte pleje og ernæring til barnet. Moderrollen forstås først og fremmest som et biologisk væsen, der skal *give die* til sit barn, da det er det mest naturlige. I *Viljen til viden* er Foucault netop optaget af hvilken betydning kønnet har fået som politisk ærinde. Vi iagttager i ovenstående netop moderen, dels som indehaver af en krop, der skal disciplineres til at give die til barnet, men også som udgangspunkt for en omfangsrig regulering, der skal sikre kvaliteten af den fremtidige befolkning (Foucault, 2011, p. 150).

Ro, regelmæssighed og renlighed

Det sidste område, der er afgørende for sundhedsplejerskens virke i 1930'erne fremgår af *Kortfattet Vejledning i Det spæde Barns Ernæring og pleje* fra 1933, hvor sundhedsstyrelsen introducerer tre principper for pleje af det spæde barn:

“Det spæde Barn trænger til megen søvn og skal derfor frem for alt have Ro... Barnet skal lige fra Fødslen vænnes til Regelmæssighed og skal derfor have Mad, pusles og bades til bestemte Tider... Man skal til enhver Tid gennemføre den størst mulige Renlighed, ikke blot med Barnet selv, men med alt, hvad der kommer i Berøring med det.” (3).

De tre principper går igen i mange af dokumenterne i tekstarkivet og bliver en vigtig del af, hvordan sundhedsplejersken italesætter spædbarnspleje over for moderen. Hvilken viden om optimal spædbarnspleje ligger bag disse principper? Begrebet *ro* henviser primært til spædbarnets behov for megen søvn; og søvn kræver ro. Der henvises endvidere til: *“Det (barnet, red.) må ikke tages op i Tide og Utide, bæres omkring og underholdes”* (3). Begrebet *regelmæssighed* henfører til, at der gennemføres en form for rutine over for barnet, med stort set alt, hvad der vedrører dette. *Renlighed* er en vigtig del af det hygiejniske fokus, som udfoldes

yderligere med: “Man maa derfor huske altid at vaske sine Hænder og rense sine Negle, inden man pusler og bader Barnet eller tilbereder dets Mad og giver det Bryst (eller flaske)” (3).

Med Foucaults vidensdomæne finder vi, at begreberne *ro*, *regelmæssighed* og *renlighed* bygger på en naturvidenskabelig tendens, der standardiserer spædbarnsplejen. Det hygiejniske aspekt udspringer af viden fra medicin og biologi, hvorigennem man bl.a. har fået øjnene op for bakteriologisk forskning og smitterisiko (Schmidt & Kristensen, 2004, p.75). Med domænet normer finder vi, at sundhedsplejersken formidler de tre principper som normen for god spædbarnspleje begrundet i naturvidenskaben. Principperne kan være svære at efterleve for nogle familier i 1930'erne. Boede man eksempelvis i en lille lejlighed i et arbejderkvarter i København med mange børn, ja, så må det nødvendigvis have været noget af en opgave at efterleve (39). Principperne får en normativ indvirkning på moderskabet i 30'erne, da mulighederne for at efterleve sundhedsplejerskens råd kan internaliseres som moderens egen evne til at tage vare på sit barn.

Principperne om *ro*, *regelmæssighed* og *renlighed* udspringer af disciplindispositivet, med sundhedsplejerskeinstitutionen som fanebærer. Her bliver moderen genstand for disciplindispositivets forebyggende teknologier, hvor sundhedsplejersken ønsker at forebygge spædbørnsdødelighed ved at indprente principperne om ro, regelmæssighed og renlighed hos moderen. De tre principper introduceres som omsorg for befolkningen, men i lige så høj grad som samfundets ønske om, at befolkningen skal overleve og leve - det er et spørgsmål om at producere en befolkning (Schmidt & Kristensen, 2004, p.78).

Den eugeniske videnskab i sundhedsplejerskens virke træder atter frem, da principperne om ro, regelmæssighed og renlighed praktiseres i et socialhygiejnisk ærinde, da vejledningen kun gives mødre med sunde børn for at sikre deres overlevelse og dermed den fremtidige befolkningskvalitet.

Normen er det sunde barn

Det er interessant at gå mere i dybden med den normative indvirkning sundhedsplejerskens fokusering på det sunde barn har på moderskabet i 1930'erne. Med problematiseringens logik må vi spørge: hvad er det sunde barn løsningen på? Vi ved, at spædbørnsdødeligheden var relativt høj i Danmark i denne tidsperiode; den første indskydelse er, at det sunde barn er løsningen på at undgå det sygelige og potentielt døde barn (38). Der er dog flere ting på spil, når vi graver ned i lagene, der udgør de diskursformationer vi har identificeret i det foregående

(Jensen, 2005 p. 60). Der er ikke alene tale om, at samfundet søger at minimere spædbørnsdødeligheden, nej, samfundet har påtaget sig en mission i at gøre det sunde barn mere sundt og det skrøbelige barn så sundt som muligt (11). Det er her eugenikken træder frem i dannelsen af normen af det sunde barn. Det fremgår af følgende citat fra et foredrag afholdt af en sundhedsplejerske:

“Det menneske der er sundt og raskt er langt bedre rustet til at tage Kampen for Tilværelsen op, og har langt større Chancer end det Menneske der er sygeligt og svageligt... Samtidig letter det en Byrde for Samfundet i det raske Individ kan forsørge sig selv, medens Samfundet tildels maa underholde de sygelige.” (31).

Som tidligere belyst, gælder sundhedsplejerskens tilsyn udelukkende det sunde barn, hvorfor det sygelige barn (og dets moder) overgår til den alment praktiserende læge, der repræsenterer den naturvidenskabelige højborg for, hvad der er sundt og hvad der er patologisk. Konstruktionen af sundhedsplejerskens arbejdsområde er derfor ikke en selvfølgelighed. Hvorfor ekskluderes en moder med f.eks. et handicappet spædbarn fra sundhedsplejerskens tilsyn, når såvel moder og barn kunne profitere af principperne om ro, regelmæssighed og renlighed? For at komme dette nærmere gør vi brug af Foucaults genealogiske domæner. Med domænet viden får vi blik for, at der med konstruktionen af sundhedsplejerskeinstitutionen og den viden denne repræsenterer og udøver over for mødre og deres børn, italesættes en sand viden vedrørende det sunde barn. Denne viden udspringer af en naturvidenskabelig diskurs, med en eugenisk betoning. Sundhedsplejerskens praksis koncentrerer sig udelukkende om det sunde barn, som i kraft af hendes viden skal blive så levedygtigt og stærkt som muligt. Den viden myndighederne gennem sundhedsplejersken gør tilgængelig for moderen i 1930'erne er, at det normale er et sundt barn, som kun er opnåeligt med professionel vejledning fra sundhedsplejersken (Christensen & Hamre, 2018, p. 93). Dette leder os over til magtdomænet, der problematiserer, hvad der inkluderes og ekskluderes i forbindelse med sundhedsplejerskens praksis og tilsyn. Det mest iøjnefaldende er, at det sygelige barn udelukkes fra sundhedsplejerskens tilsyn (29). Derudover ser vi en lang række anbefalinger om alt fra diegivning, kost og søvn, der bygger på naturalismens ideal omkring det naturlige. Her er diegivning/amning et tydeligt eksempel på, at modermælken forherliges som den ypperligste naturlige kilde til næring for barnet, og opflaskning ekskluderes som kunstig ernæring (3).

Hvordan forstås og fortolkes handlinger vedrørende det sunde barn i 1930'erne? Med domænet om normer iagttager vi, hvordan sundhedsplejersken har anskuet moderens handlinger over for det sunde barn og henført disse til henholdsvis *gode* eller *dårlige* handlinger vedrørende det sunde barns bedst mulige pasning og pleje. Denne skelnen mellem gode og dårlige handlinger fremgår når Viborgs sundhedsplejerske fortæller: "*Det var en frygtelig Kost for et Spædbarn, for den manglede de nødvendige Vitaminer. Jeg gav derefter Moderen Anvisning paa den rigtige Spædbørnskost*" (35). Sundhedsplejersken sætter, via sin viden og myndighed, normen for den *rigtige* kost, som bliver *anvist* moderen. Hvordan modtager mødrene denne nye institution og den normsættende rådgivning om det sunde barn? Vores tekstarkiv viser, at mødrene gerne tager imod tilbuddet om besøg fra sundhedsplejersken og fru Lisbet Hindsgaul, konservativ ordfører, udtaler følgende i 1937: "*Mødrene ser i dem (sundhedsplejerskerne, red.) en værdifuld Rådgiver, som de ikke vil undvære, og en social Håndsrækning, de naturligt tager imod*" (16).

Gennem de tre genealogiske domæner erfarer vi, at samfundet ikke ønsker at bruge ressourcer på det sygelige barn, da det potentielt er en kommende udgift for samfundet. Det er derfor interessant at gisne om, hvordan normen om det sunde barn har påvirket de mødre, der havde børn, der afveg fra normaliteten. Som moder til et barn, der er sygeligt, udelukkes man fra en velfærdsinstitution. Dette kan medføre en stigmatisering ikke alene af barnet - men også af moderen. Hun har ikke formået at producere et sundt barn til samfundet, og modtager derfor ikke vejledning i hjemmet af denne nye velfærdsstatslige håndsrækning, sundhedsplejersken. Vi ser to forskellige dispositiver på spil i 1930'erne, der kredser om normen om det sunde barn. Lovdispositivet, da sundhedsplejerskeinstitutionen stadfæstes som myndighed, hvormed denne får mulighed for at foretage opdelinger af, hvad der er 'forbudt' og hvad der er 'tilladt' i forhold til det spæde barn med henblik på at opnå produktion af sunde børn (31). Endvidere fremtræder disciplindispositivet i forlængelse af lovdispositivet når sundhedsplejersken træder ind over dørtærsklen til de enkelte hjem (Raffnsøe et al., 2009, p. 220). Sundhedsplejersken repræsenterer, gennem sin myndighed, normen for korrekt adfærd i forhold til spædbarnspleje. Vejledningen af mødrene skal sikre det sunde barn, og sundhedsplejerskens kontinuerlige forebyggende arbejde markerer den ønskede og samtidig uønskede adfærd over for det lille barn. Et eksempel herpå er hvis moderen ikke sørger for korrekt ernæring af sit barn, som nedenstående citat illustrerer:

“Jeg (sundhedsplejersken, red.) spurgte ikke straks til Kosten, men det gik dog op for mig, at Børnene havde faaet Bryst, til de var to Maaneder, og derefter udelukkende Havresuppe, til de var henved et Aar... Jeg gav derefter Moderen Anvisning paa den rigtige Spædbørns kost. Resultatet blev, at Barnets Tænder voksede normalt og var fremme, friske og pæne, i 10 Maaneders Alderen” (35).

Her ses disciplindispositivet i praksis, hvor sundhedsplejersken følger en moder og hendes barn igennem længere tid og giver moderen *anvisning* om den *rigtige* spædbørns kost. Moderen retter ind og resultatet bliver friske og pæne tænder og dermed et sundere barn, der på længere sigt undgår dårlige tænder som voksen og en potentiel udgift for samfundet - sundhedsplejerskens forebyggende arbejde har båret frugt.

Sundhedsplejerskeinstitutionens vidensgrundlag og praksis i 1930'erne fremstår fremmedartet når vi betragter den med et samtidigt blik. Men forfølger vi den historiske epistemologiske grundtanke, så kan læren af historien være, at de fejltagelser, der er begået, først blev opfattet som fejltagelser, da de blev erkendt som sådan (Christensen & Hamre, 2018, p.22- 23). Særligt eugenikken er, set med nutidens briller, roden til ufattelig mange umenneskelige handlinger. Her kan Canguilhems historieforskning i normalitet inspirere til dekonstruktionen af normen om det sunde barn. Hans kritiske perspektiv strider imod de gængse strømninger i 1930'erne, hvor videnskaberne medicin og biologi bl.a. sigter efter, at alt kan måles, vejes og inddeles i kategorier; såsom sund og syg. Når sundhedsplejerskeinstitution standardiserer mennesket, her det spæde barn, problematiseres barnet, der ikke er sundt, som afviger. Men standarder forandrer sig kontinuerligt og ifølge Canguilhem afviger alle mennesker fra normalen. Eksempelvis har menneskets gennemsnitshøjde forandret sig over tid (Ljungdahl, 2013, p. 20). En pointe hos Canguilhem er, at normalitet forudsætter muligheden for, at normen kan overskride sig selv. I 1930'erne er sundhedsplejerskeinstitutionen med til at indskrænke normen om det sunde barn, idet eugenikken har en fremtrædende plads videnskabeligt. Eugenikken 'blander' sig i naturen, hvilket skaber en ubalance i den naturlige normalitetsopfattelse. Vi ser et sammenstød mellem naturalismen og eugenikken, idet naturen selv skaber den anormalitet, som eugenikken forsøger at udrydde. Denne indskrænkning af normalitet indvirker på moderskabet ved, at sundhedsplejerskeinstitutionen sætter rammerne for rigtig spædbarnspleje og hvem der er berettiget til deres vejledning, hvilket skaber opdeling af mødre og børn i kategorierne sund og syg.

Opsamling

I 1930'erne konstrueres en ny institution i det danske samfund - sundhedsplejersken har til formål at råde og vejlede mødre om spædbarnspleje. Denne tidsperiode er kendetegnet ved en naturvidenskabelig diskurs, der har afgørende betydning for, hvordan sundhedsplejerskens indsatsområder defineres og hvordan denne nye institution møder barnet og moderen. Særligt eugenikken ses tydeligt i sundhedsplejerskeinstitutionen og indvirker på moderskabet med normen om det sunde barn. I denne kontekst holder vi os for øje, at 'sandheden', her om det sunde barn, snarere er et historisk specifikt fænomen end en universel gyldig sandhed. Med Foucaults blik problematiserer vi således sundhedsplejerskens normative funktion, der indvirker normaliserende, her på moderens adfærd overfor barnet (Christensen & Hamre, 2018, p. 65). Vi kan her trække tråde til Foucaults genealogiske undersøgelse i *Overvågning og straf*. Foucault italesætter netop her den konstante tendens til en opdeling i kategorier som sindssyg - ikke sindssyg, farlig - ufarlig; normal - unormal og som det er tilfældet indenfor sundhedsplejerskens felt: sund - syg. Sundhedsplejersken udøver netop denne kategorisering og udelukker det syge barn gennem en lang række teknikker, hvis formål det er at måle, korrigere og kontrollere, hvorvidt der er tale om et sundt eller sygt barn (Foucault, 2008, p. 216).

1970'erne: Moder, fader og børn

Slutningen af 1960'erne og 1970'erne markerer en ændring i traditionelle sociale og kulturelle normer. Dette ses i tidens store begivenheder som ungdomsoprøret, vedtagelsen af fri abort, ligestillingskamp og kollektivernes storhedstid (Andersen, 2018). I en tidsperiode, hvor alt er til diskussion bliver der da stillet spørgsmålstegn ved sundhedsplejerskeinstitutionen? Det umiddelbare svar vil være nej, da der i 1973 kommer en Lov om sundhedsplejerskeordninger, som endeligt slår institutionens rolle i samfundet fast, da kommunerne nu **skal** ansætte sundhedsplejersker til at yde vejledning og bistand til børn op til skolealderen (52). Der er dog sket meget med institutionen siden 1930'erne og nye videnskabelige strømninger får betydning for sundhedsplejerskeinstitutionens vidensgrundlag og praksis.

Den psykologiske diskurs

I 1970'erne er det relevant at uddybe den psykologiske diskurs, der træder frem i tekstarkivet. Ved gennemgang af de 22 dokumenter, der danner det empiriske grundlag for denne

tidsperiode, får vi med vores analyseværktøj øje for begreber som *nærvær, relation, tilknytning, kærlighed, kontakt* og lignende (42-63). Disse begreber er diskursens mindste enhed, og akkumuleret er der tale om en konstruktion af en regularitet af spredning, hvormed diskursformationen bliver synlig (Foucault, 1972, p.38). Begreberne peger i retning af, hvad der kendetegner sundhedsplejerskeinstitutionens vidensgrundlag, der påvirker, hvordan der produceres erkendelser af virkeligheden i kontakten med forældrene. Vi må derfor, med den historiske epistemologi, et spadestik dybere og undersøge betingelserne for at bedrive videnskab i 1970'erne. Den videnskabelig disciplin psykologi har været anerkendt i Danmark siden 1800-tallet, men det er først i 1947 at 47 nyuddannede tager en egentlig psykologisk embedseksamen (cand. Psych.). Uddannelsen bliver revideret i 1960'erne, hvor psykologerne opnår status som akademikere hvilket stadfæster psykologien som en anerkendt videnskabelig disciplin i det danske samfund (Florander, 1982, p. 3; Agersted, 1982, p. 50). Psykologi har en fremtrædende plads i uddannelsen til sundhedsplejerske på Dansk Sygeplejehøjskole ved Aarhus Universitet. I *Vejledende litteraturliste til sundheds - og sygepleje* fra 1974/75 finder vi, at de skal undervises i bl.a. *Menneskets behov og forhold, der påvirker behovene*, hvor der fremgår litteratur med titler som *Menneskets relationspsykologi, De psykologiske grundprocesser* og *Introduktion til psykologien af i dag* og lignende (56; 57). I 1930'erne indeholder uddannelsen til sundhedsplejerskefaget *Børnepsykologi*, men psykologien udgør en forsvindende lille del sammenlignet med fokuset på sundhed, ernæring og hygiejne (28). Der er sket et erkendelsesbrud fra 1930'erne, hvor den primære diskurs og videnskabelige tendens er naturvidenskabelig. I 1970'erne vægter sundhedsplejerskens vidensgrundlag den naturvidenskabelige og den psykologiske diskurs ligeligt i deres praksis. Sundhedsplejerskeinstitutionen opererer nu i langt højere grad ud fra en erkendelse af mennesket som sammensat af såvel biologi som psykologi.

Barnets fysiske og kognitive udvikling

Et område, hvor den psykologiske diskurs influerer på den naturvidenskabelige er ved sundhedsplejerskens fokus på både barnets fysiske og kognitive udvikling. Her er Foucaults forståelse af domænet viden relevant til at analysere, hvad der fremstår som sandheden om det lille barns udvikling i 1970'erne (Foucault, 1984a, p. 351). Barnets ernæring er stadig af stor betydning i sundhedsplejerskens vejledning, men nu påpeges det, at tilknytningen er ligeså

vigtigt som selve ernæringen i modermælken når moderen ammer sit barn. I Sundhedsstyrelsens pjece *Svangerskab, fødsel og spædbarnspleje* fra 1970 står der:

“De første leveår har stor betydning for barnets psykiske udvikling, blandt andet udviklingen af dets følelsesliv og karakteregenskaber og dets indstilling til andre mennesker. De bedste betingelser for barnets udvikling på disse områder skabes ved kærlighed, tryghed og forståelse. Den største tryghed opnår spædbarnet, når det dier og føler moderens varme... Der skal altså kort sagt også være tid til kærlighed. Det er af mindst lige så stor betydning for barnet som god hygiejne og rigtig kost“ (46).

Begreberne *kærlighed, tryghed* og *forståelse* understreger, at den sande viden om spædbarnspleje udspringer af en psykologisk videnskabelig tendens, hvor sundhedsplejersken trækker på viden som Harry Harlows forsøg med abeunger og tilknytningsteori (Nielsen, 2010, p.237; Poulsen, 2010, p.92). Disse teorier er skelsættende for, hvordan man i 70'erne forstår børns behov, og at en god tilknytning er afgørende for barnets fysiske og kognitive udvikling.

Den psykologiske diskurs knytter an til det normative blik på amning, der er anlagt i 1930'erne. Den gavnlige effekt af amning er nu ikke udelukkende den naturlige ernæring, men også tilknytningen som dette medfører. Der sker et samspil mellem den naturvidenskabelige diskurs, der styrker den viden som sundhedsplejerskeinstitutionen siden sin begyndelse har praktiseret. Dette taler ind i Foucaults betragtninger i *Viljen til viden*, hvor han understreger, at diskurser bør ses som en serie af usammenhængende elementer *“... hvis funktion hverken er ensartet eller stabil”* (Foucault, 2011, p. 106). Ovenstående fund illustrerer, at der kan være en mangfoldighed af diskurser til stede i forskellige varianter og strategier. Diskurserne kan være modstridende og på sin vis repræsentere taktiske elementer i diskursernes styrkeforhold (Foucault, 2011, p. 108). Dette ser vi også i ovenstående citat, hvor den psykologiske diskurs træder frem og slår fast, at: *“Der skal altså kort sagt også være tid til kærlighed. Det er af mindst lige så stor betydning for barnet som god hygiejne og rigtig kost“* (46).

Moderen

Erkendelsesbruddet, som den psykologiske diskurs har medført, fremgår af sundhedsplejerskens tilgang til spædbarnets moder. I 1970'erne betragtes moderen ikke kun med et naturvidenskabeligt blik, som forudsætningen for spædbarnets overlevelse, men i kraft af den psykologiske diskurs produceres en erkendelse af moderens værdi som et mere sammensat menneske.

Når sundhedsplejerskerne forholder sig til moderen i deres praksis, går begrebet *velbefindende* igen - dette i både deres interne journalføringsproces og på uddannelsen til sundhedsplejerske (42; 48). Velbefindende dækker over moderens fysiske velbefindende efter en fødsel, men også hendes psykiske tilstand. I en pjece fra Sundhedsstyrelsen fremgår: *“Forandringen er stor, og ansvaret for den nyfødte kan føles overvældende. Det er ikke underligt og ganske normalt, hvis De har let til tårer og undertiden mister modet.”* (46).

Moderen er et selvstændigt og psykologisk menneske, derfor må sundhedsplejersken være opmærksom på de psykiske reaktioner, der kan komme efter en fødsel. Fokuset på moderens fysiske og psykiske velbefindende kan ses som et udtryk for sikkerhedsdispositivet. Sundhedsplejersken opfordrer til, at den nybagte moder kommer i gang med barselsgymnastik, da man ved at tage sine forholdsregler kan modvirke senere fysiske skavanker som f.eks. nedsunken livmoder eller navlebrok (Nielsen, 2015; Schulze, 2019). Under uddannelse til sundhedsplejerske undervises de studerende i kommunikation og samtaleteknik *“... som middel til afsløring af behov”* (44) hos patienten eller moderen; dette taler ligeledes ind i sikkerhedsdispositivet. Kommunikation bliver vejen til at foregribe uforudsete udfordringer som følge af moderens psykiske tilstand, som f.eks. en fødselsdepression, der kan være skadelig for barnets udvikling. Foucault kommer disse sikkerhedsforanstaltninger nærmere i en forelæsning på Collège de France i 1978, hvor han netop anskueliggør, at disse sikkerhedsforanstaltninger søger at begribe dem: *“... på deres faktiske virkeligheds niveau”* (Foucault, 2008b, p. 53). Sundhedsplejersken søger, via sin kommunikation med moderen, at imødegå eventuelle psykiske problemer hos moderen, ved at reagere på moderens virkelighed på en sådan måde at denne virkelighed annulleres, begrænses eller bremses (Foucault, 2008b, p. 53).

Sundhedsplejerskeinstitutionens ændrede opfattelse af moderen sker sideløbende med de feministiske strømninger i 1960'erne og 1970'erne, der medvirker til et mere alsidigt billede af kvinden. Moderens 'naturlige' plads ved kødgryderne og hjemme hos børnene udfordres ved, at flere kvinder ønsker stadig større adgang til arbejdsmarkedet, ligestilling og fri abort. For at imødekomme disse strømninger tilretter sundhedsplejerskeinstitutionen sin praksis således mødrene anerkendes for deres arbejde i familien: *“Det er en almindelig opfattelse, at faderen skal have sin nattesøvn. Han skal jo passe sit arbejde om dagen. Men husk på, at moderen også har et arbejde. Hun er mere end fuldtidsbeskæftiget med pasning af et spædbarn”* (49).

Med Foucaults domæne magt ser vi, at sundhedsplejerskeinstitutionens fokus primært er på kvindens rolle i hjemmet. Dermed ekskluderes identitetsmarkører som arbejde og politisk interesse som manden krediteres for, selvom det er af afgørende betydning for mange kvinders identitet i 1970'erne (48; Christensen & Hamre, 2018, p.27; Rasmussen & Brunbech, 2009). Tekstarkivet peger generelt på en sundhedsplejerskeinstitution, der formidler en traditionel kønssocialisering. Med dette menes måden, hvorpå et individ indarbejder de samfundsmæssige normer for kvindens handlinger og holdninger og i sidste ende internaliserer dem (Hansen, 2010, p.351). Selvom kvindebevægelsen i vid udstrækning kommer igennem med deres politiske dagsorden, afspejles dette ikke i sundhedsplejerskens møde med moderen. I Sundhedsstyrelsens pjese *Med hilsen fra sundhedsplejersken*, er det gennemgående budskab, at moderen skal anerkendes for det arbejde hun foretager i hjemmet (49). Dette taler ind i Ph.d.-afhandlingen *Sundhedsplejersken på besøg* af Birgitte Ravn Olesen fra 1996, der er introduceret i konstruktionen af et forskningsfelt i indledningen. Olesens forskning viser, at sundhedsplejersken helt op i 1990'erne, mere eller mindre ureflekteret, udøver og formidler en traditionel kvindesocialisering i sin praksis (1996, p.155). Selvom sundhedsplejerskens blik på moderen i 1970'erne er mere alsidigt og bygger på en koalition mellem den naturvidenskabelige og den psykologiske diskurs, fastholdes moderen i en traditionel kvinderolle. En forklaring kan være, at kvinden i 1970'erne stadig har hovedansvaret for familien. Størstedelen af sundhedsplejerskens pjecer og vejledninger er adresseret til moderen, og i mødet med forældrene er der primært fokus på barnet og moderen (42; 50; 62). Moderen er dog ikke alene om ansvaret for spædbarnet i 1970'erne, da faderen nu også optræder i sundhedsplejerskeinstitutionens praksis.

Familien

Dette leder os frem til den sidste diskursformation, som understøtter konklusionen, at den videnskabelige tendens i 1970'erne er psykologisk, nemlig at forældreskabet anses som et partnerskab mellem moderen og faderen. Hvis vi atter griber fat i citatet, der fremstiller moderen som et mere sammensat menneske: *"Forandringen er stor, og ansvaret for den nyfødte kan føles overvældende..."*, så lyder den sidste del: *"Her må faderen hjælpe med forståelse og opmuntring og husk, at De ikke er alene med ansvaret."* (46). Dette viser, at faderen skal være en støtte for moderen. Det bliver mere og mere almindeligt, at faderen tager ferie i den første tid efter barnets ankomst, da det styrker forholdet mellem ham og moderen i den store

omvæltning det er at blive forældre. En pjece fra Komiteen for Sundhedsoplysning har fokus på, at forældrene bør tale sammen om de problemer, der kan opstå i kølvandet på en fødsel og den nye tilværelse med et spædbarn; f.eks. indvirkningen på parrets seksuelle samvær (50). Dette fokus på det seksuelle samvær hos forældrene taler ind i Foucaults betragtninger i *Vilje til viden*, hvor han netop pointerer, at man gennem utallige diskurser har set en mangedobling af juridiske fordømmelser i forhold til seksuelt afvigende adfærd; der dermed ekskluderes. Det, der netop inkluderes, er en bestræbelse på at sikre en forøgelse af befolkningen, arbejdsstyrken samt generel opretholdelse af orden i samfundet (Foucault, 2011, p. 45-46). Der ses således i denne tidsperiode også en økonomisk logik, der netop har fokus på samfundets overlevelse. Vi vil udfolde den økonomiske logik yderligere i analysen af nutiden.

Billede 1

Analyseværktøjet er udviklet til at analysere udsagn i tekstarkivet. Det er dog interessant at kaste et blik på fotografierne i diverse pjecer og vejledninger. I 1970'erne afbildes faderen med det lille barn, som eksempelvis ses på billede 1 (50). Selvom det skriftlige i disse pjecer primært er adresseret til moderen, er fotografier med til at konstruere en virkelighed, hvor faderen får en mere central rolle i familien.



Med analyseværktøjet og Foucaults vidensdomæne kan vi nærme os, hvordan faderen og familien konstrueres i sundhedsplejerskeinstitutionen, som følge af den videnskabelige tendens, psykologi. Vi finder i tekstarkivet, at faget *Familiesociologi* er en del af sundhedsplejerskens uddannelse (57). Familiesociologien er et forskningsområde, der beskæftiger sig med familien som en social konstruktion. En sådan forståelse vil have fokus på familielivets indre strukturer, rollerne familiemedlemmerne varetager og de processer og interaktioner, der foregår i familien (Ottosen, 2011, p.156). Sundhedsplejerskeinstitutionens vidensgrundlag og praksis fastholder en konstruktion af den gode og rigtige familie, der er bundet op på et traditionelt syn, i lighed med deres syn på moderen. Heller ikke her synes sundhedsplejerskeinstitutionen at forme sin praksis i kølvandet på den store familievolution, hvor der sker ændringer i familiemønstre og de mere eksperimenterende familieformer opstår (Andersen, 2018). Det er derfor interessant at problematisere kernefamilien som en norm, der implicit konstrueres af sundhedsplejersken med videnskabeligt belæg i den psykologiske diskurs.

Normen er kernefamilien

I en tid, hvor kvinder kæmper for selvstændighed og ligestilling er institutionen familie til diskussion. Alternative familie- og boformer blomstrer, ja hele parallelsamfund som Thylejren og Christiania opstår, men sundhedsplejerskeinstitutionen fastholder et traditionelt familiesyn (Andersen, 2018). Det forundrer os, at vi intet sted i tekstarkivet fra 1970'erne ser, at staten moderniserer deres blik på familiestrukturer. Tekstarkivet indikerer, at sundhedsplejerskens fremstilling af det gode for barnet og moderen er kernefamilien. Uden at fælde dom over kernefamilien forholder vi os problematiserende og kritisk til hvilken normativ indvirkning ideen om kernefamilien har på moderskabet (Foucault, 1984a, p. 343).

Foucaults genealogiske domæner anvendes til at forstå, hvordan sundhedsplejersken fremstiller kernefamilien i sit virke og hvilken påvirkning dette kan have på moderskabet. Domænet viden afslører, at Sundhedsstyrelsen gennem sundhedsplejersken primært tegner et billede af moderen, som værende i en sårbar situation både fysisk og psykisk efter fødslen (42; 46). Dette sker med videnskabeligt afsæt i den psykologisk diskurs. Sundhedsplejersken har et fokus på familiens indre struktur og kernefamilien, der fremstilles som en essentiel nødvendighed for, at moderen kan overskue den omvæltning, det er at få et barn. I tekstarkivet nævnes de ugifte mødre en enkelt gang i forbindelse med, at hun kan søge personlig, social og juridisk hjælp hos Mødrehjælpen (46). Dette leder videre til, hvad normen om kernefamilien udelukker, som vi med domænet magt kan belyse. Når de ugifte mødre kun nævnes én gang, betyder det, at moderen primært konfronteres med pjecer og vejledninger, der taler ind i gifte og samlevende forældres virkelighed. Dette betyder, at en toneangivende organisation som Komiteen for Sundhedsoplysning og Sundhedsstyrelsen, ekskluderer en lang række familiekonstellationer og måder at være moder på: enke, enlig, fraskilt, homoseksuel eller alternative familieformer, som f.eks. kollektivet, hvor flere voksne påtager sig forældrerollen. Domænerne viden og magt er tæt forbundne og de underbygger domænet normer, som foreskriver, at den gode spædbarnspleje i 1970'erne forudsætter en moder og en fader, der i partnerskab varetager ansvaret.

I denne gennemgang efterlades vi med en undren over, hvad problemet mon er, hvis løsningen er kernefamilien. Vi søger svaret i den uoverensstemmelse vi finder mellem de politiske strømninger i samfundet i 1970'erne og sundhedsplejerskens formidling af en traditionel kønsrollefordeling, som tekstarkivet konstruerer. Med det problematiserende blik

kan der stilles skarpt på, at det ikke er selvfølgerligt, at kernefamilien er idealet som sundhedsplejersken møder moderen med.

Den psykologiske diskurs, der præger 70'erne indvirker på menneskets og i særdeleshed kvindernes identitetsopfattelse. Kvinderne kæmper for økonomisk uafhængighed og personlig selvstændighed, hvilket bl.a. prævention til kvinder og fri abort muliggør, da kvinderne får mere frihed til at planlægge arbejds- og familieliv (Andersen, 2019). En forklaring på dette kan findes i den humanistiske psykologi, som vinder frem i denne tidsperiode. En af hovednavnene er Abraham Maslow, der bl.a. beskriver menneskets selvaktualisering, som de absolutte personlige værdier og mål for personlig udvikling og socialisering. Maslows behovspyramide viser, at hvis et individ får dækket sine grundlæggende behov (mad, sikkerhed, social kontakt etc.) så kan det forfølge sit øverste behov: det selvrealiserende projekt (Køppe, 2010, p. 256-257). Dette illustrerer erkendelsesbruddet, der har fundet sted siden 1930'erne. Naturalismens opfattelse af, at mennesket stopper ved de grundlæggende behov, da dette er, hvad naturen formår at forklare. Med den psykologiske disciplins fodfæste i den videnskabelige verden, medfører en erkendelse af mennesket som mere sammensat. Kombineret med denne tidsperiodes eksplosive udvikling af velfærdssamfundet har især kvinderne mulighed for at realisere deres egen identitet (Andersen, 2019).

Behovet for selvrealisering hos kvinderne presser kernefamilien hvilket ses f.eks. i den traditionelle ægteskabsinstitution. I årene omkring 1970 falder det årlige vielsestal med en fjerdedel (fra 41.000 til 31.000) og skilsmissetallet fordobles (fra 7.000 til 13.000) (Villaume, 2012). Langt flere bryder altså ud af utilfredsstillende ægteskaber, og dette kan ses som en trussel mod samfundets grundcelle: kernefamilien. Det er altså dette problem, som normen om kernefamilien er et svar på. Hvorfor er det magtpåliggende for staten, at sundhedsplejerskeinstitutionen indvirker på moderskabet med denne norm? Her kan Per Schultz Jørgensens gennemgang af den historiske udvikling af familien skabe mere klarhed. Han beskriver familien, som et urbillede bestående af fader, moder og barn, således er den traditionelle definition på familien et fællesskab af to generationer og to køn. Det er denne konstellation, der kendetegner kernefamilien (Jørgensen, 2011, p.15). Jørgensen skriver:

“Familien er lige så gammel som selve den menneskelige kultur... Den er en vigtig del af grundlaget for overlevelse – både for det enkelte individ, gruppen, stammen og selv kulturen. Det vil sige, at familien sikrer samfundets videreførelse.” (Jørgensen, 2001, p.13).

Kernefamilien trækker tråde tilbage til oplysningstiden, hvor den idealiseres som samfundets fundament og arnestedet for fremtiden og samfundets børn (Braad, 2005). Men med den tredje familievolution, som Jørgensen identificerer, der finder sted i årene efter 1960 ændres kvindernes og mødrenes rolle - hvilket redefinerer familien (Jørgensen, 2001, p.17). Det er altså risikoen for opløsningen af selve samfundets byggesten *kernefamilien* som sundhedsplejersken modvirker ved at indvirke på moderskabet med et ideal om moder, fader og børn. Normen om kernefamilien kan derfor med Foucault anskues som et disciplindispositiv. Sundhedsplejerskens normative indvirkning på moderskabet med idealet om kernefamilien kan ses som en forebyggende teknologi, som søger at hindre, den uønskede adfærd - at kvinden prioriterer sit selvrealiserende projekt højere end produktionen af fremtidens borgere. Vi iagttager her et begyndende erkendelsesbrud, hvor den økonomiske logik, vinder indpas og underbygger kernefamilien som norm. Dette for netop at sikre en reproduktion af arbejdskraft samt stabilitet i samfundet (Foucault, 2011, p.46).

Canguilhem inspirerer til en dekonstruktion af normen om kernefamilien. I tråd med problematiseringen af det normale kan man stille spørgsmålstejn ved om familien eksisterer som en definitiv størrelse? I 1970'erne konstitueres og defineres moder- og forældreskabet på stadig nye måder, der overskrider vanlige forestillinger om kernefamilien, dels som følge af de feministiske strømninger og den psykologisk diskurs. Familien ændrer dermed form ud fra rammebetingelser og vilkår i en tidsperiode, som f.eks. materielle vilkår, menneskesyn og de kulturelle og sociale muligheder (Jørgensen, 2001, p.21). Til trods for, at samfundet gennem sundhedsplejerskens virke forsøger at fastholde en virkelighed, hvor kernefamilien er normen udvides grænserne for, hvordan man kan være moder i denne tidsperiode.

Opsamling

Det som kendetegner sundhedsplejerskeinstitutionen i 1970'erne er, at den psykologiske diskurs producerer nye erkendelser om barnet, moderen og familien, der udvider sundhedsplejerskens indsatsområder. Der er sket et erkendelsesbrud siden 1930'erne i den forstand, at sundhedsplejerskens vidensgrundlag og praksis nu bygger på både en naturvidenskabelig og psykologisk videnskab. Dette indvirker på moderskabet ved, at sundhedsplejersken normsætter kernefamilien i sin praksis som en reaktion på kvindernes frigørelse.

Vi ser en lighed mellem Foucaults eftertænkning over sit genealogiske arbejde i *Seksualitetens historie*, hvor han bl.a. konstaterer, at erkendelsesbruddet med religionen medfører et manglende etisk fundament. Han udtaler:

“Recent liberation movements suffer from the fact that they cannot find any principle on which to base the elaboration of a new ethics. They need an ethics, but they cannot find any other ethics than an ethics founded on so-called scientific knowledge of what the self is, what desire is, what the unconscious is, and so on.” (Foucault, 1984a, p.343).

Selvom Foucault taler i en seksualitets kontekst, kan der drages en parallel til indeværende undersøgelses problematisering af sundhedsplejerskens normative indvirkning på moderen. Foucault taler om, hvorledes psykologien som videnskab producerer en ny etisk ramme for lyst og seksualitet. På samme måde medvirker den psykologiske diskurs til at sætte de etiske og dermed normative rammer for moderskabet i 1970'erne. Foucaults arbejde i viljen til viden er en genealogi af etik, hvilket han understreger ved at sige: *“Yes, I'm writing a genealogy of ethics. The genealogy of the subject as a subject of ethical actions, or the genealogy of desire as an ethical problem”* (Foucault, 1984a, p.356). På samme måde kan sundhedsplejerskeinstitutionen anses som et etisk problem, hvor vi genealogisk kan undersøge mødrenes etiske/ normative handlinger - som forandres som følge af videnskabelige diskurser (Christensen & Hamre, 2018, p.21-22).

I dag: Den forebyggende indsats

I dag bliver sundhedsplejerskeinstitutionen tæt kædet sammen med det nyslåede moderskab og forældreskab. Det eksakte tal på, hvor mange familier, der vælger at modtage sundhedspleje, er svært at fremskaffe. Sundhedsstyrelsen og KL finder det ikke relevant løbende at måle tilslutningen, da den er så høj. Af en brugerundersøgelse fra 1994 fremgår det, at tilslutningen på daværende tidspunkt var 95 pct. og formentlig er tilknytningen højere i dag (Hansen & Udsen, 1994, p.48; Pedersen, 2005, p.14). Desuden har sundhedsplejersken en central rolle i den forhenværende VLAK-regerings initiativ *1.000-dags-program - en bedre start på livet*, hvor der fra 2019-2022 prioriteres 1 milliard kroner til at løfte børn fra sårbare og udsatte familier. Dette indikerer, en ny videnskabelig epoke i sundhedsplejerskeinstitutionen, og understreger selvfølgeligheden i at få besøg af sundhedsplejersken (90).

Foucault understreger, med den genealogiske metode, vigtigheden af at tage afsæt i nutiden og den historisk epistemologiske gennemgang af 1930'erne og 1970'erne muliggør en problematisering af samtidens sundhedsplejerskeinstitution (Andersen, 1999, p.56).

Den økonomiske diskurs

I dag ser vi den økonomiske diskurs træde frem som den mest dominerende i tekstarkivet, der udgøres af 29 dokumenter (64-93). Begreber som *sundhedsfremme og forebyggelse, udvikling, trivsel, læring, cost-benefit, nyeste viden, forskning, statistiske modeller, metoder, analyser, evidens, og gevinst* træder frem i tekstarkivet. På baggrund af disse begreber iagttager vi nogle regelmæssigheder, der konstituerer et spredningssystem, der fortæller, at vi har identificeret en diskursformation (Foucault, 2005, p.83). Dermed ikke sagt, at den naturvidenskabelige diskurs, der træder frem i 1930'erne og den psykologiske diskurs i 1970'erne ikke længere er til stede - de er stadig en del af sundhedsplejerskernes vidensgrundlag i dag. Men, der er sket et erkendelsesbrud siden 1970'erne, da samtidens sundhedsplejerskeinstitutionens praksis og viden nu er overvejende økonomisk forankret.

Den økonomiske krise i 1970'erne indvarslede konkurrencestatens indtog i Danmark og dermed en afslutning på det velfærdssamfund, der tog fart i efterkrigstidens Danmark (Pedersen, 2011 p. 187). Men hvori ligger denne forandring fra velfærdsstat til konkurrencestat? En måde at få indsigt i distinktionen mellem de to er ved at iagttage de menneskesyn som de hver især repræsenterer. Helt grundlæggende er velfærdsstaten og konkurrencestatens forestilling om lighed og mulighed for dets borgere forskellige. Hvor velfærdsstaten ser mennesket som en person med en iboende værdi i sin egen ret, ser konkurrencestaten mennesket som egennyttigt, altså et menneske, der skal erhverve sig færdigheder således den enkelte kan blive, hvad denne reelt er; egennyttig. I konkurrencestatens optik tages det for givet, at alle mennesker er udstyret med lige muligheder i livet, her forstået som den samme form for egennytte (Pedersen, 2011, p. 194). Dette ændrede menneskesyn træder frem i tekstarkivet, når sundhedsplejerskens fokus er på det enkelte barns forudsætninger og livschancer: "... *potentialiet i forebyggelsen af langvarige og alvorlige lidelser og forbedring af børnenes livschancer er derfor stor, hvis børn i særlig risiko identificeres tidligt, så støtten kan iværksættes så tidligt som muligt i barnets liv.*" (78). Videre fremgår det af Sundhedsloven: "... *kommunale tilbud skal tilrettelægges, så der dels ydes en generel forebyggende og sundhedsfremmende indsats, dels en individorienteret indsats, der retter sig mod*

alle børn, samt en særlig indsats der specielt tager sigte på børn med særlige behov.” (66). Staten har et individfokus på barnet, der allerede i fostertilstanden, vurderes med henblik på at optimere dets livschancer: “... den tidlige udvikling er således en afgørende determinant for sociale og sundhedsmæssige forhold senere i livet. Faktorer helt tilbage i fosterstadiet kan føre til nedsat fostervækst, for tidlig fødsel og medfødte misdannelser, der påvirker risikoen for senere negative sundhedskonsekvenser.” (78). Fokus på individet samt fremtidige livschancer taler ind i konkurrencestatens menneskesyn, der træder frem i sundhedsplejerskens praksisgrundlag, hvor sundhedsplejersken netop medvirker til at sætte rammerne for lige livschancer gennem sundhedsfremme og forebyggelse.

Tekstarkivet konstruerer en økonomiske diskurs i samtiden, der lægger sig tæt op af Oline Pedersens afhandling *Magt og normalisering i praksis*. Pedersen identificerer tre diskurser: *individualiseringsdiskursen*, *diagnosticeringsdiskursen* samt *arbejdsmarkeds- og konkurrencestatsdiskursen*, som er på spil i sundhedsplejerskeinstitutionen i 2015. Pedersen tilskriver konkurrencestaten begrundelsen for disse diskurser, der alle har fokus på det aktive og handlende individ, som er villig til at arbejde med sig selv (2015, p.298). Vi ser i lighed med Pedersen en individualiserings- samt arbejdsmarkeds- og konkurrencediskurs i dag, som vi samler under betegnelsen den økonomiske diskurs, hvor menneskesynet er tilsvarende Pedersens konklusion. Dermed bekræfter vi dette element af hendes undersøgelse. Vi har dog forskellige tilgange til undersøgelsen af diskursers betydning for sundhedsplejerskeinstitutionen. Pedersens forskning har primært fokuseret på mødet mellem forældrene og sundhedsplejersken og efterfølgende har hun undersøgt hvilke diskurser, der træder frem i sundhedsplejerskeinstitutionen (2015, p.49). Med afsæt i den historiske epistemologi, undersøger vi hvorledes sundhedsplejerskeinstitutionen har forandret sig grundet diskurser, som har produceret videnskabelige erkendelser og skabt et normativt blik på moderskabet.

Vi ser en overensstemmelse mellem Ove K. Pedersens beskrivelser af nutiden i *Reaktionens tid* og hvad vi observerer i vores tekstarkiv. Han skriver således:

“Danmark adskiller sig dog (fra de andre vestlige lande, red.) ved, at økonomismen opnår position som dominerende ideologi. I dag udgør den en fjerde ideologi, der lægger sig over de traditionelle ideologier, socialisme, liberalisme og konservatisme, og gør det muligt for reformismen at inkludere dem og endda skabe et kompromis mellem dem” (Pedersen, 2018, p. 175).

Her berører Pedersen, hvordan den økonomiske logik gennemsyrrer al politisk virksomhed i dag. Som eksempel herpå kan nævnes *Den socialøkonomiske investeringsmodel (SØM)*, der er et redskab, særligt målrettet kommuner, der anskueliggør, hvorledes en social indsats påvirker den offentlige økonomi over en længere tidsperiode. Af socialstyrelsens hjemmeside fremgår det:

“SØM kan give et bedre grundlag for dialog og lokalpolitiske diskussioner, men kan aldrig stå alene, når der skal træffes politiske beslutninger om investeringer i sociale indsatser. Sociale indsatser skal i høj grad også vurderes ud fra den progression og livskvalitet, der skabes for borgerne” (Socialstyrelsen, 2020).

SØM belyser, hvorvidt en investering, som f.eks. sundhedsplejerskernes indsats hos udsatte børn, kan betale sig for samfundet. Det er altså et økonomisk hensyn, der kommer først og dernæst et menneskeligt, hvilket understreger den økonomiske diskurs' betydning for samtiden.

Hvordan influerer denne økonomiske tendens på sundhedsplejerskeinstitutionen i dag? Med den historiske epistemologi undersøger vi det videnskabelige fundament, der ligger til grund for sundhedsplejerskeinstitutionens vidensgrundlag og praksis (Jensen, 2005, p. 63). I *Bekendtgørelse om specialuddannelse til sundhedsplejerske* fremgår følgende: *“Uddannelsens vidensgrundlag er professions-, udviklingsbaseret og forskningstilknyttet og baseres på nyeste teorier og forskningsresultater fra sundhedsvidenskab, humanvidenskab og samfundsvidenskab”* (69). Det er her nærliggende at rette blikket mod vores tidligere gennemgåede tidsperioder; 1930'erne og 1970'erne. I 1930'erne har vi allerede konstateret, at der herskede en naturvidenskabelig logik, hvor der i 1970'erne var tale om en psykologisk logik. Her ser vi de to træde frem i nye klæder som dels sundhedsvidenskab (naturvidenskab) og humanvidenskab (psykologi). Samfundsvidenskaben indbefatter den økonomiske logik, der er på spil i konkurrencestat i dag, således bygger sundhedsplejerskeinstitutionens vidensgrundlag på alle tre diskurser i dag. Ved gennemgang af *basislitteraturlisten fra specialuddannelsen til sundhedsplejerske* ser vi titler som: *Sundhed, menneske og samfund*, *Udvikling: Fra udviklingspsykologi til udviklingsvidenskab* samt *Ungdomsliv: Mellem individualisering og standardisering*, der alle involverer et samfundsvidenskabeligt perspektiv, med en underliggende økonomisk diskurs (92). Dermed konstrueres sundhedsplejerskeinstitutionen i dag ud fra en økonomisk erkendelsesramme, hvor vidensgrundlaget og dens praksis er

forankret i den naturvidenskabelige - og psykologiske videnskab, men dette med afsæt i et økonomisk menneskesyn.

Kampen om viden

Vilkårene for forældres adgang til viden og vejledninger angående deres nyfødte barn er radikalt forandret siden 1930'erne og 1970'erne. Globalisering og i særdeleshed internettet har medført en massiv adgang til viden, der ikke udelukkende produceres af Sundhedsstyrelsen og formidles af sundhedsplejersken. Man kan i dag få nationale og internationale inputs fra onlinefora, fagpersoner eller privatpersoner, der alle giver deres svar på den bedste måde at amme på, hvordan man får baby til at sove, spise, rulle fra ryg til mave mv. Hvordan navigerer kvinder i dag i den overflod af viden, der møder dem, når de bliver mødre for første gang? Har samtidens moder mistet følingen, ikke kun, med sit eget barn, men med en helt basal 'sund fornuft' - her forstået som, hvorvidt man er i stand til at aflæse sit barn og dets behov for derefter at opfylde disse. Er der en naturlighed ved moderskabet, der har måttet vige pladsen for overfloden af vejledninger og anbefalinger.

I tekstarkivet kommer mødrenes usikkerhed til udtryk i brevkasse-korrespondancer på diverse onlineplatforme (64; 72; 75; 87; 88). Det er nok ingenlunde unikt for mødre i dag, at omvæltningen ved at blive moder afføder usikkerhed og et behov for at søge råd. Men muligheden for, til enhver tid, at kunne google svar eller skrive et spørgsmål på netsundhedsplejersken.dk, er et resultat af den teknologiske udvikling, der har fundet sted efter 1970'erne. Der er uendeligt mange brevkassespørgsmål på de to onlineplatforme med ansatte sundhedsplejersker, men et klassisk eksempel kan være:

"... Hvor lang tid må baby sidde oppe i de 1.40 min til 2 timer turen tager? Der står alt fra 20 min til 2 timer på nettet, men hvad er korrekt? Hvor kan jeg evt. læse mere om dette, hvor jeg kan stole på oplysningerne?" (75).

Her ser vi en mor, der via onlineplatformen sundhedsplejersken.dk, søger råd og vejledning. Det fremgår, at hun på forhånd har foretaget søgninger på nettet, hvor svarene varierer kraftigt. Ved første øjekast kan man undre sig over denne usikkerhed fra moderens side omkring en køretur i bil med baby. Hvad er det, der er på spil her, når vi ser spørgsmål som dette gå igen i disse online brevkasser? Vi nærmer os dette når vi vender os mod sundhedsplejerskernes svar på ovenstående:

“... jeg tænker, at den lille skal have lidt mad og en ren ble undervejs. Så et par stop, hvor I lige skifter stilling, og dit barn kan få strakt og bevæget kroppen og slappe lidt af. Det er nok et godt bud. Du vil sikkert erfare, at der er rigtig mange ting, hvor I bruger jeres sunde fornuft og gør det, som I mener er bedst for jeres barn.” (75).

Sundhedsplejersken giver den bekymrede moder en kort instruks, men afslutningsvis berører hun noget helt essentielt ved moderskabet. Den naturlighed, altså moderens iboende føling med, hvad der er bedst for barnet og altså implicit gøre brug af sin egen sunde fornuft. Vores tekstarkiv og indtryk af disse brevkasser indikerer, at mødrene i dag langt fra er forbundet med denne naturlige intuition (Arbøl, 2013, p. 490). Kan dette være resultatet af 83 års sundhedspleje i det danske samfund, hvor moderens naturlige sunde fornuft er blevet erstattet af en kunstig, der er repræsenteret af sundhedsplejersken? Vi søger her ikke at dømme denne udvikling, blot at kaste lys over og problematisere, hvorledes tilfældigheder har været en medvirkende faktor til sundhedsplejerskens indvirkning på moderskabet (Christensen & Hamre, 2018, p. 92). Her kan vi trække slægtsskabslinjer tilbage til 1930'erne, hvor vi tidligere har belyst, forherligelsen af det naturlige ved amning og eksklusionen af det kunstige - opflaskning. Vi ser, at tingene er vendt på hovedet, da der i dag netop inkluderes den vejledningsparate moder, der tillægger moderskabet en kunstig dimension, hvor hendes egen naturlige fornemmelse for barnet, drukner i vejledninger, anbefalinger og den seneste forskning netop indenfor dette specifikke område (Arfort, 2018: Arbøl, 2013, p.429).

En mulig forklaring på, hvordan forældrene fastholdes i denne vejledningsparate tilgang, kan ses i Sundhedsstyrelsens kamp for monopol på viden om den optimale spædbarns- og barnepleje. Sundhedsplejerskens vejledende funktion handler, i en digital og global kontekst, om at holde Sundhedsstyrelsen og dermed statens vejledning i hævd. Det store udbud af viden og vejledning, som er tilgængeligt for forældrene, er ud fra den økonomiske diskurs et spørgsmål om at give alle forældre de bedste forudsætninger for at give deres barn den mest optimale start på livet; staten udbyder uanede mængder af viden, som det enkelte individ, med sin egennyttige tilgang til livet, må sortere i (Pedersen, 2011, p. 190). Udbuddet af ikkefaglige råd undergraver sundhedsplejerskens autoritet, hvorfor Sundhedsstyrelsen fremhæver: *“... at man skal forholde sig kritisk til det, man læser om børn i bøger, på hjemmesider og i andre medier...”* (Sundhedsstyrelsen, 2016). Dette sammenstød af sand viden versus pseudoviden er en kontinuerlig udfordring for Sundhedsstyrelsen i dag, hvor viden, sand eller falsk, netop er så let tilgængelig.

For at komme dybere ned i materien af, hvad der er på spil i forhold til gældende 'sand' viden i dag gør vi brug af de genealogiske domæner. Ved at gennemgå Sundhedsstyrelsen anbefalinger angående vegansk kost til det lille barn, ser vi hvordan kampen om viden kan udspille sig og, hvordan Sundhedsstyrelsen må tilpasse sig for at sikre sig muligheden for at vejlede forældrene. Initialt har Sundhedsstyrelsen pure afvist en vegansk kost til det lille barn, da det strider mod den vejledning de ellers repræsenterer, hvor det er vigtigt med en varieret kost med mange forskellige fødevarergrupper. Grundet en forøgelse af antallet af forældre der lever vegansk, har Sundhedsstyrelsen dog nu efterkommet et ønske om vejledning i vegansk kost til det lille barn (89). Af vejledningen *Ernæring til spædbørn* fremgår følgende:

“Udelukkende vegansk ernæring til spædbørn og småbørn (under 2 år) kan ikke anbefales, idet det kan være meget vanskeligt at opfylde barnets ernæringsbehov de første leveår med denne kostform... såfremt forældre insisterer på denne kostform til deres 6-24 måneder gamle barn, bør sundhedspersonalet orientere forældrene om, at denne kostform forudsætter, at barnet er raskt, spiser varieret og med god appetit.” (89).

Ved at inddrage domænet viden er det interessant at holde fast i, at Sundhedsstyrelsen oprindeligt, på ingen måde, ville anbefale en vegansk kost til det lille barn og endda italesatte det som direkte skadeligt for barnet (89). Men, da der fortsat er forældre, der *insisterer* på denne kostform, forholder Sundhedsstyrelsen sig til, og vejleder omkring, hvordan man bedst muligt sikrer barnets ernæringsmæssige behov på denne kostform. Vidensdomænet åbner således op for og anskueliggør, hvorledes Sundhedsstyrelsen eksplicit italesætter én form for kost som den korrekte - baseret på videnskabelig indsigt i barnets ernæring og en anden kostform, her den veganske, som utilstrækkelig og usand viden, der ikke er begrundet i videnskabelig indsigt (Christensen & Hamre, 2018, p. 93).

Det bringer os videre til magtdomænet, der netop i samspil med vidensdomænet, anskueliggør hvilken viden, der inkluderes og hvilken viden, der ekskluderes. Sundhedsstyrelsen italesætter, som myndighed, at forældre, der vælger en vegansk kost til deres lille barn, går imod, hvad der i dag erkendes som sand viden (Christensen & Hamre, 2018, p. 94). Dette fremgår eksempelvis i vejledningen om *Ernæring til spædbørn* at sundhedsplejersken skal: *“... opfordre til, at barnets vækst følges nøje for at overvåge, om den veganske kost påvirker barnets vækst negativt”* (89). Med dette citat ser vi domænet normer træde frem, da sundhedsplejersken italesætter de mulige risici forbundet med vegansk kost til småbørn, og derigennem normsætter, hvad der er korrekt ernæring til barnet i samtiden.

Med de tre domæner i spil får vi således blik for, at der er sket en evolution i praksis vedrørende vejledning om vegansk kost. Oprindeligt er det et emne Sundhedsstyrelsen ikke ville tage stilling til, men nu kommer de med en vejledning omkring denne kostform for at sikre, at de forældre, der insisterer på vegansk kost, gør det på den mest optimale måde for barnet - og samfundet (Christensen & Hamre, 2018, p. 94).

Med det problematiserende blik på sundhedsplejersken undrer vi os over, hvad denne nye tilføjelse til Sundhedsstyrelsens ernæringsvejledning er et udtryk for? Hvilket problem, skal det løse? Vejledningen omkring vegansk mad kan potentielt være løsningen på et generelt problem for Sundhedsstyrelsen i samtidens Danmark: at myndighedens monopol på viden omkring barnet er i fare. Trods Sundhedsstyrelsens advarsler, er der fortsat forældre, der sværger til den veganske kostform. I dagens globale videnssamfund kan disse forældre uden besvær finde ny viden omkring vegansk kost til småbørn, der imødekommer deres behov og dermed, potentielt, underminerer Sundhedsstyrelsens status som indehaveren af sand viden på området.

I Sundhedsstyrelsens kamp om viden bliver moderskabet taget som gidsel - udfaldet bliver på den ene side, at moderen mister sin naturlige intuition og 'sunde fornuft'. På den anden side ser vi, at forældre, der formår at stå fast og yde modmagt ved at følge deres subjektive sunde fornuft forsøges indlemmet i Sundhedsstyrelsens vejledninger, hvorigennem der rykkes ved normerne, der er fastsat af sundhedsstyrelsen.

Forældrekurser

Sundhedsplejerskens traditionelle form, hvor forældre inviteres indenfor i deres hjem, udvides i dag. Flere kommuner landet over udbyder forældrekurser til førstegangsførelse, hvor sundhedsplejersken faciliterer et forløb, der skal klæde forældrene bedst muligt på til ansvaret for det lille barn og til at fungere som familie (Brünner, 2019). *Børn - hva' så? Familie med Hjerte, Hånd om barnet og Familieiværksætterne* - kært barn har mange navne, og alle disse forskellige variationer af forældrekurser er inspireret af Leksand-modellen. Konceptet tog sin start i Leksand kommune, som et græsrodsprojekt i 1996 i Sverige. Grundtanken er, at en forebyggende og helhedsorienteret indsats er en fordel for udsatte unge og samfundet. Projektets motto er "*Stöd till föräldrar ger glada och trygga barn*" (71), og derfor er udgangspunktet også, at den forebyggende indsats er rettet mod forældrene.

En rapport om *Familie med Hjerte* analyserer den samfundsøkonomiske gevinst af en landsdækkende implementering af dette Leksand-inspirerede forældrekursus - underforstået de forventede nettoeffekter på det samlede offentlige budget. Rapporten konkluderer, at udbredelsen vil medføre en samfundsøkonomisk gevinst i omegnen af 1 mia. kr. Rapporten fremlægger på den ene side nøgternt de statistiske beregninger, der ligger til grund for denne konklusion, men samtidig er disse flettet sammen med beskrivelser af forældreskabet, afmagt, stigmatiseringen ved udsathed, psykiske konsekvenser for et barn ved skilsmisse mm. Vi ser dermed en sammenkobling af den psykologiske og økonomiske diskurs:

“Det er derfor oplagt, at forebyggelse kan “betale sig”. Det kan betale sig for de udsatte børn, som undgår ulykker og traumer. Det kan betale sig for børnenes forældre, som lærer at fungere som familie. Og det kan (helt bogstaveligt) betale sig for samfundet, som undgår de store udgifter, der følger af ikke at gribe ind i tide.” (71)

Der er et humoristisk ordspil over talemåden *det kan betale sig*. Set med en psykologisk diskurs kan forældrekurser have en positiv effekt for børn og forældre. Det er dog ikke det væsentligste perspektiv, det er derimod det samfundsøkonomiske potentiale, der vejer tungest. Dette understreges ved, at denne undersøgelses estimat ikke medtager forbedring i trivsel, velvære og sammenhæng, der kan medvirke til, at socialt udsatte familier og børn kan leve et mere indholdsrigt og værdigt liv. De anerkendes som væsentlige, men de påvirker ikke (umiddelbart) samfundsøkonomien (71). Vi ser dermed, at sammenfletningen af den psykologiske og økonomiske diskurs i sidste ende drejer sig om, at sundhedsplejersken, gennem forældrekurser, griber og vejleder de udsatte familier fordi samfundet kan profitere økonomisk af det. Med Foucaults genealogiske domæne viden finder vi, at den sande viden vedrørende forældrekurser beror på en økonomisk diskurs, hvorimod den psykologiske gevinst fremstilles som pseudoviden, da den ikke egner sig til statistiske udregninger (Christensen & Hamre, 2018, p.93).

Den økonomiske diskurs determinerer den form sundhedsplejerskeinstitutionen tager i dag hvilket afspejler sig i strukturen af disse nye forældrekurser. En rapport om *Familieiværksætterne* beskriver, hvad et sådan forældrekursus kan indeholde. Henover 12 mødegange, faciliteret af sundhedsplejersken, møder førstegangsforældrene mange forskellige professionelle: bankrådgiver, advokat, fysioterapeut, psykolog, sprogvejleder, tandplejer, pædagog og familiebehandler (86). Denne perlerække af fagprofessionelle er den første indikation på, at forældrekurserne er en sikkerhedsdispositiv teknologi. Dette kombineret med,

at forældrekurserne er en modreaktion på “... en tendens til at fokusere på det håndgribelige og det presserende, at indsatsen overfor udsatte børn stadig fokuserer på aktuelle snarere end på potentielle problemer” (71), understreger, at forældrekurserne er en indsats, som imødekommer uforudsete udfordringer i forældreskabet og sikrer de bedste opvækstvilkår for barnet. Det bliver derfor tydeligt, at forældrekurserne, set ud fra Foucaults sikkerhedsdispositiv, producerer frihed og muligheder for forældrene og deres børn, men det sker ved at beskytte dem og disciplinere dem i sikkerhedens navn (Jensen, 2005 p. 259-260). Der ligger dermed noget kontrastfyldt mellem det liberale samfunds ideal om frihed og de stadigt flere tiltag og indgreb i forældrenes liv. Forældrekurserne problematiserer forældrenes naturlige instinkt, som vi var omkring tidligere, og gennem sikkerhedsdispositivets teknologier ønskes særligt de ressourcetsvage familiers manglende formåen udbedret (71). Det er således samfundets udsatte familier, der i en økonomisk diskurs bliver artikuleret som et problem, og vores tekstarkiv indikerer, at det er en “... ”god forretning” at gribe forebyggende ind” (71) med sundhedsplejerskens indsats i forældrekurserne.

En genealogiske skitsering af sundhedsfremme og forebyggelse

Et område hvor vi ser den økonomiske diskurs, er i den udvikling sundhedsplejerskens fortolkning af begreberne sundhedsfremme og forebyggelse har taget fra 1930'erne til i dag. Disse begreber har været til stede i sundhedsplejerskeinstitutionen fra begyndelsen. Ved at gennemgå begrebernes genealogi ser vi slægtskabslinjer på tværs af de forskellige tidsperioder, og den historiske epistemologi skærper blikket på hvilken betydning videnskabelige diskurser har for fortolkning af begreberne sundhedsfremme og forebyggelse i sundhedsplejerskeinstitutionen (Christensen & Hamre, 2018, p.101).

Vi ser en økonomisk logik i vores tekstarkiv i 1930'erne, da initiativet til oprettelsen af sundhedsplejerskeordningen var for at mindske spædbarnsdødeligheden, som et led i at producere en levedygtig befolkning. Det er her begreberne sundhedsfremme og forebyggelse indlejres i sundhedsplejerskens vidensgrundlag, idet sundhedsplejerskens fornemmeste opgave er at sikre det sunde barn gennem sygdomsforebyggelse, naturlig ernæring samt ro, renlighed og regelmæssighed (3). Sundhedsfremme og forebyggelse udlægges i 1930'erne, som et spørgsmål om optimering af den sunde befolkning begrundet i den naturvidenskabelige diskurs. Den økonomiske fortjeneste af sundhedsplejerskeinstitutionens praksis beror således på en naturvidenskabelig erkendelse og argumentation.

I 1970'erne konstaterer vi, at den psykologiske diskurs er mest fremtrædende, men ligesom med 1930'erne ser vi slægtskabsliner til den økonomiske diskurs. Sundhedsplejerskeinstitutionens forståelse af sundhedsfremme og forebyggelse i denne tidsperiode betyder, at fokuset nu ikke kun er på det sunde barn, men udvides til at rumme det syge - og det handicappede barn. På samme måde bliver moderen og familien også en del af indsatsområdet. Denne udvidelse i sundhedsplejerskens indsatsområder medfører, at de normative rammer for sundhedsfremme forandres i tidsperioden. Dette skinner også igennem på sundhedsplejerskens uddannelse, hvor der undervises i "*Sundheds og sygdoms indflydelse på det enkelte menneske, på familien og på samfundet, herunder også den økonomiske betydning af sundhed og sygdom*" (43). Altså fremhæves først og fremmest sundheds og sygdoms indflydelse på det enkelte menneske samt familien og mere sekundært den økonomiske betydning dette måtte have for samfundet. Dette er meget kendetegnende for 1970'erne, hvor sundhedsplejerskeinstitutionen uden tvivl har været en økonomisk gevinst for samfundet, men den økonomiske diskurs fremgår ikke lige så eksplicit som tidsperioderne før og efter.

I dag fremgår *sundhedsfremme og forebyggelse* direkte i bekendtgørelsen om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge, som indbefatter sundhedsplejerskeordningen (Sundhedsloven, 2010). I et ønske om at sikre et fælles begrebssystem indenfor forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet udgiver Sundhedsstyrelsen pjecen *Terminologi*. Af den fremgår det, at forebyggelse omhandler undgåelsen af uønskværdige processer og tilstande, hvorimod sundhedsfremme tilsvarende søger at opnå det ønskværdige. Sundhedsplejersken arbejder således sundhedsfremmende ved at "*... fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere patienters og andre borgers ressourcer og handlekompetence.*" (Sundhedsstyrelsen, 2005, p.49). Samtidig er sundhedsplejersken en forebyggende indsats, der skal forhindre opståelsen og udviklingen af sygdomme, psykosociale problemer og ulykker, som dermed fremmer folkesundheden (Sundhedsstyrelsen, 2005, p.27). Denne begrebsforståelse ligger tæt op ad Foucaults dispositiver. Det forebyggende perspektiv kan ses som et disciplin-dispositiv, der sigter mod at forhindre det uønskede i overhovedet at opstå. Sundhedsfremme derimod er et sikkerhedsdispositiv, idet sundhedsplejersken opbygger forskellige handlemuligheder, som skal gøre det muligt at takle uforudsete udfordringer med henblik på at undgå skadelige følger og potentielt profitere af dette (Christensen & Hamre, 2018, 142-144).

Vi hæfter os derfor særligt ved begreberne *mobilisere, ressourcer og handlekompetence*, som fremgår af Sundhedsstyrelsens fremlægning af sundhedsfremme og forebyggelse - hvilket afspejler en økonomisk erkendelse af sundhedsplejerskens praksis (Pedersen, 2011, p. 192-194).

Hvem er sundhedsplejerskens indsats rettet mod i 2020? Det er et kommunalt tilbud, som henvender sig til alle nybagte forældre, men af sundhedsloven fremgår det, at kommunerne dels skal yde en individorienteret indsats rettet mod alle børn og unge samt en særlig indsats, der tager sigte på de svagest stillede (Sundhedsloven, 2010). Denne fokusering på de ressourcesvage i samfundet, der også ses i førromtalte *1.000-dags-program*, som kendetegner sundhedsplejerskens ansvars- og funktionsområde i dag. Der er således sket en forskydning i sundhedsplejerskens målgruppe, der er vendt på hovedet fra 1930'erne til i dag. Den særlige indsats overfor udsatte børn kan tolkes som en økonomiske tænkning, idet samfundet profiterer af, at sundhedsplejersken er en disciplins- og sikkerhedsdispositiv teknologi (Christensen & Hamre, 2018, p.141). Dette ved at opdrage og vejlede ressourcesvage forældre, hvilket korrigerer den uønskede retning barnets liv kan tage. Dette bekræfter, at sundhedsplejerskeinstitutionens forståelse af sundhedsfremme og forebyggelse er et spørgsmål om at løfte de ressourcesvage familier for, at samfundet kan profitere økonomisk.

De ovenstående genealogiske nedslag i sundhedsplejerskeinstitutionens begrebsforståelse i de tre tidsperioder viser, med Foucaults vidensdomæne, hvordan videnskabelige strømninger er med til at forskyde forståelsen af sundhedsfremme og forebyggelse i sundhedsplejen. Analysen viser, at sundhedsplejerskeinstitutionen udvikler sin praksis og arbejdsområde, som følge af de videnskabelige erkendelsesbrud, der er identificeret. Vi finder, at sundhedsplejerskeinstitutionen siden sin begyndelse er blevet betragtet som en økonomisk fortjeneste for samfundet, men særligt i samtiden ser vi, at sundhedsplejerskens praksis forankres i en økonomiske logik, der har en produktivitets og effektivitets agenda (71; 77; 80). Domænet magt viser, hvordan de videnskabelige diskurser influerer på sundhedsplejerskens begrebsforståelse af sundhedsfremme og forebyggelse og inkluderer og ekskluderer udvalgte mødre og deres børn gennem tiden. Den genealogiske gennemgang viser umiddelbart en forskydning i retning af en mere inkluderende sundhedsplejerskeinstitution, da alle børn og familier nu rummes i tilbuddet. Begrebsforståelse af sundhedsfremme og forebyggelse i dag kombineret med det ekstra fokus på udsatte børn indikerer dog, at den økonomiske diskurs medfører, at sundhedsplejerskerne sættes i stilling til at løfte en gruppe i

samfundet - hvormed de resterende bliver stadig mere ekskluderet og nedprioriteret (54; Lindhardt, 2020). Slutteligt kan domænet normer, afsløre, hvordan de videnskabelige diskurser i henholdsvis 1930'erne, 1970'erne og i dag skaber normer vedrørende det nyfødte barn og dennes forældre som følge af sundhedsplejerskens forståelse af sundhedsfremme og forebyggelse. På nuværende tidspunkt ved vi, at sundhedsplejersken i 1930'erne indvirkede på moderskabet med normen om det sunde barn og i 1970'erne er det kernefamilien. Dette illustreres ved denne skitsering af sundhedsfremme og forebyggelses genealogi. Derfor kan domænet normer pege os i retning af den normative indvirkning sundhedsplejersken har på moderskabet i dag. Samtidens fortolkning af sundhedsfremme og forebyggelse beror på et økonomisk erkendelsesgrundlag, der indikerer, at sundhedsplejerskens indsats og vejledning af moderen har til sigte at sikre barnet som en investering.

Normen er barnet som en investering

Hvad vil det sige at være et lille barn i Danmark i 2020? Som Foucault pointerer, er selv det humanistiske subjekt et historisk fænomen, og barndom i dag er bundet op på et helt andet fundament end, da sundhedsplejerskeinstitutionen tog sin start i 1937 (Christensen & Hamre, 2018, p 22). Sundhedsplejerskens besøg, der i dag er en selvfølge for langt de fleste familier, er med til at konstruere normen for, hvad det lille barn skal være og dermed sætte retningen for moderskabet. I tekstarkivet fremgår det, at sundhedsplejerskeinstitutionens praksis konstrueres med en fokusering på fremtidsperspektivet i barnet.

Foucaults genealogiske domæner indkredser, hvorfor og hvordan sundhedsplejerskeinstitution indvirker på moderskabet med en problematisering af barnet som en investering - en human resource. Vidensdomænet antyder, at sundhedsplejerskens praksis og vidensgrundlag kredser om erkendelsen af mennesket eller barnet som en human resource. Med et historisk epistemologisk blik bliver det klart, at dette har rod i den økonomiske diskurs, da human resource tanken oprindeligt er en ledelsesstrategi, der har til formål at udnytte de menneskelige ressourcer i en virksomhed eller organisation (Visholm, 2010, p.256). Der er paralleller mellem denne ledelsesstrategi og måden staten, gennem sundhedsplejerskeinstitutionen, ser på moderskabet og børn. Hvis ordet human resource brydes op, ser vi på den ene side den fysiske og psykologisk erkendelse af mennesket (human) og på den anden side en økonomisk forståelse af mennesket, som noget man kan dyrke, forme og udvinde (resource). Det videnskabelige grundlag for sundhedsplejerskeinstitutionen beror

på en sammenkobling mellem en psykologisk, naturvidenskabelig - og økonomisk virkelighedsforståelse, hvor sikkerhedsdispositivets teknologier sættes ind for at sikre og potentielt økonomisk profilere af børnenes human resources (Jensen, 2005, p. 265).

Videns- og magtdomænet er tæt vævet sammen og viser, hvordan fokusering på barnet, som en investering, influerer på hvilken målgruppe, der inkluderes og tilrettelægges indsatser overfor i samtiden (Christensen & Hamre, 2018, p.94 -95). Tekstarkivet indikerer, set med domænet magt, at særligt de socialt udsatte familier inkluderes i sundhedsplejerskeinstitutionen i samtiden. Dette resulterer i, at de ressourcestærke mødre ekskluderes, men ikke i traditionel forstand, da de stadig modtager besøg af sundhedsplejersken og kan deltage i forældrekurser. Eksklusionen af de ressourcestærke mødre består i, at de instrumentaliseres i sundhedsplejerskens fokusering på de resourcesvage. Dette ser vi bl.a. i de omtalte forældrekurser, som tilrettelægges for at "*... socialt udsatte forældre ikke skal modtage målrettede (og dermed potentielt stigmatiserende og ekskluderende) tilbud men derimod deltage på lige fod og hjælpes af de mere ressourcestærke forældre.*" (71).

Sundhedsplejerskeinstitutionens problematisering af barnet som en investering medfører et forsøg på at kultivere det produktive moderskab gennem f.eks. forældrekurser. At chanceulighed kan reduceres for de næste generationer, som følge af sundhedsplejerskens indsats er ønskværdigt. Men hvilke konsekvenser har det for de ressourcestærke kvinder når mange af samtidens initiativer er målrettet de resourcesvage? Dette kan domænet normer kaste lys over. Tekstarkivet viser, at sundhedsplejerskens uudtømmelige mængde af vejledninger og sikkerhedsteknologier indvirker på mødrenes tiltro på egen formåen - de mister deres naturlige forbundenhed med deres barn (64, 72, 75, 87 & 88). Vi tolker mødrenes mange bekymringer i læserbreve, som et udtryk for, at de påvirkes af sundhedsplejerskens normative blik på barnet som en investering. Formodentlig tænker moderen ikke direkte på sit barn som en investering, men den økonomiske diskurs' egennyttige menneskesyn indvirker på hendes moderskab og hvad hun nødvendigvis må gøre og ikke gøre for at sikre det bedste liv for sit barn (Christensen & Hamre, 2018, p.143) Virkeligheden bliver for moderen, at de beslutninger og handlinger hun træffer omkring sit barn, har en determinerende effekt på barnets muligheder i samfundet (Arfort, 2018).

Vi stiller nu spørgsmålstegn ved om Canguilhems forståelse af normativitet er vendt på hovedet i samtiden. Canguilhem forstår sundhed som "*... a margin of tolerance for the inconstancies of the environment*" (1989, p.197) men vi ser, at denne tolerance er vendt til

intolerance i sundhedsplejerskeinstitutionen i dag. Den økonomiske diskurs og sikkerhedsdispositivet gennemsyrrer sundhedsplejerskens tilgang til mødre. Forældre, som tidligere har været opfattet som ressourcestærke, disponeres for uendelig mange vejledninger og råd fra Sundhedsstyrelsen - måske skal de også på et forældrekursus, og deres kategorisering som kompetente forældre udvandes. Som socialt udsat familie er man stadigvæk normal i forhold til sit eget miljø, men når sundhedsplejersken møder de ressourcestærke familier med forventningerne til de ressource svage, reduceres deres vanlige forestillinger om forældreverner. Hvor Canguilhems værk stiller sig kritisk over for fastlåste forestillinger om sundhed og normalitet, og på sin vis frisætter normativiteten, ser vi, at det modsatte er på spil i dag.

Opsamling

Sundhedsplejerskeinstitutionen i dag er kendetegnet ved den økonomiske diskurs, som ikke alene definerer sundhedsplejerskens praksis, men influerer på det sundhedsvidenskabelige og humanistiske vidensgrundlag og sammenføjer disse med en økonomisk argumentation. Sundhedsplejersken indvirker på moderskabet ved en normsætning om barnet som en investering.

Gennem denne normsætning ser vi en tendens til, at den ressourcestærke moder potentielt oplever en usikkerhed i forhold til ikke at slå til som moder i et samfund, hvor barnet betragtes som en investering. Her ses sundhedsplejerskeinstitutionen som rammesættende gennem dens normative vejledning af mødre. Vi kan drage nogle paralleller til Canguilhem, når han skriver:

"In the long run a malaise arises from not being sick in a world where there are sick men. And what if this were not because one is stronger than the disease or stronger than others, but simply because the occasion has not presented itself?" (Canguilhem, 1998, p. 286).

Med Canguilhems blik kan vi her iagttage, at ressourcestærke mødre kun er ressourcestærke så længe, de ikke har fejlet i forhold til de normer, der omgærder det lille barn. Som Canguilhem skriver: *"Thus there arises in the normal man an anxiety about having remained normal, a need for disease as a test of health, that is, as its proof, an unconscious search for disease, a provocation of it."* (Canguilhem, 1998, p. 286). Når vi ser, at mødre retter henvendelser til eksempelvis brevkasser, med spørgsmål om stort set alt omkring det lille barn, ser vi netop Canguilhems tanker komme i spil. Mødrene lader til at afsøge og teste om deres handlinger rammer inden

for normalen i forhold til den korrekte pasning og pleje af det lille barn, eller om de vil blive kategoriseret som anormale eller ressourcesvage.

Delkonklusion: Slægtskabslinjer på tværs

Vi har konstateret, at sundhedsplejerskeinstitutionen er historisk situeret og et historisk epistemologisk blik har vist, at henholdsvis den naturvidenskabelige -, psykologiske - og økonomiske diskurs er bestemmende for sundhedsplejerskens praksis og vidensgrundlag i de forskellige tidsperioder og for, hvordan dette indvirker normativt på moderskabet (Canguilhem, 1989, p.13). Vi ser dog også slægtskabslinjer på tværs af tidsperioderne.

Da sundhedsplejerskeinstitutionen ser dagens lys i 1930'erne er det en naturvidenskabelig diskurs, der producerer de videnskabelige erkendelser; derfor er denne nye samfundsinstitutionens praksis og vidensgrundlag forankret i et naturvidenskabeligt blik på moderen og barnet. Analyse viser, at sundhedsplejersken i 1930'erne har en normativ indvirkning på moderskabet med den naturvidenskabelige erkendelse af det sunde barn. Eugenikken træder frem i sundhedsplejerskeinstitution i denne tidsperiode, men der ses også eugeniske træk i moderskabet i nutiden. Alle gravide tilbydes en nakkefoldsscanning og en misdannelsesscanning, der bl.a. har til formål at undersøge om barnet i maven har kromosomafvigelse og hvorvidt det udvikler sig normalt (Sundhedsstyrelsen, 2017; Styrelsen for Patientsikkerhed, 2018). Dette statslige tilbud indikerer, at den naturvidenskabelige og eugeniske diskurs stadig lever og at mødre, også i dag, konfronteres med normen om det sunde barn.

Der sker et erkendelsesbrud i sundhedsplejerskeinstitutionen fra 1930'erne til 1970'erne, hvilket skyldes den psykologiske diskurs' ombrydning i erkendelsen af mennesket. Den naturvidenskabelige - og psykologiske diskurs danner sammen det videnskabelige fundament. Selvom psykologien er en lille del af sundhedsplejerskernes uddannelse i 1930'erne ser vi, at den psykologiske diskurs radikalt forandrer blikket på barnet, moderen og familien i 1970'erne. Denne tidsperiode er ligeledes kendetegnet ved, at traditionelle normer sættes til diskussion og kvindefrigørelsen tager fart, men dette afspejles ikke i sundhedsplejerskeinstitutionen. Vi finder, at sundhedsplejersken i 1970'erne indvirker på moderskabet med normen om kernefamilien. Vi ser også, at normen om kernefamilien er til stede i dag. Noget af det, der undersøges statistik på forældrekurser er, hvorvidt relationen mellem forældrene forbedres, da "*Den positive effekt på forældrenes indbyrdes forhold antages*

at føre til en reduktion i andelen af separationer, hvilket (også) især kommer mødrene til gode.” (71). Det understreger, at sundhedsplejerskeinstitution er historisk situeret og det er ikke selvfølgelig, at sundhedsplejerskens praksis og forældrekurserne tager sig ud som de gør (Andersen, 1999, p.56-57). Den psykologiske diskurs producerer i 1970’erne en erkendelse af virkeligheden, der ikke afviger meget fra den videnskabelige virkelighed i dag. Der er dog sket en evolution i den psykologiske videnskab, hvor udviklingspsykologien og kognitiv psykologi suppleres med eksempelvis neuropsykologien, der taler ind i den naturvidenskabelig diskurs. Trods dette er der alligevel sket en ombrydning i måden sundhedsplejerskeinstitutionen bedriver deres praksis og vidensgrundlag i nutiden - som følge af den økonomiske diskurs. Økonomi har altid været et incitament i oprettelsen af sundhedsplejerskeinstitutionen, men det som kendetegner nutiden, er at “... økonomismen opnår position som dominerende ideologi” (Pedersen, 2018, p. 175).

Sundhedsplejerskens uddannelse og praksis indeholder videnskabelige erkendelser fra den naturvidenskabelige - og psykologiske diskurs, men den økonomiske diskurs bliver altoverskyggende og ændrer det videnskabelige argument for disse videnskaber til en økonomisk logik. Den økonomiske diskurs fokuserer på de udsatte familier, hvilket medfører en eskalering i vejledninger og tilbud til alle familier. Dette medfører, at sundhedsplejersken indvirker på moderskabet med normen om barnet som en investering. Sundhedsplejerskens normative blik afføder en problematisering af (ressourcestærke) mødres evner til at tage vare på deres børn. I 1937 fremgår det af *Mønsterinstruks for Sundhedsplejersker* at “... hun (sundhedsplejersken, red.) lærer Moderen at raadføre sig med den trykte Vejledning.” (20) og ser vi på moderskabet 83 år senere ser vi en stor afhængighed af Sundhedsstyrelsens vejledning og sundhedsplejerskens blåstempling af moderens handlinger, der i sidste ende har et økonomiske sigte om at sikre barnet som en investering.

De analysestrategiske greb, vidensarkæologi og genealogi, gør det muligt at blotlægge de tre diskurser, der med det historisk epistemologiske blik muliggør en analyse af sundhedsplejerskeinstitutionens vidensgenealogiske evolution og i sidste ende dens normative blik på moderskabet i 1930’erne, 1970’erne og i dag. Foucault er kendt for sit kritiske blik, om hvilket han skriver:

“A critique does not consist in saying that things aren't good the way they are. It consists in seeing on just what type of assumptions, of familiar notions, of established and unexamined ways

of thinking the accepted practices are based... To do criticism is to make harder those acts which are now too easy.” (Foucault, 1994b, p.456).

Vi forsøger at gøre Foucault kunsten efter, ved ikke at underkende sundhedsplejerskeinstitutionen som den er, men derimod at bringe de tavse tanker frem i lyset, hvorved den herskende orden afsløres ved at identificere det, den udelukker (Foucault, 2005, p. 10). Med en problematisering af sundhedsplejersken som institution, er fokus på hvordan og hvorfor bestemte ting (processer, fænomener, adfærd) bliver kategoriseret som problemer i sundhedsplejerskens arbejde (Foucault, 1983, p. 2). Denne problematisering, der sammenføjet med Foucaults vidensarkæologiske diskursformation, genealogiske domæner og dispositiver bidrager til, at forstå, hvordan sundhedsplejersken indvirker normativt på moderskabet. Her medvirker Canguilhem til at stille skarpt på og udfordre, hvorfor noget fremstår som normativt, og slår fast, at normativitet er historisk situeret.

Med den problematiserende logik gør vi sundhedsplejerskeinstitutionen til genstand for refleksiv tænkning, og producerer dermed en række analytiske fund, som virker tilbage og konstituerer problematiseringen på ny (Plessis, 2013, p.14; Foucault, 1984a, p.389-390).

Dispositivanalyse af sundhedsplejerskens normative indvirkning

Denne analyse afspejler en tilgang til indeværende undersøgelse, der er i overensstemmelse med historiciteten i Foucaults forfatterskab. Som i Foucaults tidlige forfatterskab, undersøger vi sundhedsplejerskeinstitutionens historiske konstruktion via en diskursiv magtanalysestrategi. Den historisk epistemologiske analyse identificerer tre diskurser; den naturvidenskabelige, den psykologiske og den økonomiske, som er katalysator for de diskursive interview. Dette analyseafsnit, afspejler Foucaults sene forfatterskab, hvor han i sin magtanalytik begynder at bruge dispositivet. Med denne analyse problematiseres sundhedsplejerskeinstitutionen gennem de diskurser, der konstruerer institutionen samt mødrenes nutidige diskurs, men analysen afsøger også, hvordan viden og magt disponerer den sociale udveksling mellem sundhedsplejersken og moderen. Dispositivet gør det muligt at beskrive sundhedsplejerskeinstitutionen, som en del af et strategisk arrangement, der organiserer det sociale livs disposition, da dispositivet iværksætter et mulighedsfelt for socialiteten, hvor specifikke handlinger har tilbøjelighed til at fremstå mere gyldige end andre (Mølholm & Vetner, 2016, p.49).

Indeværende analyse problematiserer derfor sundhedsplejersken gennem dispositivet, der tydeliggør den indbyrdes sammenhæng mellem diskurser, institutioner, praksisser samt teknologier.

Sundhedsplejersken - en sikkerhedsdispositiv teknologi

Med den problematiserende logik har vi tidligere stillet spørgsmålet - hvilket problem er sundhedsplejerskeinstitutionen løsningen på? I 1930'erne konstaterer vi, at den naturvidenskabelige diskurs er den mest fremtrædende, hvor sundhedsplejerskens formål er at mindske den relativt høje spædbørnsdødelighed. Men, hvilket problem er sundhedsplejersken løsningen på anno 2020? Med denne dispositivanalyse kredser vi atter om denne problematisering af sundhedsplejersken her med afsæt i sikkerhedsdispositivet.

Vi konstruerer i denne analyse sundhedsplejersken som en teknologi, der er forankret i sikkerhedsdispositivet. I sikkerhedsdispositivet sker der en vekselvirkning mellem frihed og sikkerhed, hvilket Jensen uddyber: "*Jo friere mennesket bliver fra ydre bestemmelser, desto mere må man sikre, at det kan håndtere denne frihed.*" (2005, p. 265) Vi kommer dette nærmere med nedenstående citat af Foucault, der illustrerer en tæt relation mellem nutidens liberale frie samfund og sikkerhedsdispositivet:

“Det er, fordi denne frihed, der på én gang er ideologi og regeringsteknik, bør forstås inden for magtteknologiernes mutationer og transformationer. Og på en mere præcis og specifik måde hænger friheden sammen med iværksættelsen af sikkerhedsforanstaltninger.” (Foucault, 2008b, p. 55).

Denne vekselvirkning mellem frihed og sikkerhed producerer de sikkerhedsskabende teknologier som bl.a. sundhedsplejersken repræsenterer og gennem sin praksis implementerer overfor mødre i dag. Vi stiller derfor spørgsmålet, om 83 år, med sundhedsplejerskeinstitutionen, har medført at mødre hverken formår eller *må* stå alene med ansvaret for deres eget barn? Dette spørgsmål taler en af vores informanter Christina ind i her:

“... hvis det var vi valgte at fravælge sundhedsplejersken, så sagde hun (sundhedsplejersken, red.): så hviler meget af ansvaret på jer selv! ... Og det blev jeg meget chokeret over. Fordi for det første, så var jeg sådan, ja! Det er os, der er forældrene, så selvfølgelig hviler ansvaret på os. Og for det andet, så blev jeg også sådan, jamen hvad er det, jeg ikke kan, som jeg skal have hjælp til.

Jeg følte sådan, at det var uansvarligt at fravælge det.” (Bilag 7).

Med afsæt i en udtalelse som denne og vores historiske analyse indkredser vi det gennemgående tema for denne dispositivanalyse; at det problem sundhedsplejerskeinstitutionen skal løse i dag er, at forældre ikke må stå alene med ansvaret for deres barn. Det er således med sikkerheden for øje, at denne institution disponerer mødre til at handle på bestemte måder (Foucault, 1982, p.790).

Den naturvidenskabelig diskurs

Dette afsnit behandler, hvordan den naturvidenskabelige diskurs er forankret i sikkerhedsdispositivet i nutidens sundhedsplejerskeinstitution. Den naturvidenskabelige viden har en fremtrædende plads i de interviewede mødres møde med sundhedsplejersken. Da vi i interviewene spørger ind til, hvad sundhedsplejersken har fokus på ved deres besøg, er mødre overvejende enige om, at deres barns fysiske trivsel og målinger heraf er omdrejningspunktet. Dette ser vi bl.a. i Jannis tilfælde, da hun på spørgsmålet svarer:

“Ja. Jamen det har bare været, jamen igen, lidt de der ting, der kan måles og vejes synes jeg...”

(Bilag 5).

Det bliver her synligt, at Janni har den overbevisning, at sundhedsplejersken primært koncentrerer sig om de områder, der er mulige at kvantificere. Dette fokus skyldes sikkerhedsdispositivet, da sundhedsplejersken disponeres til at dokumentere effekten af egen

praksis, for at sikre, at de rette handlemuligheder sættes i spil for at håndtere uforudsete udfordringer vedrørende det nyfødte barn - dette for at undgå skadelige følger og sågar, at staten potentielt kan profitere deraf (Raffnsøe et al., 2009, p. 220; Christensen & Hamre, 2018 p. 142).

Sundhedsplejerskeinstitutionens dokumentaristiske fokus hænger tæt sammen med evidens. Ser man på evidensbegrebets historicitet, er det gået fra at være det, der er indlysende og det man vidste med sikkerhed, til at evidens i dag er noget, der skal bevises og derfor er tæt kædet sammen med performativitet. Sikkerhedsdispositivet konstruerer, at sundhedsplejerskens dokumentering af naturvidenskabelig viden handler om evidensen for - eller med andre ord virkningen af - deres arbejde (Jensen, 2019). Ud fra et dispositivt perspektiv ser vi, at evidens har en totaliserende effekt, da den ikke alene indvirker på den enkelte sundhedsplejerskes praksis, men på Sundhedsstyrelsens forskellige tiltag - og videnskaben i det hele taget (Foucault, 1982, p. 782).

Hvad kan denne dokumentariske tendens fortælle os om sundhedsplejerskeinstitutionen? Med et dispositivt analysegreb udvider vi problematiseringen af sundhedsplejerskeinstitution, da dispositivet ikke alene afdækker, hvordan diskurser disponerer den sociale udveksling mellem sundhedsplejersken og moderen. I Foucaults beskrivelse af dispositivet medtager han både det sagte (diskurserne) og det usagte (magtens øvrige 'materialitet') (Mølholm & Vetner, 2016, p.48). Sundhedsplejersken konstrueres ikke udelukkende af de diskurser, der er afdækket i den historiske analyse, men også af dispositivets materialiteter. Sundhedsplejerskeinstitutionens fokusering på dokumentering er et udtryk for sikkerhedsdispositivets materialitet, som skal sikre evidens for virkningen af deres indsats. Sundhedsplejerskens praksis er i dag omgivet af digitale journaler, normalfordelingskurver, skemaer og lignende, og evidens for virkningen af hendes indsats afhænger deraf. Det bliver tydeligt, da Christina fortæller, at de som forældre bevidst vælger ikke at have fokus på deres datters vægt og længde. Christina siger:

"Så jeg tror, fra mig at se, var det meget vigtigt, at det ikke skulle gå op i, hvad hun vejede. Så hun, Aya, er også kun blevet vejlet to gange - hvilket også er til stor frustration for sundhedsplejersken, for så kan vi jo ikke tjekke hendes kurve ordentligt, for vi har kun to mål"

(Bilag 7).

De manglende mål er en udfordring for sundhedsplejersken, da barnet således ikke kan følges minutløst i dets udvikling grundet manglende data. Dataindsamlingen har, som følge af

sikkerhedsdispositivet, til formål at kalkulere med en forventet vækstkurve, hvorved sundhedsplejerskens praksis er en medvirkende faktor til at sikre optimal vægt hos det lille barn. Den nationale børnedatabase er et eksempel på denne tendens. I slutningen af 2011 bliver det obligatorisk for kommuner at indberette data til den nationale børnedatabase. Dette gøres primært af de alment praktiserende læger og sundhedsplejersker, der indberetter data, der omhandler: tobaksrøg i hjemmet, varighed af fuld amning samt barnets vægt og højde (Sundhedsdatastyrelsen, 2019). Om databasens formål står følgende på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside:

“Formålet med Den Nationale Børnedatabase er at samle oplysninger om børns helbred i en national database, som gør det muligt for kommuner, regioner og staten at følge de danske børns sundhedstilstand og prioritere forebyggelsesindsatsen. Derudover kan de enkelte kommuner sammenligne sig med landets øvrige kommuner og måle effekten af indsatser i forhold til fx overvægt eller amning.” (Sundhedsdatastyrelsen, 2019).

Dette er endnu et udtryk for dispositivets materialitet og understreger, at sundhedsplejerskens dokumentering skyldes sikkerhedsdispositivets dagsorden om at måle effekten af indsatser med henblik på udbredelse (Raffnsøe et al., 2009, p. 220; Christensen & Hamre, 2018 p. 142). Når sundhedsplejersken journalfører kvantificerbare data om et barn, gennem Den Nationale Børnedatabase, anvendes dette til at måle den langsigtede effekt af deres vejledning og indsats overfor forældrene.

Målbar indikation for sundhed

Hvordan indvirker sikkerhedsdispositivet på moderskabet gennem sundhedsplejerskens fokus på naturvidenskabelig viden og dokumentering. Et tema, der konstruerer sundhedsplejerskeinstitutionen i 1930'erne i den historiske analyse, er den naturlige og kunstige ernæring. Temaet er fortsat aktuelt i dag, men denne del af sundhedsplejerskens vejledning er underlagt prioriteringen af evidens.

De diskursive interviews viser, at Christina oplever en øget usikkerhed omkring amning efter, ved to lejligheder, at have talt med sundhedsplejersken. Hun siger:

“... der er jeg faktisk blevet mere usikker efterfølgende. Blandt andet der, hvor sundhedsplejersken var her på besøg, der spørger hun mig om amningen og hvor tit jeg lægger hende til? Så siger jeg: jamen jeg lægger hende faktisk tre gange ved det ene bryst. Og så griner

hun og siger: Nå! Jamen to er nok. Så var jeg sådan nå okay, og så bagefter så kan jeg bare mærke, at da hun er gået, så bruger jeg rigtig meget tid på at tænke over det” (Bilag 7).

Sundhedsplejersken udøver en normativ og disciplinerende effekt i forhold til Christinas amning, hvor hun aftegner grænserne for, hvordan det normale ammeforløb bør foregå (Jensen, 2005, p. 265). Dette med afsæt i Sundhedsstyrelsens udgivelse *Amning - en håndbog for sundhedspersonale*, hvor det normale ammeforløb skitseres og underbygges gennem evidens, teori og forskning på området (Sundhedsstyrelsen, 2018, p. 92 - 131). Amning er ikke længere blot, som i 1930'erne, den naturlige kilde til ernæring for barnet. I dag får mødrenes evne til at etablere et godt ammeforløb en determinerende betydning for barnets helbred, men også dets muligheder som voksen, eksempelvis i kraft af højere IQ (Sundhedsstyrelsen, 2018, p. 42). Med et sikkerhedsdispositivt blik kan sundhedsplejerskens irettesættelse af Christina anskues som et forsøg på at disponere Christina til at handle i overensstemmelse med, hvad der fra Sundhedsstyrelsens er evidens for har en effekt. I Christinas tilfælde afføder denne indvirkning dog en unaturlighed i måden hun efterfølgende agerer på over for sit barn, som hun kommer nærmere her:

“Så det bliver meget unaturligt for mig lige pludseligt. Jeg tænker for meget over det og jeg kan også mærke, at jeg på et tidspunkt lægger hende til, hvor hun er og vil ikke. Hun siger egentlig nej, men jeg har bare i hovedet, at hun skal have slukket sin tørst” (Bilag 7).

Det bliver klart, hvordan sundhedsplejerskens fokus på evidens og standardisering af amningen påvirker Christinas moderskab. Hun uddyber:

“Så faktisk har jeg besluttet mig for nu, at nu vil jeg ikke snakke med sundhedsplejersken mere, fordi jeg kan mærke, at jeg kommer ud af mit naturlige moderskab. Det bliver for overtænkt og intellektualiseret og jeg har brug for, at jeg bare kører med, at det jeg gør er godt og det er rigtigt” (Bilag 7).

Christina udtrykker, at sundhedsplejerskens vejledning medfører et *overtænkt og intellektualiseret* moderskab. En lignende erfaring har Janni, da hun har vanskeligheder med sin amning, som hun søger sparring omkring hos sin sundhedsplejerske. Dette kombineres med, at hendes søn på et tidspunkt falder ned under hans normale vægtkurve hvilket medfører, at Jannis søn skal kontrolvejes og dette berører Janni. Hun fortæller: *“... der blev jeg jo enormt påvirket fordi jeg tænkte: shit! Så vejer han ikke nok og gør jeg nu noget forkert...” (Bilag 5).* Janni påvirkes, ligesom Christina, af sundhedsplejerskens fokusering på forhold omkring barnet, der er mulige at kvantificere. En mulig forklaring på hvorfor er, at sikkerhedsdispositivet

producerer en deskriptiv og normativ grænse for, hvad der beskriver det sunde barns grænser og fordeling (Jensen, 2005, p. 263). Dette sker bl.a. gennem dispositivets materialitet, som f.eks. vækstkurver, der gør det muligt at sammenholde det enkelte barn med data, som skal angive, hvorvidt barnet befinder sig inden for sikkerhedsdispositivets grænser for det normale eller ej (Jensen, 2005, p. 263). Dette indvirker på moderskabet, da *“Kampen om ikke at være unormal kan skabe en endnu højere grad af ensartethed. Således kan sikkerhedsdispositivets forbedringsanordninger virke disciplinerende”* (Jensen, 2005, p. 264). Det er dermed sundhedsplejerskens sikkerhedsteknologiske disciplinering som både Christina og Janni gøres til genstand for.

Sundhedsplejerskens vejning og måling bestyrker moderen i, at hendes barn ikke er unormalt. Vi ser bl.a., at Mette ser frem til at få bekræftet om hendes søn falder inden for det normative grænser. Hun fortæller:

“Altså det er jo et pejlemærke i forhold til, om han spiser det han skal og om han vokser det han skal. Så det har helt klart været noget, vi så frem til og vi også - det har været fedt, når hun (sundhedsplejersken, red.) har været der, så har vi sådan lige sendt en sms ud til familien om at... så nu vejer han det og nu er han så stor og hold da op... meget kan der ske på fjorten dage

(Bilag 6).

Dette indikerer, at sundhedsplejerskeinstitutionens normative indvirkning på moderskabet er, at mødrene, ligesom sundhedsplejersken, betoner kvantificerbar viden, som en primær indikation for barnets trivsel og normalitet. Hvis barnets vækstkurve eller moderens ammeforløb afviger fra normalitetens ensartethed ser vi, at dette kan resultere i usikkerhed hos moderen - hvilket opretholder sundhedsplejerskens eksistensberettigelse; at moderen ikke kan eller må stå alene med ansvaret for sit eget barn.

Den psykologiske diskurs

Dette afsnit udfolder, hvorledes sundhedsplejerskeinstitutionens fokusering på kvantificerbar viden, omkring barnet bevirker, at den psykologisk virkelighedserkendelse synes at forsvinde fra sundhedsplejerskens faglighed og viden. Vi undrer os over, at der er få lighedstræk mellem konstruktionen af sundhedsplejerskeinstitutionen i den historiske analyse af den psykologiske diskurs og i de diskursive interviews. I de diskursive interviews får vi indtryk af, at mødrene har en forventning til sundhedsplejersken, der udspringer af psykologien. Janni fortæller:

“Jeg tror jeg havde forventet en person som mere måske var lidt mere observant og lyttende og måske ville mere spørge ind til, hvor jeg var og hvor min kæreste måske var. Og som mere, jamen det ved jeg ikke, sådan mere prøvede at observere os i den her nye familiekonstellation...” (Bilag 5).

Janni gengiver her de centrale temaer i analysen af det erkendelsesbrud, som fandt sted i sundhedsplejerskeinstitutionen i 1970'erne: en opmærksomhed på moderens - og familiens psykiske velbefindende i den nye tilværelse med et barn. Hvorfor ser vi nu, at den psykologiske diskurs synes at forsvinde ud af sundhedsplejerskeinstitutionens virke i 2020? En forklaring er, at den psykologiske videnskab taber terræn, når sundhedsplejersken disponeres til et øget fokus på dokumentering og kvantificerbare data om barnet. På intet tidspunkt artikulerer mødrene, at sundhedsplejersken har fokus på f.eks. nærhed, tilknytning eller hud-mod-hud hvilket kan skyldes, at dette er svært at føre statistik over. Den manglende psykologiske diskurs hænger derfor tæt sammen med, det tidligere nævnte, evidensbegrebs historiske udvikling. Psykologi bliver i dag, i stadig større grad, betragtet som samfundsvidenskab, hvilket medfører en videnskabsteoretisk bevægelse fra fænomenologien/ hermeneutikken over i det positivistiske paradigme (Jensen, 2019). Det kommer bl.a. til udtryk ved, at discipliner som neuropsykologi og neuropædagogik vinder indpas i videnskaben (Gade, 2010, p.441). I denne videnskabsteoretiske ombrydning af den psykologiske videnskab er der noget grundlæggende i sundhedsplejerskens faglighed der går tabt. Én af sundhedsplejerskens kerneopgaver, ifølge mødrene, må indbefatte at være, som Mette siger: *“... en ventil i forhold til lige at få lettet ens hjerte og få hjælp til at blive beroliget til nogle af de ting man går og tænker på.”* (Bilag 6).

Instrumentalisering af moderen

Vi udfolder nu, hvordan sikkerhedsdispositivet, gennem sundhedsplejerskens forsvindende psykologiske virkelighedserkendelse, indvirker på moderskabet. Dette bliver tydeligt, når vi i interviewguiden spørger ind til, om mødrene har talt om personlige ting med sundhedsplejersken og hvorvidt de er blevet screenet for fødselsdepression. Gennemgående udtrykker mødrene et modsætningsforhold mellem en autentisk interesse for deres psykiske velbefindende og fødselsdepression screeningen, som redskab til at afdække dette. Dette kommer til udtryk i Jannis oplevelse med sundhedsplejerskens fødselsdepressions screening. Hun fortæller:

“Jo, så, anden eller tredje gang så tikker man af i det der skema. Nå, har du været meget ked af det? Men helt ærligt, man kan sætte et kryds lige, hvor man ved, det skal sættes, ik? ... Så jeg tror bare, at jeg har savnet hele vejen igennem, det der... en der faktisk prøvede at se lidt igennem det, der kan måles og vejes, ik.” (Bilag 5).

Janni udtrykker gennem hele sit interview, at hun ikke føler, hun er blevet set som moder, forstået på den måde, at hun mangler, at sundhedsplejersken ser hende som et individ og forsøger at understøtte hendes behov. Janni siger, at *“Det var mere, vi (sundhedsplejersken, red.) skal lige kontrollere her, at alt er, som det skal være.”* (Bilag 5).

Der er bred enighed fra de interviewede mødre om, at fødselsdepression screeningen er et dårligt redskab, men hvorfor opfattes det sådan? Et svar kan hentes fra Foucaults analyser i *Galskabens historie*, hvor Foucault dekonstruerer psykiatrien. Her er en af hans pointer, at samfundet ganske vist lytter til de sindssyge, men kun inden for nogle faste rammer, som altid på forhånd vil objektgøre og garantere, at vi ikke egentlig lytter til dem. Dette sker gennem diagnoser, journaler, sygdomsbeskrivelser osv. (Foucault, 2003, p. 442-446). Uden ellers at sammenligne psykisk syge med nybagte mødre, ser vi en parallel til sundhedsplejerskens journalføring af, hvorvidt moderen ryger, drikker, motionere mm. Fødselsdepressions screeningen er et eksempel på magtens øvrige materialitet, der er medvirkende til en objektgørelse af moderen. Det kommer til udtryk hos Janni, der fortæller, at sundhedsplejersken var *“... fabriksagtigt... og det havde jeg bare aldrig forstillet mig, at hun ville være.”* (Bilag 5).

Vi kan forstå denne objektgørelse af moderen bedre, ved at søge en forklaring i Foucaults sikkerhedsdispositiv. Der er et vekselvirkende forhold mellem frihed og sikkerhed i et liberalt samfund. Anders Fogh Jensen skriver om forholdet mellem sikkerhed og frihed: *“Man må med andre ord sikre sig, at den enkeltes frihedsudøvelse ikke kommer til at gå ud over andres sikkerhed og frihed, hvorfor sikkerhedsanordninger bliver relevante inden for liberal ledelse”* (Jensen, 2005, p.259). Her hæfter vi os ved, at den enkeltes frihedsudøvelse (moderen) ikke må gå ud over andres sikkerhed og frihed (barnet), hvilket sikkerhedsanordninger, såsom sundhedsplejersken, skal sikre. Med afsæt i dette, er der ikke alene tale om en objektgørelse, men en instrumentalisering af moderen, da sundhedsplejerskens primære interesse er i barnet - ikke moderen. I den historiske analyse af sundhedsplejersken finder vi, at moderen og familien har en central placering i sundhedsplejerskens indsats i 1970'erne. Deres primære fokus i 1930'erne og i dag er dog på barnet - da barnet er en investering, hvor sikkerhedsdispositivet

disponerer sundhedsplejersken til, ikke alene, at udbedre forhold, der omgiver barnet, men også at staten kan profitere af deres indsats (Raffnsøe et al., 2009, p. 220; Christensen & Hamre, 2018 p. 142).

Christina giver udtryk for en lignende erfaring med sundhedsplejersken. Hun har været meget tilbageholdende i forhold til sundhedsplejersken, og har derfor ikke fået foretaget en fødselsdepressionsscreening. Nedenstående illustrerer, hvordan sundhedsplejersken, ifølge Christina, forsøger at få hende i tale om hendes psykiske velbefindende:

“Nej men altså hun spurgte jo der, den første gang hun var her. Det var sjovt hun havde været igennem hele skemaet med spørgsmål og noteret på computer og så til sidst så lukker hun ned og så siger hun: hva’ så med det psykiske?” (Bilag 7)

Dette griner Christina af, og bekræfter os i, at journalføringen på computer indvirker på den sociale udveksling og objektgør moderen. Christina fortsætter:

“Og så kan jeg bare mærke, at jeg tager Jacob (kæresten, red.) sådan i hånden og så siger jeg så: vi har aldrig været gladere... Og jeg følte sådan helt, at vi var blevet interviewet af en eller anden journalist fra Se & Hør eller et eller andet” (Bilag 7)

Igen griner Christina og afslutter med at sige: *“Det var sådan helt overfladisk.”* (Bilag 7).

I Christinas tilfælde, er hun meget opmærksom på det kunstige fokus på hende trivsel, som skyldes, at sundhedsplejerskens indsats er målrettet hendes barn. Det vi ser i Christinas tilfælde er, at relationen mellem hende og sundhedsplejersken bliver afsubjektiveret. Moderens subjektivitet annulleres, i sundhedsplejerskeinstitutionens bestræbelse på at isolere de virksomme elementer, der kan dokumenteres og er evidente for at sikre barnet (Jensen, 2019).

Sundhedsplejerskeinstitutionen disponeres, gennem sikkerhedsdispositivets diskurser og materialitet, til at eliminere den psykologiske videnskab i deres praksis, hvilket normativt indvirker på moderskabet ved at instrumentalisere moderen. Vi berører kort instrumentaliseringen af moderen i den historiske analyse af sundhedsplejerskeinstitutionen i dag. I den kontekst har vi primært fokus på Sundhedsstyrelsens instrumentaliseringen af de ressourcestærke mødre i diverse forældrekurser, hvor sigtet er at løfte de ressourcetsvage familier. Denne dispositivanalyse viser dog, at denne instrumentalisering ikke alene pågår i forholdet mellem ressourcestærke/ ressourcetsvage mødre, men at sundhedsplejerskeinstitutionen helt grundlæggende instrumentaliserer moderen i dag.

Den økonomiske diskurs

Dette afsnit omhandler den nærmest uadskillelige sammenhæng mellem sikkerhedsdispositivet og den økonomiske diskurs, men også hvordan en modmagt pågår når viden bliver en 'kampplads' mellem sundhedsplejersken og de interviewede mødre. I den historiske konstruktion af sundhedsplejerskeinstitutionen er den økonomiske diskurs afgørende for sundhedsplejerskens videnskabelige erkendelse i dag. Dette er i overensstemmelse med Foucaults analyser af magtrelationen i hans sene forfatterskab. Han siger således om magt i en forelæsning i 1978:

"... magt, hvis primære sigte er befolkningen, hvis vigtigste vidensform er den politiske økonomi, og hvis væsentligste tekniske redskaber sikkerhedsforanstaltningerne." (Foucault, 2008c, p. 116-117). Dette opsummerer, hvordan sikkerhedsdispositivet disponerer et mulighedsfelt for socialiteten, hvilket i denne sammenhæng betyder, at sundhedsplejerskeinstitutionen er magtens tekniske redskab, der gennem den økonomiske vidensform er målrettet nybagte forældre (Mølholm & Vetner, 2016, p.49). Når vi gransker sammenhængen mellem sikkerhedsdispositivet og den økonomiske diskurs befinder vi os derfor også i periferien af andre af Foucaults begreber som governmentality og biomagt. Dette kommer til udtryk, da Christina fortæller om, at hun får følelsen af at bo i et kontrolsamfund i forbindelse med, at hun i første omgang udskyder sundhedsplejerskens første besøg efter fødslen. Hun fortæller, at hun bliver *"... bombarderet med ting fordi jeg havde født en ny borger"* (Bilag 7). Når Christina bruger begrebet *'borger'* om sit eget nyfødte barn vidner det om, hvordan virkelighed erkendes i den økonomiske diskurs med et fokus på fremtidsperspektiv i selvsamme barn.

I den historiske analyse af den økonomiske diskurs udspiller der sig en kamp om viden i sundhedsplejerskeinstitutionen i dag - en modmagt. Dette bekræfter de diskursive interviews, hvor alle tre mødre fortæller, at de selvstændigt har søgt information eller vejledning udenom sundhedsplejersken. Udvalget af disse kvinder, med en mellemlang- eller lang videregående uddannelse, skyldes en hypotese, der opstår på baggrund af den historiske analyse; at kvinders uddannelsesbaggrund har indflydelse på accepten af sundhedsplejerskens vejledning. Dette bekræftes eksempelvis, når Mette, grundet vanskeligheder med at etablere amningen, selvstændigt søger privat rådgivning hos Babyinstituttet (Bilag 6). Dette taler sammen med det tidligere præsenterede økonomiske menneskesyn, hvor mennesket anses som egennyttigt. Mette har formået at tilegne sig færdigheder til at søge den hjælp, hun har brug for, og dermed udfordres sundhedsplejerskens eneret til at forme mødrene ud fra denne

institutions vidensgrundlag. Med Foucaults dispositive terminologi anskuer vi Mettes forkastelse af sundhedsplejerskens råd, som et udtryk for en kamp mellem to dispositiver; udviklingsdispositivet og sikkerhedsdispositivet. Ideen om udviklingsdispositivet er hentet fra Martin Mølholms ph.d.-afhandling *Det vi taler om, når vi taler om arbejdet*, der omhandler indretningen af det senmoderne arbejdsmarked og arbejdsliv (Mølholm, 2013). Helt kort præsenterer Mølholm udviklingsdispositivet, som det enkelte menneskes livslange udvikling af både faglige og personlige kvalifikationer. Der kan nemlig potentielt forekomme flere dispositiver samtidig - men den sociale udveksling vil kun disponeres af et af dem (Mølholm & Vetner, 2016, p.53).

Installation af usikkerhed

Emnet samsøvnning illustrerer, hvordan den dispositive kamp om viden sker i mødrenes møde med sundhedsplejersken, og hvordan dette indvirker på deres moderskab. Viden og den erkendelse af virkeligheden som dette skaber er et omdrejningspunkt i indeværende undersøgelse. Foucaults dispositivanalyse står centralt i hans ønske om at forstå og beskrive, hvordan viden fungerer som bestemte arrangementer, der disponerer den sociale udveksling (Mølholm & Vetner, 2016, p. 46).

Vi tager udgangspunkt i samsøvnning, da både Christina og Janni udtrykker vanskeligheder ved at snakke med sundhedsplejersken om dette. Eksemplet viser, hvordan udviklingsdispositivet fører til modmagt mod sikkerhedsdispositivet og dermed sundhedsplejerskens myndighed og magtposition. Udviklingsdispositivet disponerer mødre til selvstændigt at søge og forstå videnskabelig viden. Med udgangspunkt i den historiske analyse af sundhedsplejerskeinstitutionen i dag spørger vi om, hvorvidt de selv har gjort brug af at undersøge ting i forhold til deres barn - uden at inddrage sundhedsplejersken? Adspurgt om dette fortæller Christina:

“Jeg tror også, det handler lidt om, at sundhedsplejersken har meget måske et. Jeg ønsker lidt, at der var et bredere sundhedsperspektiv. F.eks. så har jeg ikke turde sige til sundhedsplejersken, at jeg sover sammen med mit barn, (griner), i samme seng. Fordi jeg fik jo en pjece med vuggedød, hvor der står, at det må man helst ikke. Så på den måde, der føler jeg lidt, at der er nogle ting, hvor at det ikke harmonerer med deres sundhedsforståelse.” (Bilag 7).

Christina retter en kritik af sundhedsplejerskeinstitutionens faglighed og vejledning ved at problematisere dennes sundhedsforståelse. Christina har en kandidat i Generel pædagogik og er et produkt af udviklingsdispositivet. Hun bliver efterfølgende spurgt om, hvorvidt hun vælger at holde denne holdning for sig selv? Hvortil Christina svarer ja, og at hun finder relevant information og vejledning hos andre, der deler samme holdning som hende. Til trods for hendes afstandtagen i forhold til sundhedsplejerskens vejledning, praktiserer hun sin overbevisning skjult for sundhedsplejersken. Dette giver et indblik i, hvordan udviklingsdispositivet medfører, at mødre i dag har færdighederne til at søge vejledning og viden udenom sundhedsstyrelsens og derigennem sundhedsplejerskens anbefalinger. Det er dog stadig sikkerhedsdispositivet, der disponerer den sociale udveksling i mødet med sundhedsplejersken, idet Christina er bevidst om, at samsøvnning strider imod, hvad der normativt forventes fra sundhedsplejersken. Der opstår dermed et enten-eller-forhold, hvor udviklingsdispositivet og sikkerhedsdispositivet må 'splitte op', fordi de trækker i hver deres retning (Mølholm & Vetner, 2016, p.52). Fordelen ved dette er ifølge Foucault at "*stable mechanisms replace the free play of antagonistic relations*" (1982, p.794), forstået sådan, at de to ikke modarbejder hinanden. Dette skinner også igennem i Christinas udtalelse, hvor hun fortier sin videnskabelige erkendelse af virkeligheden, da hendes erfaringer med sundhedsplejersken medfører en usikkerhed i forhold til hendes naturlige intuition (Bilag 7). Bagsiden ved dette 'brud', der nødvendigvis må opstå når dispositiverne trækker i hver sin retning er, at dele af udviklingsdiskursen ikke får rodfæste i videnskabeligheden. I kampen om viden mellem dispositiverne resulterer dette i, at mødrenes personlige kvalifikationer og naturlige intuition ikke formaliseres (Mølholm & Vetner, 2016, p.52; Foucault, 2005, p.256).

Dette stemmer overens med hvilket problem, vi indledningsvist slog fast, sundhedsplejersken skal løse som en sikkerhedsteknologi; at forældre ikke må stå alene med ansvaret for deres barn. Noget tyder på, at denne manglende evne til at stå alene med ansvaret for eget barn installeres i disse mødre bl.a. i mødet med sundhedsplejersken. Ideen om denne installation af usikkerhed i mødre trækker på Foucaults analyse i *Overvågning og straf*. I forbindelse med hans beskrivelser af Benjamin Benthams panoptikon introducerer Foucault ideen om, at det moderne samfund installerer en sjæl i menneskets krop. Som udgangspunkt har vi kun kroppen, men vi får installeret en sjæl i os, som vores egen fangevogter (Foucault, 2008a, p.224-226). Lidt paranoidt må man forestille sig, at det moderne samfund består af lydige kroppe, der alle har installeret en disciplinerende sjæl i sig, der videregiver information

til velfærdsstatens hjælpefunktioner; her sundhedsplejersken. Der er på den ene side den konkrete sundhedsplejerske, der besøger moderen og det nyfødte barn, men som på den anden side fungerer i det overordnede system, som disponeres af sikkerhedsdispositivet (Jensen, 2005, p.259).

Denne mistænkeliggørelse af moderen og dermed installation af usikkerhed sker også hos Janni. Janni oplever et sammenstød med sundhedsplejersken, da hun indvier hende i, at hun samsover med sit barn. Janni siger:

“Jeg synes det er dejligt, at man sover sammen med sit barn, indtil barnet er, ja. Og hun har siden han ikke var særlig gammel snakket om, at det var vigtigt, at han fik sin egen seng og sådan noget. Og det har hun lidt bare sådan sagt, jamen sådan og sådan og sådan, og når han er seks måneder, så behøver han ikke at amme mere om natten, det kan I bare stoppe med” (Bilag 5).

Jannis fremstilling af sundhedsplejerskens vidensgrundlag i henhold til barnets søvn trækker paralleller til den historiske afdækning af 1930'ernes principper om ro, regelmæssighed og renlighed. Den naturvidenskabelige diskurs, der er styrende for sundhedsplejerskeinstitutionens videnserkendelse i 1930'erne hænger tæt sammen med en disciplinering af mødrene, med henblik på at forebygge og forhindre den uønskede adfærd (Raffnsøe, Gudmand-Høyer & Thaning 2009, p. 220). Sundhedsplejersken forsøger at disciplinere Janni til, ikke at samsove med sit barn, da det strider mod sundhedsstyrelsens anbefalinger. Dette resulterer i en konflikt mellem sundhedsplejerskens og Jannis viden og dertilhørende erkendelsesgrundlag af god spædbarnspleje. Janni uddyber i interviewet, at hun ikke synes, at sundhedsplejersken har været nysgerrig på, hvordan hun ønsker at håndtere sit barn. Hun fortæller i denne sammenhæng, at *“... jeg stiller mig jo lidt på bagbenene, når jeg ikke bliver hørt. Jeg tænker, du skal ikke bestemme om mit barn skal sove i en tremmeseng.”* (Bilag 5). Janni følger dog op med at fortælle, at hun ikke vil afvise, at sundhedsplejersken kunne få hende til at overveje ideen om en tremmeseng. Men, hun reagerer kraftigt på den meget tydelige fremstilling af, hvad der normativt forventes af hende som moder.

Afslutningsvis er det relevant at udfolde, hvorvidt udviklingsdispositivet dybest set er afledt af sikkerhedsdispositivet. Kernen i sikkerhedsdispositivet er, at det forholder sig til det uønskede ved at flytte sig mod det ønskede, eller ved potentielt at profitere af det (Raffnsøe et al., 2009, p. 220; Christensen & Hamre, 2018 p. 142.). Udviklingsdispositivet disponerer populationen til livslang læring, der skaber mere frihed for mennesket. Dette indebærer dog at nye indgreb sættes ind i sikkerhedens navn (Jensen, 2005, p. 260-262). Til trods for, at mødrene

ved første øjekast yder en modmagt mod sundhedsplejerskeinstitutionen, er det sikkerhedsdispositivet, der disponerer den sociale udveksling i mødrenes møde med professionen. Den normative indvirkning på moderskabet er derfor, at mødrenes modmagt mødes med installationen af usikkerhed, som skal sikre, at nutidens mødre fortsat har behov for sundhedsplejerskens vejledning - nu såvel som i fremtiden.

Delkonklusion: Diskursernes forankring i sikkerhedsdispositivet

De tre diskurser, der er identificeret i den historiske analyse, har vi gennem de diskursive interviews på ny sat i spil i denne dispositivanalyse for atter at problematisere sundhedsplejerskeinstitutionen anno 2020.

Vi konstaterer, at den naturvidenskabelige diskurs spiller en væsentlig rolle i sundhedsplejerskeinstitutionen i dag, idet sikkerhedsdispositivet disponerer sundhedsplejersken til at dokumentere effekten af deres indsats. Sundhedsplejersken fokuserer på kvantificerbare forhold omkring barnet. Disse noteres i journaler, skemaer, normalfordelingskurver og lignende, som alle er et udtryk for dispositivets materialitet. Dette indvirker på moderskabet ved, at mødre selv opfatter kvantificerbar viden som en primær indikation på barnets trivsel og normalitet. Sundhedsplejerskens fokus på målbare data er medvirkende til, at den psykologiske diskurs taber terræn i sundhedsplejerskeinstitutionen. Sundhedsplejersken disponeres til, at deres interesse i moderens psykiske velbefindende, reduceres til en fødselsdepressionsscreening med det sigte at forebygge en potentiel udfordring for barnets sikkerhed. Dette medfører, at moderen instrumentaliseres af sundhedsplejerskeinstitutionen, hvilket følgelig indvirker på moderskabet. Vi finder, at den økonomiske diskurs er dybt forankret i sikkerhedsdispositivet, da sundhedsplejerskeinstitutionen er magtens tekniske redskab, der gennem den økonomiske vidensform subjektiverer mødre til at betragte deres børn som en investering (Foucault, 2008c, p. 116-117). De strategisk udvalgte informanter yder en modmagt, der udspiller sig i en dispositiv kamp om viden i mødet med sundhedsplejersken. Vi finder, at mødre disponeres af udviklingsdispositivet, men i sidste ende er det sikkerhedsdispositivet, der disponerer den sociale udveksling hvilket indvirker på moderskabet ved at installere en usikkerhed om deres evne til at stå alene med ansvaret for eget barn. Dette sikrer sundhedsplejerskeinstitutionens eksistensberettigelse, da det problem som sundhedsplejersken skal løse fortsat eksisterer; mødre hverken formår eller *må* stå alene med ansvaret for deres eget barn. Interviewene med

mødrene er således en indirekte kritik og modmagt, da de er med til at påpege det umulige i at stille spørgsmålstegn ved sundhedsplejerskeinstitutionen (Mølholm & Vetner, 2016, p.51).

Lad os slutte, hvor vi begyndte i denne dispositivanalyse - hos Christina. Indledningsvis fortalte Christina, at hun havde svært ved at 'få lov' til at vælge sundhedsplejersken fra. Sundhedsplejersken fortæller ved denne lejlighed, at hvis de (sundhedsplejerskeinstitutionen) ikke har ansvaret for barnet, så må det videregives til lægen. Men som Christina siger: "*... hvad er det, der skal videregives altså? Jeg er bare en mor med mit barn.*" (Bilag 7). Denne dispositivanalyse har dog vist, at således forholder det sig ikke; man er ikke bare en moder med sit barn!

Konklusion og perspektivering

Konklusionen er delt op i en empirisk konklusion, der svarer på forskningsspørgsmålet og en analysestrategisk konklusion, som er en efterrationalisering af undersøgelsens bidrag til eksisterende forskning om sundhedsplejerskeinstitutionen samt en perspektivering. De to afsnit er ikke hårdt afgrænsede, men bidrager til én samlet konklusion på undersøgelsen.

Empirisk konklusion

Vi konstaterer, at sundhedsplejerskeinstitutionens selvfølkelige rolle i samfundet i dag er historisk situeret. Vi identificerer tre diskurser; den naturvidenskabelig, den psykologisk og den økonomiske, som er afgørende for, hvordan institutionen fremstår i dag. Det indledende epigram af Durkheims tilgang til sociologien har medført, at analysen er todelt, med en historisk del og en nutidig del, som i et dialektisk forhold gør det muligt at problematisere sundhedsplejerskeinstitutionen.

I sundhedsplejerskeinstitutionens spæde begyndelse i 1930'erne er det den naturvidenskabelige diskurs, der konstruerer sundhedsplejerskens blik på barnet og moderen. Analysen på baggrund af tekstarkivet viser, at sundhedsplejerskens arbejdsområde afgrænses af kategoriseringer som f.eks. det sunde og det syge barn. Deres praksis er målrettet det sunde barn med henblik på at producere den bedste og mest levedygtige befolkning. Analysen af de diskursive interviews viser, at den naturvidenskabelige viden har en fremtrædende plads i sundhedsplejerskeinstitutionen i dag, da der er et stort fokus på kvantificerbare data omkring barnet. Vi finder, at sundhedsplejersken i dag disponeres til at dokumentere effekten af deres indsats gennem magtens materialitet, med rod i sikkerhedsdispositivet. Sammenholder vi de to analysers fund, kan det konkluderes, at sundhedsplejersken indvirker på moderskabet ved, at moderen erkender, at 'sandheden' om det sunde og normale barn skal findes i den naturvidenskabelige diskurs.

I 1970'erne sker der et erkendelsesbrud, hvor den psykologiske diskurs får fodfæste i sundhedsplejerskeinstitutionen, der medfører et mere helhedsorienteret billede af såvel barn, moder og familien. Tekstarkivet viser, at institutionen fokuserer på moderens fysiske og psykiske velbefindende og for at sikre familien, da dette udgør samfundets grundcelle. Vi forundres over, at ændringer i sociale og kulturelle normer som ligestillingskampen, fri abort og kollektivernes storhedstid ikke finder vej til sundhedsplejerskeinstitutionen i 1970'erne. Dette ser vi nu, som den første indikation på, at institutionen ikke er målrettet moderen - men

barnet. Dette afspejler sig endvidere i de diskursive interviews med mødre i dag. Vi finder, at den psykologiske eroderer i sundhedsplejerskeinstitution i dag, da sundhedsplejersken disponeres til en omfattende dokumentering af egen praksis, hvilket reducerer den erkendelse af 'virkeligheden', som den psykologiske diskurs foranlediger; det er vanskeligt at lave statistik på nærhed og kærlighed. Sammenholder vi de to analysefund, kan vi konkludere, at dette indvirker normativt på moderskabet ved at instrumentalisere moderen, da fokus på hende har til formål at sikre barnet.

Tekstarkivet, der konstruerer sundhedsplejerskeinstitutionen i dag viser, at den økonomiske diskurs har en totaliserende effekt på sundhedsplejerskens viden og praksis (Foucault, 1982, p. 782). Både naturvidenskaben og psykologien, er fortsat til stede i sundhedsplejerskens faglighed, men når man trækker på disse discipliner, er det med et økonomisk incitament. Dispositivanalysen viser, at de interviewede mødre yder en modmagt, da de disponeres til livslang læring og udvikling grundet udviklingsdispositivet (Mølholm, 2013). Dog kan socialiteten kun disponeres af ét dispositiv, som i moderens møde med sundhedsplejersken er sikkerhedsdispositivet. Dette indvirker normativt på moderskabet ved, at sundhedsplejerskeinstitutionen installerer en usikkerhed i moderen, fordi moderen hverken kan eller *må* stå alene med ansvaret for barnet.

På baggrund af denne opsamling er vi i stand til at svare på vores forskningsspørgsmål, som er følgende: *En historisk epistemologisk undersøgelse af sundhedsplejerskens normative indvirkning på moderskabet i tre historiske nedslag: 1930'erne, 1970'erne og i dag.* Undersøgelsen giver et indblik i, hvordan sundhedsplejersken indvirker normativt på moderskabet i dag samt, hvorfor sundhedsplejerskeinstitutionen har denne indvirkning; de to fund er nært forbundne til hinanden og styrker undersøgelsens konklusion. Vi finder for det første, at sundhedsplejerskeinstitutionens normative indvirkning på moderskabet i dag bevirker, at moderen anvender den naturvidenskabelige viden som en indikation på, om hendes barn er sundt og normalt. Endvidere instrumentaliserer sundhedsplejerskeinstitutionen moderen gennem den psykologiske diskurs og sluttelig installerer sundhedsplejerskeinstitutionen, afledt af den økonomiske diskurs, en usikkerhed i moderen, da moderen hverken kan eller *må* stå alene med ansvaret for sit barn. Undersøgelsen viser for det andet, at sundhedsplejerskens normative indvirkning på moderskabet er afledt af og uadskillelig fra de videnskabelige diskurser og dispositiver, som har formet institutionen.

Analysestrategisk konklusion

Rammesætningen for denne undersøgelse er med afsæt i Durkheims forståelse af sociologi, hvilket giver undersøgelsen dens tyngde og relevans. Det er den historisk epistemologiske analysestrategi, der muliggør en problematisering af sundhedsplejerskeinstitutionen, som giver indsigt i hvorfor institutionen tager sig ud som den gør i dag. Det er vanskeligt at forestille sig, at man kan bedrive sociologi uden at have et historisk aspekt med. På nuværende tidspunkt stiller vi derfor også spørgsmålstegn ved hvilket udbytte vi ville have haft af vores interviews, såfremt vi ikke havde foretaget den historisk epistemologiske analyse af institutionen. Videre forskning i sundhedsplejerskeinstitutionen, ville vi analysestrategisk gribe an som en dispositiv magtanalyse. Ved afslutningen af indeværende undersøgelse, ser vi, at en dispositivanalyse af sundhedsplejerskeinstitutionens historiske udvikling vil føre til en kortlægning af, hvordan dels diskurser men også magtens øvrige materialiteter former institution. Det er eksempelvis relevant at undersøge hvilken betydning det har, at sundhedsplejersken i 1930'erne bærer en særlig uniform, og hvordan dette over tid har forandret sig således, at når sundhedsplejersken banker på moderens hoveddør i dag er hun i civil beklædning. Dermed er den refleksive tænkning, som er indlejret i indeværende undersøgelse og som producerer et analytisk fund, med til at kan virke tilbage på og konstruere problematiseringen af sundhedsplejerskeinstitutionen på ny (Plessis, 2013, p.14; Foucault, 1984a, p.389-390). Undersøgelsens primære bidrag til den eksisterende forskning om sundhedsplejersken er derfor, at det historisk epistemologiske blik på sundhedsplejerskeinstitutionen medvirker til en ny erkendelse af institution. Vi viser, at diskurser, institutioner, viden, praksisser, teknologier mm. udgør et kort over forbindelseslinjer, der gør det muligt at bringe de kampe og udvælgelser frem i lyset, der har dannet og formet sundhedsplejerskeinstitutionen, som vi forstår den i dag (Foucault, 2008a, p. 10). Forhåbningen er, at undersøgelsen kan føre til en fremtidig refleksion over sundhedsplejerskens selvfølgelig rolle i den store livsbegivenhed det er at blive forældre i dag. Undersøgelsen understreger tillige, at intet er tilfældigt og at viden, institutioner, fænomener mm. er historisk situeret - hvorfor det må være en af sociologiens fornemmeste opgaver at sammenkoble det, der udspiller sig i nuet med en historisk dimension.

Vi holder os for øje, at undersøgelsen er en konstruktion, som med dette tekstarkiv og de diskursive interviews, giver adgang til én 'sandhed' og virkelighed. Det ontologiske ståsted i anti-essentialismen afskriver ideen om en endegyldig virkelighed og denne undersøgelse er

derfor et bidrag til at genforhandle sandheden om sundhedsplejerskeinstitutionen (Christensen & Hamre, 2018, p 22). Vi har eksempelvis undladt at interviewe de sundhedsplejersker, som praktiserer deres fag i dag. Dette kunne formentlig have givet anledning til en anden konklusion. Foranlediget af vores analysestrategiske valg lader vi dog de dokumenter, der optegner sundhedsplejerskens virke, være genstand for diskursanalysen. Vi har valgt at give de ressourcestærke mødre en stemme, da de, som Foucault pointerer, er svære (eller unødvendige) at gøre til genstand for videnskab og forskning (Foucault, 2008a, p. 205-209). Denne undersøgelse er derfor et opgør med tendensen til, udelukkende at fokusere på de samfundsgrupper, som ligger lavest i magthierarkiet, da vi dermed overser, hvilken effekt sundhedsplejersken har på andre grupper i samfundet.

Denne undersøgelse er derfor relevant i dag, som den var for 30 år siden og vil være igen om 10 år, da vi ved at forholde os kritisk og problematiserende til institutioner, som sundhedsplejersken, bliver opmærksomme på, hvordan samfundets socialitet disponeres. Vi konfronteres med spørgsmålet om, hvor tæt vi vil acceptere, at nettet af sikkerhedsteknologier er? Sundhedsstyrelsens har i 2020 fremstillet et forslag til nye retningslinjer for svangreomsorg, der indebærer, at praktiserende læger fremover, skal spørge unge kvinder mellem 18 og 30 år, om de har tænkt sig at få børn. Sundhedsstyrelsen ønsker, at lægen udspørger kvinden, til trods for, at hendes besøg intet har med underlivet, prævention, fertilitet eller ønsket om at blive gravid at gøre (Nielsen & Sørensen, 2020). Vi ser dermed antræk til, at stadig mere af moderens frihed bliver omgærdet af sikkerhedsteknologiske foranstaltninger, som indvirker normerende på og subjektiverer hende.

Afslutningsvis forholder vi os til valget om udelukkende at medtage dansk forskning i konstruktionen af et forskningsfelt. Vi vælger således, da den eksisterende danske forskning på området er omfattet af tilsvarende videnskabelige diskurser, der har manifesteret sig geografisk på samme tidspunkt i historien. Vi ser dog, at de identificerede diskurser er udtryk for en grundlæggende videnssociologisk udvikling, der har fundet sted globalt. Et fokus for yderligere forskning i videnssociologi og sundhedsinstitutioners normative indflydelse på moderskabet, kunne være en komparativ analyse. Derved kan man foretage en sammenligning af den danske velfærdsmodel, der af Gøsta Esping-Andersen karakteriseres som *den skandinaviske model* med eksempelvis *den kontinentale europæiske model*, som vi blandt andet finder i Spanien (Esping-Andersen, 1996, p. 67). Det er interessant at undersøge, hvordan moderskabet ser ud i Spanien, hvor velfærdsmodellen i langt højere grad er bygget op

omkring familie og netværk (herunder religiøst) i stedet for *velfærdsprofessionelle* (Esping-Andersen, 1996, p. 67). Får de spanske mødre en tilsvarende usikkerhed installeret, som vi finder de danske mødre gør? Eller kan man forestille sig, at det at blive moder i Spanien er markant anderledes, da sikkerhedsteknologierne langt fra er ligeså fintmaskede, som det er tilfældet i Danmark.

Litteraturliste

- Agersted, F. (1982): Fin Agersted 1974-1979. I: Freisleben, J. (Red.): *Formændene beretter 1947-1982*. Dansk Psykologforening
- Alfort, S. (2018): *Tænk, hvis du ikke afgør dit barns fremtid*. København: Zetland
- Andersen, A. A. (2018): *1970'erne*. Hentet fra <https://faktalink.dk/titelliste/19702019erne>
- Andersen, A., A. (2019): *Familien under forandring*. Hentet fra <https://faktalink.dk/titelliste/familien-under-forandring>
- Andersen, L., Møller-Hansen, K. & Klemmensen, R. (2012): *Metoder i statskundskab*. København: Hans Reitzels forlag
- Andersen, N. Å. (1999): 2. Michel Foucaults diskursanalyse. I: Andersen, N. Å. (Red.): *Diskursive analysestrategier*. Frederiksberg: Frederiksberg: Nyt fra Samfundsvidenskaberne
- Arbøl, N. (2013): *Det moderløse samfund - en naturvidenskabelig kulturkritik*. Dronninglund: Forlaget Queenswood
- Axelsen, I. (2004): *Sundhedspleje og "særlige indsatser for svagt stillede børn og unge" - myte eller virkelighed?* Institut for Filosofi, Pædagogik og Retorik, Københavns Universitet
- Buus, H. (1999): *Sundhedsplejerskeinstitutionens dannelse - en interpellationsanalyse*. Københavns universitet
- Braad, A. (2005): *Befri familien!* Hentet fra <https://www.information.dk/2007/07/befri-familien>
- Brünner, R. N. (2019): *Familieiværksætterne - Kvalitativ evaluering af universelt forløb til førstegangsførelse*. København: VIVE
- Canguilhem, G. (1989): *The Normal and the Pathological*. New York: Zone Books
- Christensen, G. (2018): *Sundhedspleje i 80 år*. Dansk sygeplejeråd
- Christensen, G & Hamre, B. (2018): *At tænke med Foucault*. København: Forlaget UP - Unge Pædagoger
- Duedahl, P. & Hviid Jacobsen, M. (2010): *Introduktion til dokumentanalyse*. Odense: Syddansk Universitetsforlag
- Durkheim, E. (1982): *Debate on Explanation in History and Sociology (1908)*. I: Lukes, S. (Red.): *The Rules of Sociological Method. Contemporary Social Theory*. London: Palgrave
- Esping-Andersen, G. (1996): *Welfare states in transition*. London: Sage Publications Ltd.

- Estivill, E. & Béjar, S. D. (2000): *Godnat og sov godt*. København: Borgen
- Florander, J. (1982): Jesper Florander 1947-52. I: Freisleben, J. (Red.): *Formændene beretter 1947-1982*. Dansk Psykologforening
- Flyvbjerg, B. (2001): *Making Social Science Matter*. Cambridge: Cambridge University Press
- Foucault, M. (1971): *Nietzsche, Genealogy, History*. Ithaca: Cornell University Press.
- Foucault, Michel (1980). The Confessions of the Flesh. I: Foucault, M (Red.): *Power/ Knowledge*. New York: Pantheon Books
- Foucault, M. (1982): The subject and Power. I: *Critical Inquiry*. Vol. 8, No. 4, pp. 777-795. The University of Chicago Press.
- Foucault, M (1983): *Discourse and Truth: the Problematization of Parrhesia*. 6 lectures given by Michel Foucault at the University of California at Berkley, Oct-Nov. Concluding remark. Hentet fra <https://foucault.info/parrhesia/>
- Foucault, M. (1984a): Polemics, Politics, and Problemizations: An Interview with Michel Foucault. I: Rabinow, P. (Red.): *The Foucault Reader*. New York: Pantheon Books
- Foucault, M. (1984b): On the Genealogy of Ethics: An Overview of Work in Progress. I: Rabinow, P. (Red.): *The Foucault Reader*. New York: Pantheon Books
- Foucault, M (1994a): The Order of Things. I: Foucault, M. (Red): *Aesthetics, Method, and Epistemology*. London: Penguin Books
- Foucault, M (1994b): So, Is It Important to Think? I: Foucault, M. (Red): *Power*. London: Penguin Books
- Foucault, M. (2003): *Galskabens historie i den klassiske periode*. Frederiksberg: Det lille Forlag
- Foucault, M. (2005): *Vidensarkæologien*. Aarhus: Forlaget Philosophia
- Foucault, M. (2008a): *Overvågning og straf*. Frederiksberg: Det lille forlag
- Foucault, M. (2008b): 2. Forelæsning, 18. januar 1978. I: Bundgård, P., F. & Sestoft, C. (Red.): *Sikkerhed, territorium, befolkning*. København: Hans Reitzels Forlag
- Foucault, M. (2008c): 4. Forlæsning, 1. februar 1978. I: Bundgård, P., F. & Sestoft, C. (Red.): *Sikkerhed, territorium, befolkning*. København: Hans Reitzels Forlag
- Foucault, M. (2009): 3. Forelæsning, 24. januar 1979. I: Bundgård, P., F. (Red.): *Biopolitikens fødsel*. København: Hans Reitzels Forlag
- Foucault, M. (2011): *Viljen til viden*. Frederiksberg: Det lille Forlag

- Gade, A. (2010): Neuropsykologi. I: Bjerg, J. (Red.): *Gads Psykologileksikon*. København: Gads Forlag
- Hansen, K., G. (2010): Kønssocialisering. I: Bjerg, J. (Red.): *Gads Psykologileksikon*. København: Gads Forlag
- Hansen, M., A. & Udsen, M. (1994): *Sundhedsplejen og småbørnsfamilierne*. København: Munksgaard
- Heede, D. (2004): *Det tomme menneske*. Charlottenlund: Museum Tusulanums Forlag
- Jensen, A. (2005): *Mellem ting - Foucaults filosofi*. Frederiksberg: Det lille forlag
- Jensen, A., F. (2019): #064 Evidens. *Filosoffens podcast*. Hentet fra http://www.filosoffen.dk/fileadmin/user_upload/_8_Evidens_-_2016-10-07_Evidens.mp3
- Justesen, L. & Mik-Meyer, M. (2010): *Kvalitative metoder i organisations- og ledelsesstudier*. København: Hans Reitzels Forlag
- Jørgensen, P. S. (1999): Barnet i risikofamilien. I: Dencik, L. & Jørgensen, P., S. (Red.): *Børn og familie i det postmoderne samfund*. København: Hans Reitzels Forlag
- Jørgensen, P. S. (2001): Netværksfamilien. I: Reumert, P. (Red.): *Familiens psykologi - dens udvikling og dynamik*. København: Nordisk Forlag A/S
- Koch, L. (2016): *Raceforskning under besættelsen: Var Danmark værre end Tyskland?* Hentet fra <https://videnskab.dk/kultur-samfund/raceforskning-under-besaettelsen-var-danmark-vaerre-end-tyskland>
- Kristiansen, S. (2010): Michel Foucault: Den nye arkivar og kategoriernes kontingens. I: Jacobsen, M. H., Carleheden, M. & Kristiansen, S. (Red.): *Tradition og fornyelse*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2005): *Interview. Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag
- Køppe, S. (2010): *Humanistisk psykologi*. I: Bjerg, J. (Red.): *Gads Psykologileksikon*. København: Gads Forlag
- Lindhardt, C. L. (2020): *Besøg af sundhedsplejersken*. Hentet fra <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/boern/undersogelser/besog-af-sundhedsplejersken/>
- Ljungdahl, A.K. (2013): Normoverskridelse og livet i organernes stilhed. I: *Praktiske grunde*. 2013: 1-2

- Lov om sundhedsplejeordninger (1963): Lov. nr. 227 af 31. maj 1963. Hentet fra <https://dsr.dk/dshm/sygeplejens-historie/lovstof-mm-om-sygeplejersker/historisk-lovstof-mm-om-sundhedsplejersker>
- Mikkelsen, T., J. & Grønbech, L., F. (2019): *Sundhedsplejersken*. Institut for Uddannelse og Pædagogik, Aarhus Universitet
- Mølholm, M (2013): *Det vi taler om når vi taler om arbejdet*. Institut for Kommunikation, Aalborg Universitet.
- Mølholm, M. & Vetner, M. (2016): Diskursarkæologi og dispositivanalyse. I: Horsbøl, A & Raudaskoski, P. (Red): *Diskurs og praksis*. Frederiksberg: Samfundslitteratur
- Nielsen, H., S. (2015): *Livmoder, nedsunken, oversigt*. Hentet fra <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/kvindesygdomme/sygdomme/nedsunken-livmoder/livmoder-nedsunken-oversigt/>
- Nielsen, K. (2010): Harlows forsøg med aber. I: Bjerg, J. (Red.): *Gads Psykologileksikon*. København: Gads Forlag
- Nielsen, H. F. & Sørensen, T. K. (2020): *Kritiske læger: Vi vil ikke uopfordret blande os i folks børneplaner*. Hentet fra <https://jyllands-posten.dk/premium/indblik/Indland/ECE11957634/kritiske-laeger-vi-vil-ikke-uopfordret-blande-os-i-folks-boerneplaner/>
- Nilsson, R. (2009): *Michel Foucault: En introduktion*. København: Hans Reitzels Forlag
- Olesen, B., R. (1996): *Sundhedsplejersken på besøg*. København: Munksgaard
- Olesen, P., B. & Pedersen, K. (2003): *Problemorienteret projektarbejde*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag
- Ottosen, M., H. (2011): Familie. I: Larsen, S., N. & Pedersen, I., K. (Red): *Sociologisk leksikon*. København: Hans Reitzels Forlag
- Pedersen, O. K. (2011): *Konkurrencestaten*. København: Hans Reitzels Forlag
- Pedersen, O. K. (2018): *Reaktionens tid: Konkurrencestaten mellem reaktion og reform*. København: Informations Forlag
- Pedersen, O. (2015): *Sundhedspleje: magt og normalisering i praksis*. Frederiksberg: Frydenlund Academic
- Pedersen, O. (2019): *Images of the child in Danish welfare work in health visiting and day-care*, Pedagogy, Culture & Society
- Petersen, K. & Ladefoged, L. (2015): *Sundhedsplejens indsatser og betydning i arbejdet med små udsatte børn og familier*. Institut for Uddannelse og Pædagogik, Aarhus Universitet

- Plessis, E. M, d. (2013): Det utilstrækkelige subjekt - En foucauldiansk analyse af selvhjælpslitterær selvstyring. I: *Dansk Sociologi*. Nr. 2/24
- Poulsen, A. (2010): Bowlby-Ainsworths tilknytningsteori. I: Bjerg, J. (Red.): *Gads Psykologileksikon*. København: Gads Forlag
- Rasmussen, S. H. & Brunbecj, P. Y. (2009): *Familieliv og kvindefrigørelse*. Hentet fra <https://danmarkshistorien.dk/perioder/kold-krig-og-velfaerdsstat-1945-1973/familieliv-og-kvindefrigoerelse/>
- Raffnsøe, S. & Gudmand-Høyer M., T. (2005): Dispositivanalyse - en historisk socialanalytik hos Foucault. I: Esmark, A & Laustsen, C.B. & Andersen, N. Å. (Red.): *Poststrukturalistiske analysestrategier*. København: Roskilde Universitetsforlag
- Raffnsøe, S., Guldmand-Høyer, M. & Thaning, M.S. (2009): *Foucault*. Frederiksberg: Samfundslitteratur forlagene
- Refstrup, L. (2008): *Mellemligstiden*. Hentet fra <https://faktalink.dk/titelliste/mell>
- Schmidt, L. & Kristensen, J. E. (2004): *Lys, luft og renlighed - den moderne socialhygiejnes fødsel*. København: Akademisk Forlag
- Schulze, S. (2019): *Navlebrok*. Hentet fra <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/mave-og-tarm/sygdomme/oevrige-sygdomme/navlebrok/>
- Socialministeriet (1997): *Redegørelse om de politiske overvejelser, der dannede det lovmæssige grundlag for tvangssterilisation af åndssvage i Danmark i perioden 1929 til 1967*. Hentet fra: <http://webarkiv.ft.dk/?/Samling/19971/udvbilag/00324682.htm>
- Socialstyrelsen (2020): *Den socialøkonomiske investeringsmodel*. Hentet fra <https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/socialstyrelsens-viden/som-og-okonomiske-analyser/som/om-som>
- Styrelsen for Patientsikkerhed (2018): *Årsberetning 2017 Abortankenævnet*. Hentet fra <https://stpk.dk/da/publikationer/2018/abortankenaevnets-aarsberetning-2017/~media/8E6A4E48D1D0449A885EB85E09CF2096.ashx>
- Sundhedsdatastyrelsen (2019): *Den Nationale Børnedatabase (BDB)*. Hentet fra <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/graviditet-foedsler-og-boern/boernedatabasen>
- Sundhedsloven (2010): *Bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge*. BEK nr. 1344 af 03. december 2010. Hentet fra <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2010/1344#K1>

- Sundhedsstyrelsen (2005): *Terminologi*. Hentet fra <https://www.sst.dk/~media/CA0B2ED9165F4C908DB3117BA4764058.ashx>
- Sundhedsstyrelsen (2016): *Sunde børn*.
- Sundhedsstyrelsen (2017): *Gravid - undersøgelser af fostret*. Hentet fra https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017//-/media/Udgivelser/2017/Gravid---unders%C3%B8gelses-af-fostret/Gravid_fosterdiagnostik_tablet_DK.ashx
- Sundhedsstyrelsen (2018): *Amning - en håndbog for sundhedspersonale*. Hentet fra <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/Amning-h%C3%A5ndbog-for-sundhedspersonale.ashx?la=da&hash=1F1FA3957CD3E67785CFC594202E1DDEC3412C67>
- Sundhedsloven (2018): Lov om ændring af sundhedsloven. LBK nr 1286 af 2. 11. 2018. Hentet fra <https://www.retsinformation.dk/pdfPrint.aspx?id=205282>
- Tiles, M. (1993): The Normal and Pathological: The Concept of a Scientific Medicine. I: *The British Journal for the Philosophy of Science*, Volume 44, Issue 4, Pages 729–742,
- Vallgård, S. (2008): Widening the scope, targeting interventions, creating risk groups: maternal and child health in Denmark and Sweden from 1930s and onwards. I: *Journal of Epidemiology & Community Health*. 62(5):382-6
- Villaume, P. (2012): *Folketal, Kernefamilie og kollektiver*. Hentet fra https://danmarkshistorien.lex.dk/Folketal,_kernefamilie_og_kollektiver
- Visholm, S. (2010): Human resources. I: Bjerg, J. (Red.): *Gads Psykologileksikon*. København: Gads Forlag

Bilag

Bilag 1.: Tekstarkiv

Tekstarkiv 1930'erne

- 1929:** Sundhedsstyrelsen. Spædbarnedødelighed **(1)**
- 1932:** Sundhedsplejerske over hele Landet? **(2)**
- 1933:** Kortfattet Vejledning i Det spæde Barns Ernæring og Pleje **(3)**
- 1934:** Sundhedspleje i Holbæk Amt. **(4)**
- 1934:** Sundhedsplejerskerne halvrede Spædbørnsdødeligheden **(5)**
- 1935:** Moderne Spædbørn i gammeldags Bondegaard **(6)**
- 1935:** Diegivning og Spædbørnsdødeligheden **(7)**
- 1936:** Foredrag af Frk. E. Weiergang **(8)**
- 1936:** Principper for Sundhedsplejerskearbejde **(9)**
- 1936:** Vigtigt Skridt fremad for Mødre og Børns Sundhed **(10)**
- 1936:** Forslag til Vejledning angående Sundhedsplejerskens Virksomhed **(11)**
- 1937:** Referat af møde i Sundhedsstyrelsen **(12)**
- 1937:** Lov om bekæmpelse af Syglighed og Dødelighed blant Børn i de første Leveaar **(13)**
- 1937:** Instrux for Sundhedsplejersker **(14)**
- 1937:** Børneplejestationer **(15)**
- 1937:** Sundhedsplejersken skal tilbyde sin Hjælp i alle Hjem **(16)**
- 1937:** Til Underudvalgets Medlemmer. Sundhedsstyrelsen **(17)**
- 1937:** Cirkulære til samtlige Kommunalbestyrelser **(18)**
- 1937:** Cirkulære til Lands Embedslæger **(19)**
- 1937:** Mønsterinstruks for Sundhedsplejersker **(20)**
- 1937:** Supl. til Sygelighed og Dødelighed blandt Børn **(21)**
- 1938:** Udtalelse ved indvielse af bestyrelsesformand landsretssagfører C. Holst-Knuden **(22)**
- 1938:** Bevis som autoriseret Sygeplejerske **(23)**
- 1938:** Sundhedsplejerskerne i Aarhus begyndte deres Gerning i Dag **(24)**
- 1938:** Mønster for Retningslinier for Sundhedsplejerskens Arbejde **(25)**
- 1938:** Sundhedsplejerskerne ansættes først til Efteråret **(26)**
- 1938:** Sundhedsplejerske-Skolen Mønster for hele Norden **(27)**
- 1938:** Skema for Marts Md. **(28)**

- 1938: Vejledende Bemærkninger angaaende Journalføring (29)**
- 1938: Vurdering og vejledning med hensyn til sundhedsplejernes arbejdsindsats (30)**
- 1939: Foredrag holdt i Vejen (31)**
- 1939: Sund Og Syg (32)**
- 1939: Sundhedsplejerskerne har bevidst, at de gavner Samfundet (33)**
- 1939: Radiosamtale om Sundhedsplejerske og Barnepleje (34)**
- 1939: Saa kom der Tænder (35)**
- 1939: Sundhedsplejerskerne er Barnets og Hjemmet gode Ven (36)**
- 1940: Journal. Maanedsbetretning for Sundhedsplejerskerne (37)**
- 1964: Spædbørnsdødeligheden i Danmark 1931-60 (38)**
- 1989: Søster Dagmar fortæller (39)**
- 1995: Erindring nr.585 (40)**
- 2008: Søster Dagmar er død (41)**

Tekstarkiv 1970'erne:

- 1970: Arbejdsprocesskema (42)**
- 1970: Sygeplejersken og sundhedsplejerskens ansvar og opgaver i forbindelse med sundhedsoplysningen (43)**
- 1970: Kommunikation som middel til afsløring af behov (44)**
- 1970: Referat fra gruppemøde (45)**
- 1970: Svangerskab, fødsel og spædbarnspleje (46)**
- 1970: Årsbetretning fra Københavns kommunes Sundhedsplejerskeinstitution (47)**
- 1971: Analyse af sundhedsplejerskearbejdet (48)**
- 1972: Med hilsen fra sundhedsplejersken (49)**
- 1972: Pjece fra Komiteen for Sundhedsoplysning (50)**
- 1973: Sikkerhed i hjemmet (51)**
- 1973: Lov om sundhedsplejeordninger (52)**
- 1974: Legebarnet. Barnets udvikling fra 1 til 7 år (53)**
- 1974: Arbejdsbog for sundhedsplejersker (54)**
- 1975: Scrapbog Kertemind Kommune (55)**
- 1975: Vejledende litteraturliste til sundheds- og sygepleje (56)**
- 1975: Fagoversigt for 1. og 2. del, Århus. 1974/75 (57)**

- 1975: Sundhedsplejersken må have en bred holdning til sundhed (58)**
- 1975: Sundhedsplejerskens arbejdsteknik bør være godt eksempel (59)**
- 1977: Registreringsskema for specialsundhedsplejen (60)**
- 1977: Den primære sundhedstjeneste (61)**
- 1978: hvad er BOEL-prøven (62)**
- 1978: Hvordan taler og hører dit barn? (63)**

Tekstarkiv samtiden:

- 2009: Brevkasse: Kan ikke trille fra mave til ryg og omvendt... (64)**
- 2009: Specialiseringer i sygeplejen – udvikling af en fælles begrebsramme (65)**
- 2010: Bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge (66)**
- 2011: Baggrundslitteratur for revision af anbefalinger for de forebyggende sundhedsydelser til børn og unge (67)**
- 2011: Forebyg vuggedød (68)**
- 2011: Bekendtgørelse om specialuddannelse til sundhedsplejerske (69)**
- 2011: Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge (70)**
- 2012: Samfundsøkonomisk potentiale ved indførelse af Leksand-modellen i Danmark (71)**
- 2012: Brevkasse: Svær at få øjenkontakt med – 5 uger (72)**
- 2014: Uddannelsesordning for Specialuddannelsen til sundhedsplejerske (73)**
- 2015: Monitorering af vækst hos 0-5-årige børn (74)**
- 2015: Brevkasse: Hvor læge i autostol? – Nyfødt (75)**
- 2016: Motorik, fysisk aktivitet og stillesiddende tid hos 0-6-årige børn (76)**
- 2016: Midtvejsevaluering af familierettede og forebyggende indsatser i "Tidlig Indsats - Livslang Effekt" (77)**
- 2017: Tidlig indsats for sårbare familier (78)**
- 2017: Små børns sikkerhed (79)**
- 2018: Den Socialøkonomiske Investeringsmodel: Udvidelse med udsatte børn og unge (80)**
- 2018: Amning – en håndbog for sundhedspersonale (81)**
- 2018: Slutevaluering af familierettede og forebyggende indsatser i "Tidlig Indsats - Livslang Effekt" (82)**
- 2018: Bekendtgørelse af sundhedsloven (83)**
- 2019: Økonomisk analyse af behandlingsprogrammet Cool Kids (84)**

2019: Sundhedsstyrelsen siger selv, at kun tre af deres råd til nybagte forældre er virkelig vigtige at følge. Så hvad skal vi egentlig med resten? **(85)**

2019: Familieiværksætterne: En Indledende Analyse **(86)**

2019: Brevkasse: Må hun sove på maven? – 5 mdr. **(87)**

2019: Brevkasse: Har jeg svigtet min baby? Pige 10 uger. **(88)**

2019: Ernæring til spædbørn og småbørn **(89)**

2019: Fakta om "1.000-dages-program – en bedre start på livet" **(90)**

2019: Sunde børn. Til forældre med børn i alderen 0-2 år **(91)**

2020: Litteraturen på Specialuddannelsen til sundhedsplejerske **(92)**

2020: Brevkasse: Hvis man glemmer D-dråber til baby... **(93)**

Bilag 2.: Arkiv fra Dansk Sygeplejehistorisk Museum

000117A001 Protokol, notering af elevers problemer, sundhedsplejersker
000117A002	Store og små projekter
000117A003	Protokol, Engdalsskolen, sundhedsplejersken
000117A004	Håndbog for sundhedsplejersker i Århus Amt
000117A006	Numre af "Sundhedsplejersken", udgivet af Sammenslutningen af Sundhedsplejersker 1980-84 mm.
000152A015	Hjørring Amts Sygeplejerskole, rapport sundhedsplejerske / hjemmesygeplejerske
000162A011	Eksamensbevis fra Aarhus Kommunehospital, autorisationsbevis, bevis som sundhedsplejerske mm.
000162A021	Aarhus Kommunehospital. Notater mm. fra repetitionskursus 1959.
000178A003	Avisudklip, om Kathrine Maass
000178A008	Bevis for gennemført kursus i barnepleje, Dyrehaveskolen Kolding.
000189A005	Plejeberetninger
000196A001	Sang i anledning af sundhedsplejersker fra Lyngby-Tårnbæk Kommune, der besøgte museet 5.-6. sept. 2001
000196A002	Sundhedsplejen Lyngby-Taarbæk, standardformularer.
000196A003	Sundhedsplejen Lyngby-Taarbæk, standard vejledninger
000196A004	Sundhedsplejen Lyngby-Taarbæk, fagmateriale
000196A005	Sundhedsplejen Lyngby-Taarbæk, standard vejledninger
000196A006	Sundhedsplejen Lyngby-Taarbæk, standard pjecer til udlevering
000196A007	Sundhedsplejen Lyngby-Taarbæk, standard vejledninger
000196A008	Sundhedsplejen Lyngby-Taarbæk, standard vejledninger
000196A009	Sundhedsplejen Lyngby-Taarbæk, standard vejledninger
000254A005	Undervisningsmateriale, sundhedspleje + sygepleje
000293A001	Årsberetning sundhedsplejerske t. Sundhedsstyrelse
000306A007	Protokol: Helbredsprotokol for Slesvigsgade Skole, Fredericia.
000317A003	Kursusbevis
000346A002	CV Ansøgninger, ansættelser m.v.
000346A052	Horsens Kommune (Sundhedsdirektør)
000346A076	Horsens Kommune (Sundhedsdirektør)
000346A139	Danmarks Sygeplejerskehøjskole (DSH)
000346A141	Danmarks Sygeplejerskehøjskole (DSH)
000346A150	Danmarks Sygeplejerskehøjskole (DSH)
000346A152	Danmarks Sygeplejerskehøjskole (DSH).
000346A177	Undervisningsartikler 1970'erne
000357A001	Evaluering, eksamensopgave i sundhedspleje 1956
000357A007	Brev fra distriktslægen i Nanortalik 1957
000357A009	Ansættelsesbrev sundhedsplejerske Nanortalik 1957
000357A010	Sundhedsplejerskekort
000363A001	Notater, sygeplejehøjskolen 1947-48
000363A002	Scrapbog, avisudklip, sundhedsplejerskerne Maribo Amt 1949 til 1973
000363A003	Reglementer, instrukser, sundhedspleje i Maribo Amt
000363A004	Udklip mm sundhedsplejerskerne 50 års jubilæum
000363A006	Arbejdsbog for sundhedsplejersker
000363A008	Mappe med materiale for sundhedsplejersker, der arbejder med tyrkiske familier.
000363A013	Diverse materiale - lovstof og anvisninger
000365A001	Semesteropgave
000365A002	Dagbog 1946, praktik i kursusophold
000368A002	Danmarks Sygeplejerskehøjskole afdelingen i København
000368A003	Elisabeth Larsen. Indledende forberedelser af sundhedsplejerskeuddannelsen fra 1937
000368A005	Udkast til sundhedsplejerskejournale, månedsindberetning mm. 1937

000368A006 Arbejdspapirer om sundhedsplejerskers journalføring

000368A010 Udarbejdelse af månedsberetning for skolesundhedsplejersker i Dansk Sygeplejeråds udvalg om sundhedsplejen

000368A011 Skolesundhedsplejen i København 1935-1948

000368A017 Ændring af cirkulære om sundhedsplejersker, korrespondance om ændringerne og kommentarer,

000368A018 Undervisningsmateriale for sundhedsplejersker og hjemmesygeplejersker 1950-61

000368A019 Undervisningsmateriale for sundhedsplejersker og hjemmesygeplejersker 1962-65

000368A022 Opgaver, opgavebesvarelser mm.

000368A050 Fagoversigter mm. 1980-1981

000368A051 Fagoversigter mm. 1981-1982

000368A052 Fagoversigter og beskrivelser, 1990-1997

000368A053 Fagoversigter mm. 1965-1966

000368A054 Årgangsbøger mm. 1966-1967

000368A055 Årgangsbøger mm. 1967-1968

000368A056 Årgangsbøger mm. 1968-1969

000368A057 Fagoversigter 1969-1970

000368A058 Fagoversigter 1970-1971

000368A059 Fagoversigter 1971-1972

000368A060 Fagoversigter mm. 1972-1973

000368A065 Årgangsbog 1968-1969, afdelingen i København

000368A067 Fagoversigter 1970-1971, afdelingen i København

000368A068 Fagoversigter 1971-1972, afdelingen i København

000368A069 Fagoversigter 1972-1973, afdelingen i København

000368A070 Fagoversigter 1973-1974, afdelingen i København

000368A103 Byggesagen 1958, inventararbejder og møbleringsforslag

000368A108 Byggesagen 1958, byggeudvalg

000368A114 Dokumenter og hæfter fra Danmarks Sygeplejerskehøjskole 1968-69

000368A115 Sang ved afslutningen af de første kursus 26. maj 1939.

000368A119 Undervisningsplaner 1. kursus 1.2. - 1.6. 1938 mm.

000368A120 Undervisningsplaner 2. kursus 1.9 1938 - 1.6. 1939 mm.

000368A124 Kartotekskort, ansøgningsskemaer, eksamensbeviser 1950'- til 1960'erne

000368A128 Fagoversigter, timeplaner for sundhedsplejerskeuddannelsen mm.

000368A129 Fagoversigter, timeplaner for kursus for repetitionskursus for sundhedsplejersker og kursus for hjemmesygeplejersker

000368A130 Betænkning om undervisningen ved Institut for syge- og sundhedsplejersker ved Aarhus Universitet afgivet af en nedsat udvalg.

000368A133 Redegørelse for faget "Sundhedsplejerskens arbejde" på B-holdet og C-Holdet.

000368A134 Redegørelser for uddannelserne på A-, B- og C-holdene 1952-53.

000368A137 2 pjecer: Bygningerne i Vennelystparken og Statsbiblioteket i Århus.

000368A141 Programmer, rapporter, foredrag om Danmarks Sygeplejerskehøjskole.

000368A142 Materiale samlet til jubilæumsskrift 1978 (?), kopi af artikel om højskolen mm.

000368A152 Institut for syge- og sundhedsplejersker ved Aarhus Universitet. Hovedbog for 1954-58.

000368A153 Institut for syge- og sundhedsplejersker ved Aarhus Universitet. Hovedbog for 1959-62.

000368A160 58 avisudklip: Skolelæger, -tandlæge og -sundhedspleje 1939-65

000368A161 70 avisudklip: Sundhedsplejersker

000368A162 32 avisudklip: Sundhedsplejersker.

000368A163 36 avisudklip: Sundhedsplejersker.

000368A164 19 avisudklip: Sundhedsplejersker.

000368A165 39 avisudklip: Sundhedsplejersker.

000368A193 Betænkning: Sundhedsplejerskeinstitutionen. Sundhedsstyrelsen 1970.

000368A194 Materiale fra mappe med informationsmateriale om sundhedspleje mm.

000368A195 Pjece om "Institut for syge- og sundhedsplejersker ved Aarhus Universitet" 1962.

000368A199 Publikation: Institut for Syge- og Sundhedsplejersker ved Aarhus Universitet 1938-1963.

000368A200 Publikation: Kursus beskrivelse

000384A017 Brev, orientering vedr. Grønland

000395A015 Opgave, månedsberetning

000395A019 Meddelelse om praktikplads

000395A024 Hæfte, omhandlende kursus ved Århus Universitet

000395A027 Bevis, som sundhedsplejerske

000395A034 Skema fra kursus ved Århus Universitet

000395A077 Løblade om sundhedspleje i samlemappe

000396A001 Scrapbog, kopi, Ingeborg Lunden

000396A002 Besøgskort, Kolding Købstadskommune

000396A011 Uddrag af Ingeborg Lundens scrapbog. Fotokopi.

000397A021 Diplom som sundhedsplejerske

000397A033 Folkevaccination mod Tuberkulose

000397A038 Sundhedsplejens udvikling i Danmark

000419A004 Tidsskrift for Sygeplejersker, kongresnummer

000439A001 Artikel, sundhedsplejersken er en mand

000439A003 Avisudklip, ugebladsartikler mm. Om Henning Egeblad, Danmarks første mandlige sundhedsplejerske.

000439A004 Henning Egedal: Fotokopi af scrapbog fra årene som sundhedsplejerske i Kerteminde.

000439A005 Henning Egedal: Fotokopi af scrapbog fra årene som sundhedsplejerske i Kerteminde.

000457A002 Aarhus Sygeplejehøjskole, ansøgning

000459A104 FS for Sundhedsplejersker, Faglige Sammenslutninger

000468A034 DSH. Mappe med undervisningsmateriale: Syge-sundhedspleje. Deltagerliste, introduktion til faget.

000468A065 Oplæg til syge- og sundhedspleje.

000471A001 Arbejdsbog for sundhedsplejersker. Udgivet af Københavns Kommunes sundhedsplejerskeinstitution.

000471A004 Fra mappe: Supervisionsgruppen. Referater mm.

000471A005 Fortegnelser over hhv. hjemmesygeplejersker og sundhedsplejersker i Nordjyllands Amt 1977 til 1992.

000472A104 Opgaver, abstractbøger, artikler mm. Danmarks Sygeplejerskehøjskole. Jubilæumsskrifter mm.

000472A105 Danmarks Sygeplejerskehøjskole. Jubilæumsskrifter mm.

000476A002 Lene Agerholm, dokumenter og hæfter fra Danmarks Sygeplejerskehøjskole 1968-69.

000476A021 Elisabeth Dancker-Jensen gift Skajaa

000476A126 Edith Britta Hauge Nielsen

000484A006 Danmarks Sygeplejerskehøjskole 1964-65. Undervisningsmateriale og -noter.

000491A001 Dokumenter om etablering af sundhedsplejerskeordning i Ribe Kommune 1943-46.

000491A002 Ansøgninger mm. til sundhedsplejerskestillingerne i Ribe Kommune 1946-54.

000491A003 Korrespondance mm. om annoncering af sundhedsplejerskestillinger i Ribe Kommune 1946-1966.

000491A004 Cirkulærer, love mm. om skolelægeordning, sundhedsplejersker, rengøring på skoler mm.

000499A017 Noter fra læsekursus: Sundhedspleje ved Bodil Dyhre.

000501A014 Journalkort, sundhedsplejerskens og lægens notater.

000508A005 Beretning om og papirer fra lillebrorens indlæggelse og død på Rigshospitalet 1944.

000513A001 Pjecer, tidsskrifter, avisudklip mm.

000513A002 Avisudklip om sundhedspleje

000513A004 Mappe: Sundhedsplejerskevirksomhed 0-6 år.

000513A006 Pjecer med sundhedsråd 1970-80'erne.

000513A007 Pjecer med sundhedsråd 1970-80'erne.

000514A008 Pjece om Kursus ved Aarhus Universitet for sundhedsplejersker og for ledende og undervisende sygeplejersker

000514A016 Hæfte: Medicinlære. Af Axel Guldager Dr.med.

000516A007 Eksamensbevis fra Kursus ved Aarhus Universitet for sundhedsplejersker og for ledende og undervisende sygeplejersker

000533A016 Diverse beretninger fra Vejle amt sundhedsplejeområde

000533A017 Uddrag af kommunernes indberetning til amtskommunen om sundhedsplejerskearbejdet

000582A001 Søster Dagmar

000582A003 Diverse pjecer fra sundhedsplejen

000582A008 BOEL-prøven instruktionspjece

000582A010 Sundhedsplejerske pjecerne samlemappe

000582A012 Rapporter og undersøgelser

000582A016 Arbejdsbog for sundhedsplejersker

000599A002 Kollegiehæfte med noter fra Kursus ved Aarhus Universitet for sundhedsplejersker og for ledende og und

000599A010 Papchartek med rapporter fra virksomhedsbesøg mm. på Kursus ved Aarhus Universitet

000599A015 Ansættelsespapirer mm.

000599A016 Diverse noter, opgaver mm. fra Kursus ved Aarhus Universitet 1951-52, sundhedsplejerskelinjen.

000599A024 Håndskrevne noter mm. om sundhedsplejerskens undervisning til forskellige målgrupper

000599A027 Litteraturlister til 9 fag på Kursus ved Aarhus Universitet (Danmarks Sygeplejerskehøjskole)

000599A028 Øvelse: Dobbelt folioark med sundhedsplejerskens journalføring for et barn

000599A031 Ansøgninger og kladder til ansøgninger til sundhedsplejerskestillinger mm.

000599A033 Trykte og ikke udfyldte blanketter, en spirometri strimmel

000599A035 Brev fra firmaet Arthus Nydahl med anprisning af deres sundhedsplejersketaske

000612A002 Pedersen, Ellen Haack

870601A002 Danmarks Sygeplejerskehøjskole 1965-66. Undervisningsmateriale.

870601A007 Danmarks Sygeplejerskehøjskole 1965-66. Undervisningsmateriale.

870601A008 Danmarks Sygeplejerskehøjskole 1965-66. Undervisningsmateriale.

880108A110 Breve og notater fra Gøtzsches sidste tid

890618A001 Avisudklip om ansættelse af de to første sundhedsplejersker i Esbjerg Kommune.

890618A003 10 ikke-udfyldte beviser for gennemgået kursus for skoleelever i barnepleje.

890707A001 Materiale til flonellografer, vejledninger om brug af samme, tegninger om sikkerhed og sundhed mm.

891129A014 Ringbind med noter fra Sundhedsplejerskeuddannelsen

891129A015 Ringbind med noter fra Sundhedsplejerskeuddannelsen

891129A016 Ringbind med noter fra Sundhedsplejerskeuddannelsen.

891129A017 Ringbind med noter fra Sundhedsplejerskeuddannelsen.

891129A018 Ringbind med noter fra Sundhedsplejerskeuddannelsen.

891129A019 Ringbind med noter fra Sundhedsplejerskeuddannelsen.

891129A020 Ringbind med noter fra Sundhedsplejerskeuddannelsen.

891129A021 Ringbind med noter fra Sundhedsplejerskeuddannelsen.

891129A022 Ringbind med noter fra Sundhedsplejerskeuddannelsen.

891129A023 Mappe med noter fra Sygeplejerskeuddannelsen.

891129A024 Mappe med noter fra Sundhedsplejerskeuddannelsen.

900821A021 Scrapbog, sygeplejen

910109A001 Transskriberet interview med Tove Christy om hendes uddannelse, internering i Stutthof 1943-45 og efter

910925A011 Manuskript, "Sundhedsplejens udvikling i Danmark"

910925A012 Dynamisk Tuberkulose-Epidemiologi af Ole Horwitz

910925A072 Mindeord, Anna Wagner, Annette Pade, Inger Hielm Schmidt og Margrethe Kruse

910925A250 Pjece, enkeltfoldet. Henvendelse til forældre ang. sundhedsplejerskerne.

911017A001 Sundhedsplejersker, 50 års jubilæum

920110A049 Agnethe Kirstine Kragh, eksamensbevis kursus

920110A051 Klara Kragh, eksamensbevis kursus

920210A010 Brev, ang.kursus i skolesundhedspleje

920223A022 Mappe med papirer fra kredsbestyrelsen i Haderslev Amtskreds.

920413A001 Foreningen af Syge- og Sundhedsplejersker ved Tuberkulosestationer. Forhandlingsprotokol 1954-66.

920505A026 Eksamensbevis for Sundhedsplejersker

920505A027 Brev, tilsagn om søgt stilling

920505A032 Kursushæfte, Århus Universitet

920505A035 Årsberetningen om Sundhedsplejerskens arbejde fra 1950-80
 920505A037 Afskedskort
 920505A039 Jubilæumsskrift
 920505A041 Årsberetning
 920505A042 Pjece fra Sundhedsplejersken
 920505A043 Pjece fra sundhedsplejersken
 920505A045 Pjece, Legebarnet
 920505A050 Notater fra Århus Universitet 1949
 920603A004 Rapport, 2 stk. elev Bispebjerg sygeplejeskole
 920723A010 Undervisningsmateriale
 921203A001 Det åbne forebyggende helsearbejde for mor og barn.
 921225A001 Vejledninger om brug af flonellograf i sundhedsplejen.
 930317A005 Papirer fra elevuddannelsen på Holbæk Amts Sygeplejeskole. Fortrinsvis arbejdet i elevforeningen.
 930714A027 Oplæg/taler
 930714A031 Foredrag mm.
 940505A003 Skrift, Sygeplejens Udvikling
 940505A004 Radioudsendelse
 940505A005 Radioudsendelse, manuskript
 941205A001 Lærebog, Sundhedsplejeelever
 941205A007 Henvendelse til Forældrene angående Sundhedsplejerskerne
 950215A001 Stort ringbind, sundhedsplejerskernes jubilæum 1987
 950222A001 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om forskelligt.
 950222A002 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Ældre, pensionister, herunder institutioner, behandling mv.
 950222A003 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Pjecer om ældre, pensionister, herunder institutioner, behan
 950222A004 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om ældre, pensionister, herunder institutioner, behan
 950222A005 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om madvareproblemer.
 950222A006 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om børn: psykiatri, åndssvage, psykiske problemer. 1
 950222A007 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om børn: psykiatri, åndssvage, psykiske problemer. 2
 950222A008 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om psykiatri.
 950222A009 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om skolelæger og skolesundhedspleje.
 950222A010 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om de ældre I.
 950222A011 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om de ældre. 2.
 950222A012 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om den primære sundhedstjeneste.
 950222A013 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om småbørnsprofylakse i den primære sundhedstjene
 950222A014 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om førstegangsfødende, hjemmesygepleje og samarb
 950222A015 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om miljøskader og forurening.
 950222A016 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om diverse. 1.
 950222A017 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om diverse. 2.
 950222A018 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om diverse. 3.
 950222A019 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Engelske artikler om diverse.
 950222A020 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om ungdomsproblemer, narkotika mm.
 950222A021 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Manuskript om behandlingsklima.
 950222A022 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om diverse. 4.
 950222A023 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om diverse. 5.
 950222A024 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om diverse. 6.
 950222A025 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om diverse. 7.
 950222A026 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om diverse. 8.
 950222A027 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om diverse. 9.
 950222A028 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om diverse. 10.
 950222A029 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om diverse. 11.

950222A030 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om diverse. 12.

950222A031 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om diverse. 13.

950222A032 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om diverse. 14.

950222A033 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om diverse. 15.

950222A034 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om diverse. 16.

950222A035 Fra sundhedsplejens bibliotek: Undervisningsmateriale om alkohol - til folkeskolen. Udateret.

950222A036 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om raske og syge børn I.

950222A037 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om raske og syge børn II.

950222A038 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om raske og syge børn III.

950222A039 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om raske og syge børn IV.

950222A040 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om syge børn V. En serie i Ugeskrift for Læger: Hvad

950222A041 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om diverse. 17.

950222A042 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om diverse. 18.

950222A043 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om diverse. 19.

950222A044 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om diverse. 20.

950222A045 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Artikler om diverse. 21.

950222A046 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Rapportsamling fra arbejdsgruppen vedr. forebyggelse nedsa

950222A047 Fra sundhedsplejens bibliotek, artikler mm.: Rapportsamling fra arbejdsgruppen vedr. forebyggelse nedsa

950222A048 Materiale om møder i Vejle Amtskommune om Sundhed for alle år 2000.

950222A049 Avisudklip om sundhedspleje

950222A050 1. Orienteringsmateriale til sundhedsplejerskerne Vejle Amt 1989, artikler, pjecer, avisudklip mm. 1989

950222A051 2. Orienteringsmateriale til sundhedsplejerskerne Vejle Amt , artikler, pjecer, avisudklip mm. 1989

950222A052 3. Orienteringsmateriale til sundhedsplejerskerne Vejle Amt , artikler, pjecer, avisudklip mm. 1989

950222A053 1. Orienteringsmateriale til sundhedsplejerskerne Vejle Amt , artikler, pjecer, avisudklip mm. 1990

950222A054 2. Orienteringsmateriale til sundhedsplejerskerne Vejle Amt , artikler, pjecer, avisudklip mm. 1990

950222A055 1. Orienteringsmateriale til sundhedsplejerskerne Vejle Amt , artikler, pjecer, avisudklip mm. 1991

950222A056 2. Orienteringsmateriale til sundhedsplejerskerne Vejle Amt , artikler, pjecer, avisudklip mm. 1991

950222A057 1. Orienteringsmateriale til sundhedsplejerskerne Vejle Amt , artikler, pjecer, avisudklip mm. 1992

950222A058 2. Orienteringsmateriale til sundhedsplejerskerne Vejle Amt , artikler, pjecer, avisudklip mm. 1992

950222A059 Diverse kompendier

950222A060 Idemappe/Orientering 0-1,5 år

950222A061 Idemappe børn fra 3 - 5 år

950222A062 Idemappe 0. kl. 5 - 7 år

950222A063 Idemappe 4. klasse

950222A064 Idemappe 6. klasse

950222A065 Sundhedsundervisning - Børn med enuresis

950222A066 Sundhedsundervisning. Arbejdsstillinger/ Holdninger/ Skolemøbler I.

950222A068 Sundhedsundervisning. Arbejdsstillinger/ Holdninger/ Skolemøbler III

950222A069 Sundhedsundervisning - Kost/ Skolemad/ skoleboder

950222A070 Sundhedsundervisning - Handicappede børn

950222A071 Sundhedsundervisning - Børn med allergi

950222A072 Forebyggelse af ulykker

950222A073 Sundhedsundervisning - Handicappede børn.

950222A074 Sundhedsundervisning. Fodtøj

951123A001 Blindeskrift - alfabet

951123A018 Noter fra uddannelsesforløb ved Ribe Amts Sygeplejerskole.

951123A019 Noter fra sundhedsplejerskeuddannelsesforløb ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole v. Aarhus Universitet.

951123A020 Noter fra sundhedsplejerskeuddannelsesforløb ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole v. Aarhus Universitet.

951123A021 Noter fra sundhedsplejerskeuddannelsesforløb ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole v. Aarhus Universitet.

951123A022 Noter fra sundhedsplejerskeuddannelsesforløb ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole v. Aarhus Universitet.

951123A023 Noter fra sundhedsplejerskeuddannelsesforløb ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole v. Aarhus Universitet.

951123A024 Noter fra sundhedsplejerskeuddannelsesforløb ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole v. Aarhus Universitet.

951123A025 Noter fra sundhedsplejerskeuddannelsesforløb ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole v. Aarhus Universitet.

951123A026 Noter fra sundhedsplejerskeuddannelsesforløb ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole v. Aarhus Universitet.

951123A027 Noter fra sundhedsplejerskeuddannelsesforløb ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole v. Aarhus Universitet.

960325A002 Bodil Dyhre: Uddannelses- og autorisationspapirer mm.

970417A001 Behandlingsnotat, sundhedsplejerskens til barnet

970417A002 To notesbøger med en sundhedsplejerskes journaloptegnelser om familier på Vesterbro.

970925A001 Fortjenstmedalje, bevis

970925A002 Artikel af Else Weiergang i "Sund og Syg". Juli 1939.

970925A007 Avisartikler om sundhedspleje og sundhedsplejersker.

970925A008 Småpublikationer og -tryk om sundhedspleje.

970925A010 Manuskript om "Vurdering og vejledning med hensyn til sundhedsplejerskens arbejdsindsats".

970925A011 Foredrag om sundhedspleje og sundhedsplejersker holdt i 1938 og 1939.

970925A012 Manuskript til foredrag om sundhedspleje og sundhedsplejersker holdt efter 1950.

970925A013 Manuskript til foredrag om sundhedspleje og sundhedsplejersker holdt efter 1940.

970925A015 Foredrag om sundhedspleje og sundhedsplejersker, ukendt år og målgruppe.

970925A016 Radiosamtale mellem Else Weiergang og Svend Alkærsig om sundhedsplejersker og barnepleje 22. juni 1934.

970925A017 Manuskript til foredrag om sundhedspleje og sundhedsplejersker ca. 1934.

970925A018 Manuskripter til foredrag om sundhedspleje og sundhedsplejersker 1940-41 og 1955.

970925A019 Manuskript til foredrag om sundhedspleje og sundhedsplejersker ca. 1948.

970925A020 Manuskript til foredrag om sundhedspleje og sundhedsplejersker ca. 1940.

980316A002 Pjecer: Om små børn, til småbørnsfamilier.

980316A010 Artikler fra fagtidsskrifter mm.

980316A011 Love, cirkulærer, vejledninger mm.

980316A012 Tre avisudklip om sundhedspleje 1985-89.

980316A014 Sundhedsplejens 50 års jubilæum 1988: Sange mm.

980413A005 Materiale fra Sundhedsplejen i Helle kommune.

980515A001 Avisudklip

980615A002 Kvitteringer

980814A003 Blandet korrespondance vedr. Ph.D. projektet.

980814A005 Blandet korrespondance vedr. Ph.D. Projekt.

981008A107 Pjecer, Diverse

981008A108 Arbejdsdirektoratets oplysningskort

981008A110 Pjecer, særtryk og tidsskriftartikler, diverse.

981008A113 pjecer, diverse

981012A072 Opgave, Åndelig Omsorg, Bodil Aagaard Madsen

981012A076 Opgave, Åndelig Omsorg, "Helhedssynet på mennesket ..."

990323A018 Rapport om sundhedsplejerskens arbejde

991102A005 Maskinskrevet ark med "principper for Sundhedsplejerskearbejde".

991102A006 Hæfte om Kursus ved Aarhus Universitet for Sundhedsplejersker og for ledende og undervisende Sygeplejersker

991102A008 Hæfte: Studievejledning i den sociale lovgivning mm.

991102A011 Institut for Syge- og Sundhedsplejersker ved Aarhus Universitet: Jubilæumsskrift 1938-1963.

991102A014 Liste over alle sundhedsplejersker i Danmark 1948, fordelt på amter.

991102A015 Dokumenter om sundhedsplejen i Aarhus Amt 1945-68

991102A016 Beretninger om sundhedsplejerskernes virksomhed i Aarhus Amt 1962-64

991102A017 Statistikker og indberetninger fra sundhedsplejerskerne i Aarhus Amt 1944-62.

991102A022 Information om og fra sundhedsplejersken mm.

991102A025 Notesbog med håndskrevne noter fra undervisning i kemi, biologi og arvelighedslære.

991102A028 Dansk Røde Kors' materiale til kursus i Hjemmenes Syge- og Sundhedspleje. Kursuslederens Bog.

991102A030 Dispositioner til sundhedsundervisning, udarbejdet af Aarhus Amts sundhedsplejersker.
991102A034 Foredrag eller artikel om sundhedsplejerskens arbejde.
991102A040 Dokumenter om løn og pension 1946-65
991102A041 Dokumenter fra sundhedsplejens 50 års jubilæum 1987.
991102A044 Dokumenter fra undersøgelse af nordiske hjemmesyge- og sundhedsplejerskers arbejdsopgaver.
991102A045 Dokumenter fra undersøgelse af danske sundhedsplejerskers arbejdsopgaver.
991102A057 Pjecer, publikationer mm anvendt af sundhedsplejerskerne
991102A058 Pjecer, publikationer mm anvendt af sundhedsplejerskerne
991102A059 Pjecer, publikationer mm til forældre, børn og unge
991102A079 Vejledninger til sundhedsplejersken om udfyldelse af skemaer mm.
991102A080 2 forskellige kort til journalføring for sundhedsplejerske og læge.
991102A083 2 numre af Sundhedsplejersken 1979.
991102A085 Meddelelse til familierne om, at giver går på pension med omtale af den nye sundhedsplejerske, der tager
991102A087 Afskrift af en sygeplejeelevs rapport fra 2 dages observationsbesøg med sundhedsplejersken.
991210A051 Udstilling, tekster, A, Sygepleje / Skolesundhedspleje
991210A074 Udstilling, forarbejde, hjemmepleje og sundhedspleje (rum 11)
991210A110 Bygningsrenovering, tegning, hjemmepleje / sundhedspleje
991210A151 Kopi af transskriberet interview med Tove Christy om hendes uddannelse, internering i Stutthof 1943-45 o
sundhedsplejerske.
991223A002 Artikler om Lena Tidemand
991223A003 Avisudklip med artikler om Tidemand.

Bilag 3.: Mail fra Dansk Sygeplejehistorisk Museum

Den 27. mar. 2020 kl. 11.28 skrev Gunilla Svensmark <gs@dsr.dk>:

Hej Tanja

Vi undersøger altid materialets proveniens, altså Hvem? Hvor? Og Hvornår. Vi beder altid giver om at udfylde en blanket med disse oplysninger - og også at de er indforstået at de afgiver ejendomsretten til det.

Mere kan vi ikke gøre, og det er normal museumspraksis.

Venlig hilsen

Gunilla Svensmark
Specialkonsulent i sygeplejehistorie

gs@dsr.dk

[+45 4695 4161](tel:+4546954161)

[+45 2176 9995](tel:+4521769995)

Bilag 4.: Interviewguide

Briefing:	
	<p>Introduktion af alle - hovedinterviewer, bi interviewer.</p> <p>Forventet tidsramme for interviewet er ca. 30 min. Med din tilladelse optager vi interviewet via Zoom. Interviewet vil blive anonymiseret.</p> <p>Introduktion af specialet: Vi laver en historisk undersøgelse af SP indvirkning på moderskabet - og vi er nysgerrige på, hvordan nutidens mødre oplever denne kontakt....</p> <p>Vores tilgang er kritisk med fokus på diskurser - derfor vil vi have fokus på hvilken viden, der bliver talt ud fra.</p> <p>Begynd:</p>
Baggrundsspørgsmål:	
Sætte rammerne for interviewet	<ul style="list-style-type: none"> • Bor du sammen med faren til dit barn? • Hvad er din uddannelse? • Hvor gammel er dit barn? • Kan du huske første gang SP kom på besøg? • Hvordan oplevede du det? • Havde du gjort nogle forberedelse inden hun skulle komme? • Var du nervøs før besøget?
Forskningsspørgsmål:	Interviewspørgsmål:
<p>Hvordan træder den naturvidenskabelige diskurs frem i SP praksis i samtiden?</p> <p><i>Norm: det sunde barn</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hvilke ting oplever du SP har fokus på når hun er på besøg? • Har du haft nogle ting du særligt har haft brug for at drøfte med SP • Synes du det er vigtigt at dit barn bliver målt og vejjet? • Har du kunnet bruge dit barns vækstkurve til noget?

	<ul style="list-style-type: none"> • Har du ammet dit barn - hvordan er det gået? Hvis det var svært - kunne SP så hjælpe dig? <p>Hvis amning ikke lykkedes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fik du hjælp af SP i forhold til at give modermælksersstatning? • Fungerer det med flasken? •
<p>Hvordan træder den psykologiske diskurs frem i SP praksis?</p> <p><i>Norm: kernefamilien</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Er du blevet screenet af SP i forhold til dit psykiske velbefindende? • Har du talt med SP om mere personlige ting, der vedrører dig? • Hvordan gik det? • Har du oplevet at SP har overskredet dine grænser? • Har SP fokus på jeres familieliv generelt? • Kan du uddybe?
<p>Hvordan træder den økonomiske diskurs frem i SP praksis?</p> <p><i>Norm: barnet som investering</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Synes du, at den vejledning som SP kommer med er vigtig? • Har du selv undersøgt ting i forhold til dit barn - uden at inddrage SP i det? • Er der noget der har været svært i mødet med SP? • kan du uddybe det? • Bruger du Sundhedsstyrelsens vejledninger om småbørn? • Har du oplevet en konflikt mellem det SP anbefaler og hvad du selv har gjort i forhold til dit barn? • Hvis ja - var det noget du talte med SP om?

	<ul style="list-style-type: none"> •
Hvorledes indvirker SP på moderskabet i samtiden?	<ul style="list-style-type: none"> • Var du klar over, at SP er et frivilligt tilbud? • Havde du overvejelser om at afslå tilbuddet? • Hvad forventede du SP kunne hjælpe dig med? • Synes du, generelt at dine forventninger er blevet mødt? •
Debriefing:	
	<ul style="list-style-type: none"> • Er der mere du vil sige inden vi afslutter interviewet? • Hvordan oplevede du det var at blive interviewet omkring din oplevelse af SP • Mange tak fordi du havde lyst til at være med! • Hvis du har lyst til at læse specialet, så kan vi sende dig en kopi når det er færdigt.

Bilag 5.: Interview med Janni

T: *Så er vi i gang med at interviewe. Janni lige for at starte med en lille briefing, så hedder jeg Tanja, og jeg vil være hovedintervieweren og min skrivemakker, det er Louise, hun vil fungere som bi-interviewer. Så Louise er med på sidelinjen og det kan være, at hun til sidst i interviewet lige vil have nogle opfølgende spørgsmål. Vi forventer at tidsrammen er max. tredive minutter, det forsøger vi virkelig lige og ikke at gøre det alt for langtrukket*

J: Ja. Det er så fint.

T: *Det var godt. Så tænker jeg, det kunne være rart måske, at du lige ved, hvad det er vi har gang i med vores speciale. Så sådan ganske kort, så er vi i gang med at lave en historisk undersøgelse af sundhedsplejerskens indvirkning på moderskabet. Det har vi gjort med sådan at tage nedslag i tre tidsperioder, bl.a. samtiden selvfølgelig og det er derfor, at vi rigtig gerne vil have nogle interviews med førstegangsmødre for at få sådan en mere direkte indgang til det her undersøgelsesfelt. Og vores tilgang i specialet er, at vi har en lidt kritisk tilgang med teori fra Foucault, han er jo altid rigtig god og så er det meget omkring diskurser, så vi vil ikke så meget have fokus på sådan... din livsverden som mor ind i det her møde med sundhedsplejersken, men mere den viden du taler ud fra og som sundhedsplejersken potentielt taler ud fra. Det er sådan mere diskursivt vi er interesseret i og selvfølgelig også i din oplevelse.*

J: Må jeg spørge om noget? Jeg er ikke lige sikker på, at jeg helt forstår diskursiv.

T: *Nej. Det er den teori og metode vi har valgt. Det er simpelthen den viden, der bliver talt ud fra. Altså, er det en naturvidenskabelig viden, er det psykologisk, er det... det er egentligt for at få indblik i, hvad er det, der er på spil i den relation der med sundhedsplejersken. Så det håber jeg, giver mening?*

J: Ja. Det gør det.

T: *Så vil vi egentlig bare gå i gang med lige lidt baggrundsspørgsmål og du afbryder selvfølgelig bare, fordi nu skal jeg bare lige sådan i gang og så får du lov til at tale. Men vi kunne rigtig godt tænke os at høre, om du bor sammen med faren til dit barn?*

J: Det gør jeg og lige nu bor vi i en lidt underlig konstellation. Nu bor vi også hjemme hos min familie faktisk, det har vi gjort siden jul, fordi vi gerne vil flytte ud af en kolonihave, så vi er lidt sådan flere generationer under samme tag.

T: *Ej, hvor hyggeligt.*

J: Ja. Så jeg bor sammen med barnets far.

T: *Ja. Og så kunne vi tænke os at høre, hvad din uddannelse er?*

J: Jeg har en bachelorgrad, en professionsbachelor i friluftsliv fra Aarhus universitet.

T: *Ej, hvor spændende. Hvor gammel er dit barn og er det en dreng eller en pige?*

J: Jamen, Karl er født 24. juli og ja, det er en dreng.

T: *Ja. Okay. Så kunne vi godt tænke os at høre, om du sådan kan huske allerførste gang sundhedsplejersken var hjemme hos jer? Og hvordan du oplevede det, det første besøg?*

J: Ja... jamen, det var ikke et særligt positivt besøg.

T: *Nej.*

J: Og vi kunne ikke få besøg på vores... der hvor vi egentlig boede, fordi vi boede i kolonihave og der kunne vi ikke få besøg, så vi kunne kun få besøg på vores folkeregisteradresse og der bor vi jo ikke og der var vores søn. Jeg tror, han var sådan fire dage gammel eller sådan noget, så det var sådan det første, at vi skulle flytte hen til det her sted. Det var så min onkel, der bor der... men det er jo fint nok, det var jo bare ikke vores hjem og den der lille baby og der havde været lidt frem og tilbage med sygehuset og sådan, så det var der bare ikke brug for. Og så var det en eller anden... så var det... det var bare ikke et særligt positivt møde. Hun var ikke særlig imøde. hun var ikke sådan som jeg havde håbet en sundhedsplejerske var.

T: *Nej. Så hun levede ikke lige helt op til den forventning du havde?*

J: Slet ikke faktisk.

T: *Nej. Okay. Kan du uddybe? Altså, var der et eller andet specifikt over det her med, at det skulle være...*

J: Det var simpelthen et manglende engagement. Altså set fra vores perspektiv, ingen... Hun var bestemt ikke sprudlende, hun mere sådan grå og lidt sur. Og var meget sådan bestemt og der var ikke, jeg tror ikke hun smilede en gang, der var ikke noget, sikke en fin søn, I har fået... meget sådan... jeg tænkte, du har haft en dårlig dag, du skulle ikke have været på arbejde, kan jeg huske jeg tænkte og det er bare også derfor, jeg sagde ja til at I gerne måtte, fordi jeg tænkte, det er bare enormt vigtigt... et enormt vigtigt erhverv, eller sådan.

T: *Helt sikkert.*

J: Så det var, jeg tror det var følelsen af manglende engagement og hun spurgte indtil, hvor mange våde bleer er der, hvordan går det med amning, men lidt mere en kontrollerende måde end en lyttende måde.

T: *Okay.*

J: Så jeg følte ikke at jeg blev set på som mor. Hvor er Janni henne i sin morrolle og hvordan kan jeg bedst støtte hende? Det var mere, vi skal lige kontrollere her, at alt er som det skal være.

T: *Ja.*

J: Og så lidt... også at hun så bare siger det, der også står i de pjecer, man også får. Man føler lidt, at hvor man tænker, hvad skal jeg med det her? Ja.

T: *Okay. Havde du gjort dig nogle... kan du huske, om du havde gjort dig nogle forberedelser inden hun kom? Altså sådan... og følte du, at du var nervøs inden besøget?*

J: Nej, jeg var ikke nervøs, men jeg tror jeg havde forventet en person, som mere måske var lidt mere observant og lyttende og måske ville mere spørge ind til, hvor jeg var og hvor min kæreste måske var. Og som mere, jamen det ved jeg ikke, sådan mere prøvede at observere os i den her nye familiekonstellation... for ligesom at, man havde ikke følelsen af at hun prøvede at danne sig et billede af hvor vi var, alle tre. Hun var bare mere sådan rutine bare... lidt sådan fabriksagtigt... og det havde jeg bare aldrig

forestillet mig at hun ville være. Jeg troede, at hun ville være meget mere sådan følsom... følelsesladet det er måske forkert, men mere sådan personlig. Det havde jeg nok ønsket, at der havde kommet den her kæmpe moder, som favnede alle nybagte mødre i verden og så virkelig bare se, hvor jeg var og stille mig de rigtige spørgsmål og sådan noget. Det formåede hun ikke.

T: *Også det der med, hvis Karl kun var fire dage, man er jo. Det er jo en meget sårbar situation, I er i der oven på en fødsel også.*

J: Ja. Og det ville så... nu ved jeg ikke, om jeg kommer til at springe i nogle af de andre spørgsmål, men vi har jo haft tre forskellige sundhedsplejersker i løbet af de få besøg, vi også har haft. Hun var jo så en, der åbenbart kun tog ud i weekenderne, det var en lørdag. Så hende kunne vi så ikke have fremadrettet. Så det var vi jo så egentlig glade for, indtil det så, ja så den næste, hende kunne vi så, det var det med, at de ville have vi skulle komme ind på den adresse. Selvom jeg også ringede og snakkede med dem flere gange og prøvede at forklare også, at det er jo ikke her vi... vi bor jo ikke her, vi bor fem minutter i bil herfra. Nå så det var, ja, men det er lidt noget andet jo, men sådan. Det var i hvert fald første møde der.

T: *Vi kunne godt tænke os at høre om hvilke ting, du har oplevet at sundhedsplejersken har haft fokus på, når hun har været hos dig og Karl?*

J: Ja. Jamen det har bare været, jamen igen, lidt de der ting, der kan måles og vejes synes jeg... Hvad vejer han, kigger han? Kan han lige få øjenkontakt og kan han de der motoriske ting. Altså er han tilbagestående eller sådan? Men igen, jeg har ikke følt, at de har... de har ikke spurgt indtil hvordan. Jo, så, anden eller tredje gang så tikker man af i det der skema. Nå, har du været meget ked af det? Men helt ærligt, man kan sætte et kryds lige hvor man ved, det skal sættes, ik? Og spørger lige over skulderen min kæreste: nå men du ser ud til, at du har det meget godt, er det ikke også rigtigt? Det er i hvert fald ikke, hvis man vil fange nogen op med en fødselsdepression, så fanger man helt sikkert dem, der er hårdt ramt, men der er kæmpe mellemgruppe du ikke overhovedet kan få fært af, tænker jeg. Så jeg tror bare, at jeg har savnet hele vejen igennem, det der... en der faktisk prøvede at se lidt igennem det, der kan måles og vejes, ik. Også fordi, jeg faktisk gerne ville have hjælp på et tidspunkt. Altså, der var noget som var svært for os, hvor man bare følte, man fik de spørgsmål, eller svar som man selv googlede sig frem til, eller fik nogle svar som man ikke kunne bruge, fordi det stred imod der, hvor jeg faktisk stod. Ja, men jo en sød kvinde vi er endt op med at have, men jeg mangler lidt, at hun egentlig spørger indtil de rigtige ting... det er jo ikke fordi hun skal give mig de svar, jeg gerne vil høre - i forhold til for eksempel samsøvning, eller om man skal sove i sin egen seng, men det er mere, jeg synes hun mangler at lytte til, hvor jeg står.

T: *I forhold til det du selv nævner, at det er sådan meget omkring, måles og vejes, kan han det... Så kunne vi godt tænke os at høre, om du sådan har... synes du, det er vigtigt det der med, hvordan den fysiske... er det vigtigt for dig at få ham målt og vejjet, når hun så er der? Er det noget du sådan. nå nu skal han måles og vejes, gad vide hvordan væksten er.*

J: Jeg tror, nej det er det egentlig ikke, fordi jeg har været meget tryk i min mor, altså siden han kom ud, så har jeg været meget tryk i min rolle som mor. Og der er jeg jo også bevidst om, at det er der jo måske rigtig mange mødre som ikke er helt samme, det faldt mig bare meget meget naturligt. Jeg tror... jeg ved der er der nogle andre, der har lidt mere brug for den del også måske... og psykisk har jeg egentlig heller ikke haft brug for støtte på den måde... så selvfølgelig er det vigtigt, at man tjekker op, men jeg synes ikke, at det er. Altså det kan man jo, meget af det de gør, det kan man jo se altså... Og jeg... det var tredje gang vi havde besøg af sundhedsplejersken, der var vores søn vækstkurve faldet. Han var en kæmpe baby, så den var faldet og det hun ... og der har jeg faktisk haft ringet til hende og spurgt om ammevejledning, fordi han ikke ville amme og han havde en periode, hvor han bare skreg, så jeg var ligesom, hvad fanden skal jeg lige gøre, så der havde jeg faktisk brug for hjælp. Jeg kan huske, at hun gik ud ad døren og så sagde hun: ej men jeg henviser jer lige til egen læge og så skal I til kontrolvejning om en måned. Og jeg kan bare huske, at jeg var... der blev jeg jo enormt påvirket, fordi jeg tænkte: shit! Så vejer han ikke nok og gør jeg nu noget forkert, så der kunne jeg godt have tænkt mig, at hun ringede et par dage senere og spurgte, hvordan går det lige med den amning? Skal jeg lige kigge forbi igen, nu hvor han var så urolig sidst jeg var der? Så kan det være, jeg lige bedre kan hjælpe jer, at hun ligesom... fordi jeg synes det var meget synligt, da hun var der til besøget, at det ikke lige fungerede... at hun havde prøvet at ringe og sådan...

T: *Så i forhold til det med amning, kom det op at køre igen, ved din egen?*

J: Det gjorde det, ja. Mit eget instinkt, mit eget, ja det gjorde det. Og det kører stadigvæk. Det var lige dér, hvor jeg havde brug for hende.

T: *Så du følte egentlig ikke, at hun mødte dig, der i den der, at det var svært en overgang at få gang, eller blive ved med at amme, eller hvad skal man sige?*

J: Nej, der mødte hun mig ikke. Der tænker jeg, at der ville den sundhedsplejerske, jeg havde forestillet mig være mere. Lige have opfanget hvad Janni har lige brug for, at jeg slår på tråden i løbet af de næste fire dage. Og det handler jo om en intuition, en menneskelig intuition, som jeg bare går ud fra, at man besidder i sådan et erhverv, tror jeg.

T: *Ammer du kun, eller har du også haft brug for at flaske?*

J: Kun amning. Men det er fordi, det har jeg valgt. Sundhedsplejersken hun har snakket om, altså, hver gang jeg har nævnt, det var lidt svært, så har hun bare liges slynget den med flasken ud. Og jeg er sådan her, det er jeg bare slet ikke, det sidder bare inde i hovedet. Rigtig meget i mig, og det har jeg sagt og så er det også en af de ting, hvor jeg tænker, jamen du hører ikke, hvad jeg siger, for så ville du ikke komme med de forslag. Ja.

T: *Du var lidt inde på det tidligere, men det der med at du var blevet screenet eller hvad man kalder det i forhold til dit psykiske velbefindende. Har du i den forbindelse, generelt talt med sundhedsplejersken om mere personlige ting, omkring dig og hvordan du havde det? Eller har det?*

J: Nej. Nej, det har jeg faktisk ikke. Og det er ikke fordi jeg ikke, det har jeg egentlig nemt ved at tale om også med andre, men det har bare ikke lagt op til det. Jeg tror ikke jeg har følt et behov for det. Ikke overfor hende i hvert fald, hvis der har været brug for det. Den rolle har hun ikke taget til sig, hvis det havde været en mulighed, eller hvad kan man sige.

T: *Er det noget, du har manglet, synes du? I den kontakt der?*

J: Nej, fordi jeg har den i rigtig mange andre relationer, men jeg tror bare, at det er enormt vigtig ting at kunne som sundhedsplejerske også... fordi der er jo rigtig mange kvinder, som måske ikke nødvendigvis kan tage den snak med sin egen mor, eller egen søster eller hvad ved jeg, som faktisk har brug for den her, der kommer udefra. Så jeg tænker, at det er enormt vigtigt, at man føler man kan det.

T: *Oplever du, eller har du oplevet, at hun nogensinde har overskredet dine grænser?*

J: Om hun har overskredet mine grænser?

T: *Ja.*

J: Det føler jeg jo faktisk, hun har.

T: *Ja. Kan du uddybe, har du nogle eksempler på det?*

J: Jamen, det var den her gang med, hvor han skulle kontrolvejes. Jeg kan ikke huske, om han var to måneder eller sådan noget, det føltes som en overvågning eller en sådan, og så igen det der med. Jeg har bare lige vejet ham, jeg har egentlig ikke rigtig set på, at han er sindssygt fremmelig motorisk og at han egentlig bare er glad det meste af tiden, altså du ved, det blev mere: hvad skal vi? Hvad med alt det andet? Tæller det slet ikke? Jeg følte, der gjorde hun i hvert fald noget, der påvirkede mig enormt meget. Det gjorde jo så også, at hvis han så ikke lige ville amme, så tænkte jeg sindssygt meget over det, i stedet for som jeg altid har gjort. Nå så prøver vi igen om fem minutter. Og det var jo noget, hun havde sat i gang, de der negative tanker, dem havde jeg jo ikke haft før. Så også overskride grænser, det tror jeg, altså det er selvfølgelig. men det tror jeg vi har problemer med, at han er meget urolig om natten, og jeg går ind. Jeg synes det er dejligt, at man sover sammen med sit barn, indtil barnet er, ja. Og hun har, siden han ikke var særlig gammel, snakket om, at det var vigtigt, at han fik sin egen seng og sådan noget. Og det har hun lidt bare sådan sagt, jamen sådan og sådan og sådan, og når han er seks måneder, så behøver han ikke at amme mere om natten, det kan I bare stoppe med. I stedet for først at spørge indtil: hvordan gør I hjemme hos jer Janni? Okay, jamen så kunne man, du ved lige høre, hvor jeg står. Hun siger de her ting først, man kan læse i en pjece og så bagefter siger jeg, hvor jeg står og så kommer hun ikke med nye indspil, så er det bare stadigvæk, ej men jeg synes virkelig, I skal prøve at putte ham i hans egen seng. Og igen så føler jeg mig ikke mødt eller hørt, det er mere sådan det. Og jeg bliver lidt irriteret på hende. det er jo det. Det kan du nok høre ikke, altså sådan, jeg stiller mig jo lidt på bagbenene, når jeg ikke bliver hørt. Jeg tænker, du skal ikke bestemme om mit barn skal sove i en tremmeseng. Dermed ikke sagt, at hun kunne få mig til at tænke, måske er den en god idé at prøve den der tremmeseng, men det er jo ikke det hun får

mig til at tænke... hun får mig til at tænke, det skal du ikke bestemme. Kan du følge mig?
Giver det mening?

T: *Ja. Hvordan sådan med generelt fokus på jeres familieliv? Altså som familie, jer tre. er det noget, hun har haft fokus på?*

J: Nej. Nej. Kun den ene gang der hvor hun spurgte Lars over skulderen og mig lige sådan. ellers ikke faktisk...

T: *Så kunne vi godt tænke os at høre lidt omkring, hvad du sådan har syntes. om du synes den vejledning sundhedsplejersken har kommet med, om den er vigtigt? Altså du nævner det her med, at du lidt tænker eller føler, at hun snakker ud fra en vejledning, som du selv måske har hjemme eller har læst. tænker du, at hun er kommet med andet til bordet, som har været vigtig?*

J: Jeg ville jo ønske, jeg kunne sige ja, men det har hun ikke. Det har hun desværre ikke.

T: *Hvordan har du selv så haft det? Har du selv undersøgt ting i forhold til Karl uden at inddrage sundhedsplejersken, hvor du sådan har tænkt, det finder jeg lige ud af på Google eller spørger andre eller.*

J: Ja. Det synes jeg, vi har. For eksempel når han skulle begynde at spise selv, der ville vi gerne at han spiste mest muligt selv, og det favnede hun ikke. Hun var i hvert fald fortaler for grød og man skulle made baby og vi havde jo prøvet lidt og det virkede bare ikke, så tænkte vi fint, så kan han få lov til at spise selv og amme for resten og jeg tænker, det er der jo så mange der gør, så der kunne hun godt lige have tænkt, der kunne hun godt have sagt, det er fint, I vælger den metode, så skal I være opmærksom på sådan og sådan, ik? Det kunne man jo også have sagt. Så der har jeg jo selv måttet ind og undersøge, for det vidste hun ikke noget om...

T: *Okay. Er der så noget. Nu har du været omkring det, men er der noget, du synes har været særligt svært i mødet med sundhedsplejersken?*

J: Jamen det har været, ja, jeg har været inde på det før, men det var den der periode, hvor han havde tabt lidt fedt. Og hvor jeg, ja, det synes jeg var så svært og helt. det var vildt hårdt faktisk. Det er jo længe siden nu, hvor han var tre-fire måneder men få sundhedsplejersketjek og så lægetjek og så i øvrigt overhovedet ikke samtaler, det er fuldstændig åndsvagt og de kører to forskellige vægtkurver, det giver jo ingen mening, det gør det faktisk ikke. Og lægen, han var så også faldet på lægens vægtkurve og så græd han lige den dag... altså pga. noget sundhedsplejersken havde sagt til lægen, så skulle vi akut på børneafdelingen, som bare sendte os hjem og sagde han fejler absolut ingenting; sund og rask dreng og det bedre at være på den sikre side, det ved jeg godt. Men det blev bare lidt sådan. Han fejlede ingenting, i stedet for at se på hans almene tilstand, i stedet for bare og se på hans vægt altså, men jeg følte jo, det var jo lidt noget hun havde sat i gang. Hun blev ved med at kredse omkring den vægt og da han så havde taget på, gangen efter vi skulle se hende, så nævner hun slet ikke den der vægt. Det er ikke noget med sådan, nå men han har godt nok taget to kg på siden sidst. Min kæreste sagde, hun havde da vidst lige glemt, at det var os med det der væggtab. hvor jeg tænker, ja, så det...

T: *Ja. Så det har fyldt lidt, det der.*

J: Ja. Det har fyldt, jeg var meget sikker i min moderrolle og så pludselig kommer der en og siger, der er et eller andet, du gør forkert, dit barn taber sig. Uden at følge op på det. Det. ja.

T: *Så vil vi egentlig sådan høre, om du var klar over inden sundhedsplejersken kom, at det egentlig er et frivilligt tilbud? At det ikke er noget, man skal tage imod.*

J: Nej jeg troede faktisk, at man skulle have de her, og jeg tror måske ikke næste gang, at jeg vælger det. Jeg ved det ikke, jeg har jo også mange veninder, der har været rigtig glade for det og hun er jo som sagt sød, hende vi har nu. Men jeg ved ikke helt, hvad man skal bruge det til.

T: *Nej, fordi når du siger det, så kunne vi egentlig godt tænke os at høre, hvad forventede du egentlig at sundhedsplejersken kunne hjælpe dig med.*

J: Jamen jeg forventede, at hun havde, at hun så, at hun var mere, at hun spurgte mere ind og at hun med sin mange års erfaring var god til ligesom at se, hvor jeg var som mor og hvor min søn var og måske lige komme med de der gamle husmorråd. De der ting man ikke lige kan læse i en pjece og sige, har I overvejet det? Og prøv lige med en halv nisseøl til aftensmaden, det kan være, det hjælper lidt på amningen. Jamen sådan noget havde jeg forestillet mig, ikke også? Men han skal sove i egen tremmeseng, altså det der med at spørge indtil hvor er forælderen, hvordan gør du? I stedet for at sige det er vigtigt, at der er fem våde bleer om dagen, hvor mange bleer har I. Så lige vend spørgsmålet om – okay, hvor mange våde bleer har han? Det er fint hvis han, eller, der tænker jeg også, som nybagt mor, der hører du alt, også når hun sagde fem. Hun sagde et tal og så sætter det sig fast i hovedet ikke. Det er enormt vigtigt, at de vægter deres ord og det er enormt vigtigt, at de, ja det er virkelig vigtigt. Bare en forkert sætning, der bliver misforstået eller et eller andet sætter sig jo fast, når du er så, på gyngende grund lige i starten, ik? Så særligt med førstegangsfødende, selvom jeg jo virkelig føler, jeg hviler og har hele vejen igennem hvilet i min morrolle, så skal der jo ikke meget til at man bliver sådan, ej, gør jeg nu noget forkert... når der er en, der kommer og prikker lidt, ik?

T: *Lige præcis... bliver usikker.*

J: Ja. Men en som, selvfølgelig skal de måle og veje og se om barnet skeler, men være lidt mere sådan, lige præcis det her barn, hvor er det lige nu og hvad kan man lige præcis og sådan og sådan. I stedet for bare at nå men mellem tre og seks måneder så skal I lave de her lege i den her pjece, ik? Det er lidt, ja, jeg taler ud fra der, hvor vi står og det kan være der er rigtig mange, der synes, det er rigtig fint sådan, som det er. Men jeg var skuffet. Vi har været skuffet begge to også min partner.

T: *Janni nu er vi faktisk nået igennem sådan de der mere standardiseret spørgsmål, vi havde og så vil vi egentlig bare høre, om du har mere du vil sige, frem med?*

J: Nej, men det er da et enormt vigtigt projekt i er i gang med. Der er mange erhverv der er vigtige, men det er da vildt vigtigt at tage vare på de kvinder, der sætter børn til verden. Både også for at fange dem, der ikke nødvendigvis har brug for hjælp, som er

velfungerende, der er det også vigtig og lige sådan, ja, det der med at lytte til moderen og komme med alle sine, han skal tage sådan og sådan på uge til uge. Ej jeg ved ikke. I kan nok godt høre, at det ikke er sikkert, at jeg vælger en sundhedsplejerske næste gang.

T: *Det er første interview det her, så vi kunne godt tænke os at høre, hvordan du har oplevet det her interview og særligt også fordi det er via Zoom, så det er sådan lidt en anden konstellation, end hvis vi havde gjort det personligt.*

J: Jeg synes, det fungerede rigtig fint. Og rigtig fint det der med, at der er en bi-interviewer som noterer undervejs, så du ikke også skal sidde og, det fungerer rigtig fint.

L: *Jeg har lige en ting. Jeg synes jo, det er dejligt at høre, at du mærker en naturlig connection med din morrolle. Og så er jeg bare nysgerrig på, når I har tre sundhedsplejersker, om du så her, når han snart er ved at være et år gammel, om sundhedsplejen så har bekræftet dig og støttet dig i din naturlighed og din intuition, med de skift, I har haft og det også har været svært nogle gange, når du sådan kigger tilbage over hele perioden, synes du så hun har været en støtte for dig?*

J: Nej. Jeg tænker at, altså jeg har fået meget mere hjælp af min svigermor og min mor end jeg har af sundhedsplejersken. Det har jeg simpelthen.

L: *Så det er dem, der simpelthen har fået dig back to center på en eller anden måde?*

J: Hvis jeg har været ked af et eller andet sundhedsplejersken har sagt... så har jeg godt sådan vidst, at det skulle jeg bare sådan lade ligge, men det har begge vores mødre været ind over.

L: *Men dejligt, at du så stadigvæk står fast og mærker det, der er rigtigt for dig. Det tror jeg er rigtig vigtigt.*

J: Jeg tror, det er der, vi var ikke et helt godt match. Hun ville gøre tingene... jeg kunne godt mærke, at hun havde selv børn, de har i hvert fald ikke samsøvet. Det kunne man godt høre. Jeg tænker bare, at det må man som sundhedsplejerske være åben over for. Så der har jeg stået fast på mig selv. På det der føles rigtigt. Det tror jeg hele tiden, jeg har gjort. Det, der føles rigtigt, er det rigtige ni ud af ti gange i hvert fald.

T: *Louise har du mere ?*

L: *Nej, det var bare lige det.*

T: *Janni, så vil vi bare sige tusind tak, fordi du ville være med og hvis du har lyst til at læse specialet, når det er færdigt, så kan vi sende en kopi til dig.*

J: Det må I meget gerne. I er velkomne til at tage kontakt, hvis der er noget efterfølgende.

Bilag 6.: Interview med Mette

- T: *Jeg hedder Tanja, og jeg vil være hovedinterviewer og min skrivemakker, Louise, hun vil fungere som bi-interviewer og vil være på sidelinjen og kan eventuelt supplere med uddybende spørgsmål, til allersidst i interviewet. Det vil være mig, der lige sådan står for det nu. Tidsrammen er ca. tredive minutter og så med din tilladelse, har vi fået lov til at optage lyden i Zoom.*
-
- M: *Ja.*
-
- T: *Og så vil vi lige informere om selvfølgelig, at interviewet det bliver anonymiseret, når vi transskribere osv. Og så vil vi egentlig bare lige kort præsentere specialet for dig, så du lige ved, hvad det er vi taler ind i. Og vi laver jo en historisk undersøgelse af sundhedsplejerskens indvirkning på moderskabet og derfor er vi jo så nysgerrige på, hvordan nutidens mødre oplever denne her kontakt med sundhedsplejen. Vores tilgang i specialet, den er kritisk med særligt fokus på diskurser. Og det er sådan meget i forhold til, hvilken viden sundhedsplejersken taler ud fra og egentlig også hvilken viden og sandhed, du taler ud fra, som mor. Så det vil være meget det, vi egentlig har fokus på efterfølgende i vores analyse af interviewene. Er der nogle spørgsmål til det, jeg lige har fortalt?*
-
- M: *Nej, altså når I siger sundhedsplejen, er det så kun sundhedsplejerskerne, som kommer på hjemmevisit eller er det også sundhedspersonale på hospitalet?*
-
- T: *Nej. Det er den sundhedsplejerske, der kommer hjem til dig.*
-
- M: *Okay.*
-
- T: *Det er den relation, eller den kontakt vi er interesseret i, ja.*
-
- M: *Ja.*
-
- T: *Godt, Mette, så starter jeg lige med nogle baggrundsspørgsmål. Og vi kunne godt tænke os at vide, om du bor sammen med faren til dit barn?*
-
- M: *Det gør jeg.*
-
- T: *Det gør du. Og hvilken uddannelse har du?*
-
- M: *Jeg er socialrådgiver.*
-
- T: *Ja. Hvor gammelt er dit barn nu?*
-
- M: *Han er lige knap seks måneder.*
-
- T: *Ja. Så for lige at komme i gang med interviewet så kunne vi godt tænke os at høre, om du kan huske første gang sundhedsplejersken var hjemme hos jer? Allerførste gang.*
-
- M: *Ja. Det kan jeg godt huske.*
-
- T: *Hvordan oplevede du det?*
-
- M: *Jamen selve besøget var godt. Jeg synes man var... jeg var lidt nervøs op til. Fordi at som førstegangsmor, så ved man jo ikke altid, hvad det er man laver. (griner) Det kan i hvert fald godt føles sådan.*
-
- T: *Ja.*

- M: Så det føles lidt ligesom sådan et... et tjek besøg på en eller anden måde, at der kommer en professionel, som lige tjekker, om alt er, som det skal være. Så man kan sige, det er virkelig rart, fordi man føler, man famler i blinde, men samtidig så er det også lidt nervepirrende, fordi hvis man nu ikke gør det godt nok... Det vil man jo ikke. Det er der jo ingen mødre, der vil.
-
- T: *Havde du gjort dig nogen forberedelser, den dag, inden hun skulle komme. Havde gjort et eller andet, du ellers ikke lige har gjort?*
-
- M: Nej.
-
- T: *Du tog det i stiv arm?*
-
- M: Det synes jeg, fordi at jeg havde så mange efterfødselsgener, at det... så er det ikke det, man går op i. Jeg lavede en kop kaffe, men det tror jeg, jeg ville gøre til alle. Så det ved jeg ikke, om det er noget særligt... Og så tror jeg faktisk... så vidt jeg husker, så havde vi lidt travlt den morgen der, fordi, at den unge mand faktisk havde sovet lige op til. Så jeg tror, at det var lige sådan at kaste noget tøj på agtigt...
-
- T: *Ja. Hvilke ting oplever du, de gange sundhedsplejersken har været hos jer, hvad har hun haft fokus på? Sådan mest fokus på?*
-
- M: Jamen det er svært, for jeg synes, at det har været et forskelligt fokus, hver gang hun har været her. Så jeg synes, den første gang, der var det selvfølgelig meget med amning og om det fungerede og om August tog på i vægt og om han havde gulsot og om... ja, hvad kan man sige, altså sådan de helt.
-
- T: *Sådan basale?*
-
- M: Basale, ja. Basal trivsel på en eller anden måde og så gangen efter, så var det mere sådan om så var der lidt mere motorik på, kunne han sådan holde øjenkontakt og også med, hvordan vi havde det som forældre. Det synes jeg, hun havde stort fokus på, både hvordan min kæreste havde det og hvordan jeg havde det, i rollen... Og gav fif til hvordan man kunne underholde ham, ja vejledning om D-dråber. Han havde noget smuds i sine øjne, jeg synes egentlig hun var meget god til sådan at berolige. Altså vi havde altid skrevet tusind spørgsmål ned, så for os har det fungeret ret fint med, at vi kunne skrive alt det ned vi sådan gik og gumlede på og så kunne vi ligesom få afløb for det ved hendes besøg.
-
- T: *Ja. Hvad kunne det som eksempel være, I havde skrevet ned på forhånd?*
-
- M: Jamen altså som førstegangsmor, hvis man er bare lidt nervøst anlagt, så kan det være alle mulige mærkelige ting. Altså så kan det jo være en dag hvor man synes, at man ikke har holdt nakken ordentligt... jamen har jeg så brækket nakken på ham. Han har haft ondt i maven, hvad kan vi gøre for det? Jeg synes ikke, han holder øjenkontakt, altså, ja han spiser ikke rigtigt ved brystet... ja. Sådan nogle ting.
-
- T: *Ja. Det du snakkede om før med den her sådan basale trivsel. Synes du selv, at det har været vigtigt at få den, når sundhedsplejersken har målt og vejjet ham... er det noget du sådan har set frem til eller?*
-
- M: Ja, ej det er helt klart. Altså det er jo et pejlemærke i forhold til, om han spiser det, han skal og om han vokser det, han skal. Så det har helt klart været noget, vi så frem til og

vi også, det har været fedt, når hun har været der, så har vi sådan lige sendt en sms ud til familien om at... så nu vejer han det og nu er han så stor og hold da op... meget kan der ske på fjorten dage.

T: *Ja. Så I har forholdt jer sådan løbende til denne der vækst, altså, at han har taget på og sådan?*

M: Ja. Jeg synes faktisk, at det har været, fordi nu er vi jo i coronaperiode, hvor at de her besøg jo har været fraværende, i hvert fald i fysisk form og det synes jeg har været svært, fordi så står man... det føles som om man står meget på bar bund og den der tjekliste, eller hvad man skal sige. den hjælpende hånd, den er der ikke på samme måde. Altså selvfølgelig, vi har jo haft telefoniske samtaler med vores sundhedsplejerske, men er er jo ikke det samme, som når hun kigger på, hvordan han bevæger sig og hvordan han kigger rundt i lokalet og hvordan har griner og hvordan kontakten er mellem os og ham. Hele den del den misser hun jo, plus vægt og måling. Det er jo også fraværende. Så det synes jeg faktisk har været svært. Så har vi jo selv prøvet, men når det ikke er, når vi har en badevægt, så er det bare ikke lige så præcist overhovedet, så jeg har tydeligt kunnet mærke en forskel på altså... det fravær, der har været. Og den hjælp, det har været lidt nervepirrende, også fordi man ikke bare har kunnet kommet til lægen og få ham undersøgt, vejet eller kigget på.

T: *Hvordan Mette i forhold til amning, er det noget sundhedsplejersken har været inde over, eller har det kørt?*

M: Ja. Det har hun faktisk. Men, det er der hvor, fordi jeg havde problemer i starten med, at han ikke sugede rigtigt. Og så har jeg været på smertestillende i starten og det gjorde jo, at jeg ikke kunne mærke det, at han faktisk sugede helt forkert. Så det var først, da jeg hoppede ud af det smertestillende, at jeg så havde sindssygt ømme brystvorter, så jeg faktisk tudbrølede hver gang, jeg skulle amme. Og der synes jeg, det var svært, for der havde jeg fået tusindvis af forskellige rådgivninger inde fra hospitalet af. Vi var indlagt i fem dage... fire dage, bagefter. Fordi det var en svær fødsel. Og så komme hjem og så få en sundhedsplejerske, som har endnu en holdning til, hvordan at det her kan gøres lettere og det synes jeg var svært... for der er det meget tydeligt, at der sådan er forskellige overbevisninger i forhold til ammerådgivning og jeg tror egentlig, at det er meget individuelt, hvilke metoder fungerer til forskellige mødre altså. Min sundhedsplejerske havde en meget naturlig tilgang til det, at man sådan nærmest skulle lade baby kravlet op på maven og så finder baby selv brystet, så sutter baby bare helt naturligt og det gjorde baby bare ikke. Jeg fik nærmest et lemlæstet bryst, fordi han bare sad og hakkede ned i ... så lige den rådgivning kunne jeg ikke bruge til en skid altså...

T: *Nej. Hvad gjorde du så, Mette?*

M: Jamen jeg søgte privat rådgivning. Jeg henvendte mig til det, der hedder babyinstituttet og så kom jeg ud og fik halvanden times personlig one-to-one rådgivning også, hvor hun lærte mig... viste mig en metode, som hjalp rigtig meget... lærte August, hvordan man skulle suge på et bryst uden at bide og lærte os, hvordan

han ligesom skulle sættes på og hjælpes med at sættes på. Og allerede 24 timer efter var der en stor forskel, jeg havde slet ikke de smerter, jeg havde haft før. Så det vil jeg sige, det var virkelig virkelig godt. Men det kan man sige, det er jo ikke alle, der har mulighed for det.. det er jo et privilegie vi valgte at tilkøbe, kan man sige.

T: *Ja. Er det noget, du senere har talt med sundhedsplejersken om, at I fik den vejledning der virkede. Hvad skal man sige, at det kom op at køre igen?*

M: Ja, men jeg tror ikke, det er fordi, at hun er specielt dårlig til det, hun gør, det var bare en overbevisning, der ikke matchede min, fordi jeg tror, at hvis jeg nu var blevet præsenteret for den her metode helt fra start af, inde fra hospitalet af, hvis de havde haft fokus på og haft tid og overskud til at sætte en ind i den her meget naturlige tilgang, så havde det sikkert virket, for så havde man en baby, der havde lært det fra start af. Nu havde jeg bare en baby, som havde lært noget, der var helt galt fra start af, og så dur det ikke at komme med en helt anden tilgang, så skal man i hvert fald have rigtig meget tid til det, og det har de heller ikke. Altså så dur det ikke, at man har tyve minutter til, at hun tester en enkelt gang på brystet... altså fordi det lærer August ikke noget af og det lærer vi egentligt heller ikke noget af.

T: *Havde sundhedsplejersken... drøftede hun med dig, muligheden for at give flaske? Altså supplere med flaske eller et eller andet?*

M: Ja, men det har vi egentlig. det fik vi også mulighed for inde på hospitalet, altså fordi han var så stor, som han var. så han var sulten, da han kom ud og der havde jeg ikke noget mælk, så allerede der, der fik han supplement i form af modermælkserstatning. Så man kan sige, det havde vi ligesom. det var vi ikke så bange for, da vi kom hjem. Så vi var ikke så bange for, at han sultede... fordi han skreg ikke og han virkede netop tilfreds. Det var kun lige når han så var altså, når han kom i nærheden af det bryst, så blev han bare hidsig og ivrig. Så jeg synes, det er et problem, jeg synes ikke sundhedsplejen er et problem i sig selv. Jeg synes, det er et problem, at man... der er en overgang fra hospitalet til sundhedspleje, fordi du møder ti forskellige jordemødre inde på hospitalet, som hver har deres overbevisning i forhold til de forskellige ting og så først fem dage efter, så kommer du ud til en helt tredje overbevisning, som jo så er den, der følger dig. Så jeg synes egentlig, at det har været let i forhold til de andre trin altså så som madopstart og badning, eller jeg synes, han trækker vejret mærkeligt. Så har man ligesom haft en at henvende sig til, som har kunnet berolige en. Og jeg synes, hun har været rigtig god til at berolige os. Jeg har ikke følt på noget tidspunkt, at der har været en løftet pegefinger. Jeg synes, det har været sådan en ventil i forhold til lige at få lettet ens hjerte og få hjælp til at blive beroliget til nogle af de ting, man går og tænker på.

T: *Har sundhedsplejersken lavet sådan en screening i forhold til, hvordan du har det?*

M: Ja. Både på mig og min kæreste.

T: *Ja. Og du nævnte også før, at du egentlig syntes, at hun har haft en godt fokus på jer som familie, både dig og din kæreste. Har du generelt kunnet tale om mere personlige ting med hende?*

M: Ja, det synes jeg. Jeg havde det svært med og sådan skulle være kæreste og have et sexliv og samme tid være mor. Det synes, jeg var underligt. Det kunne jeg ikke forene i mit hoved, det kunne jeg ikke forholde mig til. Og det synes jeg bare, hun var rigtig rigtig god til at berolige en og sige, at det er ikke så mærkeligt, at du har det sådan fordi du deler din krop med et lille væsen, samme tid med, at du så skal praktisere at være et seksuelt væsen og det er mærkeligt. Så det synes jeg, ja, det synes jeg sgu, hun var meget sød og meget ja. meget lyttende.

T: *Ja. Har du i den forbindelse oplevet, at hun har overskredet nogle af dine grænser for, hvad du havde lyst til at dele?*

M: Nej. Men nu er jeg også meget åben, så det kan godt være der. nej, jeg synes selv, jeg bragte det på banen, som jeg gerne ville snakke om. Og jeg synes egentlig også, at hun var god til, hvad kan man sige, at fortolke det spørgeskema, som man skulle udfylde, fordi der var der nogle af de spørgsmål, hvor jeg tænkte: havde du spurgt mig for to dage siden, så havde jeg da nok haft en fødselsdepression, fordi der er kæmpe stor forskel på, om man for eksempel har sovet en hel nat eller om du lige er inde i en stime, hvor dine hormoner går fuldstændig bananas og om du lige har haft et kæmpe skænderi med manden. Altså, der er tusind faktorer, som i hverdagslivet kan spille ind og have indflydelse på den test. Så jeg synes selve testen er et lorteredskab... altså et spørgeskema, hvor man skal sidde og sige, ja, nej, måske, meget lidt... det kan du ikke... jeg tror ikke engang, man kan få et oprigtigt billede af, hvor man måske er på vej hen, altså det tror jeg ikke. Men jeg synes, hun var meget god til sådan at bruge det til, at man fik en snak om det, så det ikke bare blev sådan en tjekliste. Så, det var nogle emner, man kom ind omkring, og fik snakket igennem, og der synes jeg, også det var meget trygt at sige, at ja her er jeg frustreret, eller her er jeg bange eller. Og vi fik snakket om, at jeg synes, det var rigtig rart, at det ikke kun var mig som mor, der skulle udfylde et sådant skema, men at det også var min kæreste. Så der ikke blev gjort forskel på den måde, og så snakkede vi om, hvilke personligheder vi er, også i vores forældreroller, at Anders er den rolige, solide, ikke så bekymret type og jeg er hende der farer op og tænker, nej nej nej, nu dør han. Som jo nok er meget klassisk på en eller anden måde, men det var meget rart at få sat ord på. Altså, det har også været rart når Anders har haft en overbevisning og jeg har haft en anden og så har sundhedsplejersken ligesom været... jamen så spørger vi sundhedsplejersken, hvor hendes ord ligesom er gældende. Så behøver vi ikke diskutere det mere. Så har vi fået ro og så kan vi køre videre.

T: *Hvordan i forhold til sundhedsplejersken, altså synes du generelt, at den vejledning hun har kommet med, har været vigtigt for dig som mor?*

M: Ja. Nu er det jo noget tid siden, kan man sige, men umiddelbart ja. Altså man ved jo... man kan sige hendes råd og vejledning følger jo ligesom Augusts udvikling. Så har du jo selv indflydelse i forhold til, hvad det er du gerne vil snakke om. Så jeg synes egentlig, at vi har kunnet forme vores vejledning sådan, som vi... ja... og så kan man jo læse tusind ting på nettet. Så du kan jo ligesom skrive fem uger, så kan du få en liste

over, hvad man skal være obs på i løbet af de fem uger. Og så har jeg haft rigtig mange veninder som har børn i samme alder, så et eller andet sted har vi jo været sporet ind på, hvad man skal være obs på, som har fulgt hans udviklingstrin.

T: *Har du benyttet dig af at søge information på egen hånd, uden at inddrage sundhedsplejersken, altså sådan både på nettet og ved venner og veninder?*

M: Ja, det har jeg. Det har jeg. Det har gjort i første omgang og så har hun været sådan en tjekliste, så har man lige sådan kunnet dobbelttjekke, det er fint, godt så kører vi videre.

T: *Har du bare Googlet, eller er der nogle bestemte fora du har brugt?*

M: Jeg har brugt... jeg har brugt forskellige apps. Ja, nu kom der lige en lille mand ind. nu skal jeg lige...

Jeg har faktisk brugt sundhedsstyrelsens, de har lavet en app. Den har jeg brugt meget. Og så har jeg brugt, hvad hedder den... Baby nul til et eller sådan noget hedder den. Jeg har brugt sådan forskellige apps og så har jeg brugt vidunderlige uger app, som går meget op i de her tigerspring. Jeg synes det er noget... det kan jeg ikke bruge til noget. Så er der fire forskellige apps, der fortæller mig, hvornår han er i hvert sit tigerspring, og den ene tager fra terminsdato og den anden tager fra fødselsdato, så de der tigerspring. Der kigger jeg bare på, hvordan min unge har det og så tager jeg en dag ad gangen. Men i starten, der var jeg meget... fordi alle snakkede om de her fucking tigerspring, ikke min sundhedsplejerske faktisk, det synes jeg ikke hun har gjort. Hun har været meget god til at sådan... nå han har nok bare en ny fase-agtig. og det har egentlig også været rart. Så er det bare mig selv, der sådan synes, at tigerspring var vigtige at følge med.

T: *Ja. Har du på noget tidspunkt oplevet, at der har været en konflikt mellem det sundhedsplejersken har anbefalet og det du så selv har gjort i forhold til dit barn?*

M: Nej, ikke en konflikt. Men altså vi har jo også bare valgt at tage de ting, vi synes der gav mening og så lade resten være. Så hvis vi havde fundet noget på nettet, eller vi havde hørt en veninde, der havde gjort sådan eller og vi synes det gav mere mening, så var det jo bare det, vi gjorde. Og det synes jeg, hun har været meget god til at anerkende. Sige jamen, man kan gøre det på mange måder, så der har ikke været... Jeg synes, at det har været fint, så har jeg fortalt, hvordan jeg har gjort det og så har hun sagt, ja, det lyder fint. Men jeg tror da også, at det er forskelligt, jeg kan høre, at i min mødregruppe, er det meget forskelligt, hvad det er for en oplevelse, man har med sin sundhedsplejerske og sådan er det vel. Vi er jo alle sammen forskellige mennesker. Men altså vi har fået en meget garvet kvinde i slut halvtredserne, som har været i faget i 200 år. Og som har arbejdet med nyfødte, for tidligt fødte børn, og det tror jeg måske også gør, at hun er lidt mere nonchalant med de her store babyer, der er fuldt udvokset, inden de bliver spyttet ud altså, ja, så jeg synes egentlig ikke at... næh.

T: *Nej. Var du klar over at sundhedsplejersken er et frivilligt tilbud?*

M: Ja.

T: *Så du har tilvalgt, eller du var ikke i tvivl... eller var du i tvivl?*

- M: Nej, jeg var ikke i tvivl. Jeg skulle bare have al den støtte og vejledning jeg kunne få. Det er vildt noia at sidde med en baby derhjemme lige pludselig og så skal være ansvarsfuld mor, når man ikke aner, hvad det betyder.
-
- T: *Ja. Så det gav sådan en ro at få hende på besøg?*
-
- M: Ja. Helt klart. Men det er da sådan lidt sjovt, fordi man har da sådan lidt. Jeg kan da huske, da hun var gået første gang, så kiggede mig og Anders på hinanden sådan, den har vi da bestået den her.
-
- T: *Ja. Synes, du generelt, at dine forventninger til sundhedsplejersken de er blevet mødt i den relation der?*
-
- M: Ja. Altså jeg kunne godt tænke mig at... men det er svært at sige, i den her periode hvor man ikke har den fysiske kontakt, fordi hvis vi havde haft det, så havde jeg sikkert været vældig tilfreds, men jeg synes, det har været svært at være overladt til sig selv i den her periode.
-
- T: *Det kan jeg godt forstå.*
-
- M: Og så kan jeg huske at jeg tænkte, at fordi i starten... først så går der jo et par dage og så går der et par uger og så lige pludselig så går der to måneder, så man bliver sådan fulgt meget i starten og så lige pludselig, så er der et gap. Og det kan jeg huske, det tænkte jeg over, altså hold da op, går der to uger før vi skal se dig igen, det ved jeg ikke, om jeg synes er helt betryggende, at vi ikke har nogen opfølgninger. Men så når man er i det i dagligdagen, så tænker man jo ikke... og man kan jo altid stille spørgsmål, plus København kommune der har man mulighed for at møde op til, hvad hedder det sådan et åbent hus, hvor du kan få vejet baby og du kan lige få stillet de spørgsmål, du må have og sådan noget, i hverdagene.
-
- T: *Altså, er det et tilbud, der er lige nu, hvor der er corona?*
-
- M: Nej. Det var før corona. Ja. Så der kan du bare... det er sådan en åben klinik.
-
- T: *Er der noget, du vil uddybe eller siger noget mere om? Ellers, så jeg tror jeg lige, vi hører L, om hun har noget på hjerte?*
-
- M: Næh altså, jeg kan jo ikke... nu kan jeg høre, I sagde, at I havde en kritisk tilgang. Jeg kan jo ikke bakke op om den, for jeg har faktisk været glad for vores sundhedsplejerske og de tilbud der har været. Ja.
-
- T: *Fedt. Og vi vil jo rigtig gerne, altså det er jo også derfor, vi laver de her interviews, det er jo fordi en ting er teorierne, noget andet er jo at snakke direkte med mødrene, som står i det. Så det synes, vi har været en vigtig del af specialet.*
-
- M: Men jeg tror virkelig også, det handler rigtig rigtig meget om, hvad for en person man får ud, fordi når du sidder der som nybagt mor og er så usikker på rigtig mange ting, så betyder det sindssygt meget om du ... hvad for en tilgang du bliver mødt med, og der tror jeg bare, at personlighed betyder ekstremt meget. Selvfølgelig er viden også en del af det, men nej, rigtig meget om det er en anerkendelse du får, når du ligesom åbner døren for det her menneske. Det er jo også lidt særligt, at du lige pludselig åbner dit hjem for en fagperson. Det gør man jo sjældent. Så vi har været heldige. Men der er da sikkert mange andre som... Jeg ved da i hvert fald, jeg har en veninde som

havde.... Det var ikke fordi det var en dårlig sundhedsplejerske, hun stillede bare spørgsmål på en mærkelig måde, som gjorde hendes mand fuldstændig perpleks altså. (griner) Så han følte nærmest, at han skulle til eksamen hver gang, der kom en sundhedsplejerske. Det er jo en personlighedsting.

T: *Louise har du noget uddybende?*

L: *Ikke lige umiddelbart.*

T: *Nej, jeg synes også, vi simpelthen har været så godt omkring det hele. Det er dejligt. Og så vil vi bare lige høre, hvordan det har været at blive interviewet, via Zoom, det er jo sådan lidt en anden...*

M: Det synes jeg da er dejligt, men nu har jeg heller ikke snakket med mennesker, andre end min kæreste og min søn i fire dage. Jeg mangler social stimulus, så det har været godt at snakke.

T: *Vi vil i hvert fald sige tusind tak, fordi du gad at være med og så er der jo muligheden for, at vi kan sende dig specialet, når det engang er færdigt, så kan du dykke ned i det, hvis du har lyst.*

M: Det lyder spændende. Det har jeg i hvert fald.

T: *Super. Så siger vi tak for denne gang.*

Bilag 7: Interview med Christina

T: *Jamen, som sagt så hedder jeg Tanja og jeg er hovedinterviewer. Og min skrivemakker hedder Louise og vil fungere som bi-interviewer. Så Louise hun er med på sidelinjen, og det kan være, at hun til sidst i interviewet har nogle uddybende spørgsmål. Vi forventer at tidsrammen er ca. 30 minutter – det har faktisk holdt ret meget stik med de andre interviews, vi har lavet, så vi prøver at køre det rimelig stramt. Og så vil vi rigtig gerne optage interviewet via zoom her, og så vil vi bare gøre opmærksom på at interviewet jo selvfølgelig bliver anonymiseret, når vi transskriberer.*

C: Ja.

T: *Så tænker jeg det kunne være rart for dig lige at vide kort, hvad det egentlig er for et speciale, vi har gang i. Så du har lidt en ide om det. Man kan sige, vi laver en historisk undersøgelse af sundhedsplejerskens indvirkning på moderskabet, og derfor er vi nysgerrige på, hvordan nutidens mødre oplever denne her kontakt. Vores tilgang i specialet den er kritisk med særlig fokus på diskurser – altså den viden som dels sundhedsplejersken taler ud fra, men også den viden som du, som mor, taler ud fra i det møde. Så det vil sådan være hoved-fokuspunkterne i dette interview.*

C: Ja.

T: *Giver det mening?*

C: Ja, det lyder mega spændende.

T: *Super. Men jeg tænker, vi starter lige med nogle baggrundsspørgsmål. Så vi vil egentlig gerne lige høre, om du bor sammen med faren til dit barn?*

C: Ja, det gør jeg

T: *Og hvad er din uddannelse Christina?*

C: Jeg er uddannet pædagog og så har jeg en kandidat i generel pædagogik

T: *Hvor gammelt er dit barn?*

C: Hun er 10 uger

T: *Åh, en forholdsvis ny baby*

C: Jeps

T: *Så kunne vi godt tænke os at starte ud med at høre om dit allerførste møde med sundhedsplejersken, hvordan du oplevede det?*

C: *Jamen altså, mit allerførste møde var jo egentlig bare kontakten. Hvor hun skriver til mig lige kort efter at Aya, som vores datter hedder, blev født. Og det var jo egentlig fint nok at få en besked om sådan: Hej, du har fået et barn og vi vil gerne komme på besøg. Men Magnus, faren, og jeg vi ville bare rigtig gerne have det skulle være meget stille og roligt de første dage, så vi lukkede os faktisk rigtig meget inde herhjemme.*

T: *Ja.*

C: *Vi havde ikke brug for kontakt til omverden. Vi ville bare gerne være i vores lille boble. Så jeg endte faktisk med at skrive til sundhedsplejersken, at det ikke passede med at få besøg, fordi vi godt ville strække det lidt. Og det var lidt en udfordring, synes jeg faktisk at melde ud at vi ikke lige ville have besøg fordi, at det tror jeg ikke, de er*

vant til. Så hun skrev, at det kunne selvfølgelig godt lade sig gøre, men, altså hun var meget opsøgende i kontakten. Hvor jeg tror, at jeg svarede egentlig bare sådan: vi kan ikke ses – vi snakkes ved.

T: *Ja*

C: Men hun blev ved med sådan lidt at skrive og hvordan går det. Ja hun var meget opsøgende. Så ender det med, at vi laver en aftale med hende, men den aftale vi så har, den bliver vi nødt til at aflyse, fordi at vi skal på sygehuset til sådan et tjek.

T: *Okay*

C: Ja, og så ender det egentlig med, at jeg skriver til hende, at vi må finde på noget senere hen. Og det tror jeg også bliver en udfordring for hende, så hun skriver igen: hvordan det går? Og da vi så endelig snakker sammen, så kan jeg bare mærke, at hun har virkelig et stort behov for at komme på besøg.

T: *Hun vil rigtig gerne forbi?*

C: Hun vil rigtig gerne på besøg. Og så så kunne jeg mærke, at så blev det også sådan lidt, så blev jeg også lidt irriteret, så begyndte jeg også at være sådan: jamen nu må du altså også lige lade være med at presse på.

T: *Ja*

C: Fordi at det kører fint og vi har det godt – og det havde været anderledes, hvis ikke det kørte, men amningen kørte og baby var glad. Hun sked og tissede og det hele var... fint! Vi var glade.

Og så ender det med, at jeg skriver til hende, om vi skal finde en dato. Og der vil hun så gerne, at vi lige ringes sammen. Det gør vi så og foreslår jeg så, om det kan være ugen efter, og så siger hun ja, så kunne det være mandag! (griner). Så meget opsøgende. Og så siger jeg, det kan vi godt prøve. Eller hvad er det, nej. Jeg tror faktisk, det ender med at vi heller ikke kan mandag. Jeg føler i hvert fald, at det bliver meget sådan frem og tilbage, hvor hun presser på for at komme tidligt ud og vi presser på med at udskyde tiden lidt. Og til sidst så ender det også med, at da vi snakker sammen med hende, om vi ikke lige kan finde en dato, hvor det passede, så siger vi nå, men det kan også bare vente – altså vi har ikke travlt med det.

T: *Nej*

C: Og så, ja, og der begynder hun at kunne mærke, at vi er meget afvisende. Og så siger hun på et tidspunkt: jamen, skal jeg forstå det sådan, at i vælger at frabede jer sundhedsplejersken? Sådan lidt strengt. Og så siger vi: nej! Men hvis ikke vi lige kan finde en dato og vi ikke lige fungerer, så er det jo bare sådan, det er. Og siger jeg sådan, at det skal jo være, hvor der er tid og rum. Jeg har ikke lyst til både at skulle til lægen eller op på sygehuset og have besøg af sundhedsplejersken på en dag – det synes jeg simpelthen, det var for hektisk for sådan en lille baby.

T: *Ja*

C: Og så ender det med, at hun siger sådan: jamen det er jo fint nok, hvis vi vælger det fra, men så skal hun informere det til lægen

T: *Okay*

C: Så var vi sådan: nå okay. Så siger hun sådan: Ja, fordi hvis at de ikke skal have ansvaret, så skal lægen have det. Så siger vi: nå, jamen det er jo bare sådan, det er så. Så siger hun, at da hun også siger det der med, hvis vi vælger at frabede det, så er hun sådan, at det havde hun ikke lige oplevet før. Hun blev sådan lidt befippet og var sådan, det havde hun ikke lige prøvet før. Ja, og jeg vidste fra en veninde, at det var et frit valg – men det føltes ikke som om, det var et frit valg, lige der. Og det jeg egentlig blev mest ked af i den samtale, det var, at hun sagde, at hvis det var vi valgte at fravælge sundhedsplejersken, så sagde hun: så hviler meget af ansvaret på jer selv!

T: *Okay*

C: Og det blev jeg meget chokeret over. Fordi, for det første så var jeg sådan, ja! Det er os, der er forældrene, så selvfølgelig hviler ansvaret på os. Og for det andet, så blev jeg også sådan, jamen hvad er det, jeg ikke kan, som jeg skal have hjælp til. Jeg følte sådan at det var uansvarligt at fravælge det – samtidig med, at jeg var sådan helt bevidst om, hvis ikke det passede ind, så skulle det ikke være.

T: *Nej okay. Kom hun på noget tidspunkt hjem til jer?*

C: Jamen, så var det jo, at vi lavede en aftale alligevel – selvom jeg egentlig havde det sådan, at jeg godt ku' være, jeg fik lyst til at aflyse det. Men det ender med, at vi holder fast i den, og det er så en af hende kollegaer, der kommer, fordi hun selv bliver syg, tror jeg nok. Og det var også, det var ganske udmærket.

T: *Okay. Kan du huske, hvordan det så var og havde du gjort dig nogle særlige forberedelser inden det der første besøg i hjemmet, eller var du mere sådan ja, kom bare?*

C: Altså vi var jo lidt rystede over den der samtale med den første sundhedsplejerske. Så vi var jo lidt sådan påpasselige med, hvad der lige skulle ske og snakkede det meget igennem om, at det jo er vores beslutning de ting, vi træffer. Så vi var jo forberedte på, at hun måtte gerne komme og vi ville også rigtig gerne have Aya vejet på det tidspunkt. Så det var vi jo helt fin med og de ting der skulle tjekkes, men vi var da lidt sådan nervøse over, hvad der skulle ske.

T: *Ja. Der hvor sundhedsplejersken så var hjemme ved jer, hvad havde hun fokus på, oplevede du? Nu, siger du det der med, at I gerne ville have vejet Aya og lige sikre de der basale ting. Var det også det sundhedsplejersken havde for øje, oplevede du eller hvordan?*

C: Ja, altså hun gik egentlig ret hurtigt i gang med undersøgelserne og det oplevede jeg faktisk som meget fint, at hun tog det meget stille og roligt. Hun fornemmede egentlig ret hurtigt vores energi, så det var rigtig rart. Det fungerede rigtig godt med den undersøgelse.

T: *Ja*

C: Ja, og så bagefter så satte hun sig så med computeren og stillede nogle spørgsmål. Det synes jeg så, var en mindre god oplevelse.

T: *Var det en screening? Eller hvad var det for nogle spørgsmål?*

C: Nej, det var bare en masse spørgsmål om sådan: hvor tit ammer du? hvor mange bleer har hun? Det var meget sådan punktopstillet, hvor hun så sad og noterede på computeren.

T: *Ja*

C: Ja, hun skulle jo måske udfylde et eller andet skema.

T: *Du sagde det her med, at amning egentlig gik rigtig godt af sig selv – og det er det blevet ved med, det er ikke sådan, at du har oplevet, at du har haft brug for noget vejledning i forhold til amning f.eks.?*

C: Nej. Det føler jeg ikke. Jeg føler faktisk ikke, jeg har brug for vejledning.

T: *Nej.*

C: I forhold til amning. Men jeg føler faktisk, at de to gange jeg har snakket med sundhedsplejersken om amning, der er jeg faktisk blevet mere usikker efterfølgende. Blandt andet der hvor sundhedsplejersken var her på besøg, der spørger hun mig om amningen og hvor tit jeg lægger hende til? Så siger jeg: jamen jeg lægger hende faktisk tre gange ved det ene bryst. Og så griner hun og siger: Nå! Jamen to er nok. Så var jeg sådan nå okay, og så bagefter så kan jeg bare mærke, at da hun er gået, så bruger jeg rigtig meget tid på at tænke over det.

T: *Ja.*

C: Måske jeg har gjort det forkert og det satte bare rigtig meget usikkerhed i gang hos mig

T: *Så kan du uddybe, hvad gjorde du så? Følte du, at du ændrede noget efter den kommentar?*

C: Ja, jeg følte, at jeg tænkte mere over det. Fordi hun fortæller så, at det kan være, at så får hun nok meget af det fede mælk og så får hun ikke så meget af det tynde, hvor hun så får et eller andet med, at det vil være godt, hvis hun kommer over til det andet bryst for at få stillet sin tørst.

Så kan jeg bare mærke, at så kommer jeg til at overtænke det – er hun nu tørstig? Gud nu kom hun ikke over på det andet og ...

T: *Ja*

C: Så det bliver meget unaturligt for mig lige pludseligt. Jeg tænker for meget over det og jeg kan også mærke, at jeg på et tidspunkt lægger hende til, hvor hun er og vil ikke. Hun siger egentlig nej, men jeg har bare i hovedet, at hun skal have slukket sin tørst. (griner)

T: *Ja. Og hvordan fungerer det nu så med amningen?*

C: Nu fungerer det også godt, men bortset fra at jeg lige har snakket med sundhedsplejersken igen i går. Som synes, at hun havde taget for lidt på, så nu tænker jeg over det igen. Så faktisk har jeg besluttet mig for nu, at nu vil jeg ikke snakke med sundhedsplejersken mere, fordi jeg kan mærke, at jeg kommer ud af mit naturlige moderskab. Det bliver for overtænkt og intellektualiseret og jeg har brug for, at jeg bare kører med, at det, jeg gør, er godt og det er rigtigt.

T: *Ja. Har du meldt det ud nu til dem?*

- C: Nej. Der går et halvt år før jeg skal ses igen. Og der har vi bare aftalt, at hun skulle skrive for en tid og så tænker jeg så at skrive, at det har jeg ikke lyst til.
-
- T: *Ja, okay. Har du, i den kontakt du så har haft med sundhedsplejersken, har du snakket om personlige ting vedrørende dig selv med sundhedsplejersken?*
-
- C: Nej. Det har jeg ikke.
-
- T: *Har du, hov undskyld hvad sagde du?*
-
- C: Nej, men altså hun spurgte jo der den første gang, hun var her. Det var sjovt hun havde været igennem hele skemaet med spørgsmål og noteret på computer og så til sidst, så lukker hun ned og så siger hun: hva' så med det psykiske? (griner)
-
- T: *Ja.*
-
- C: Og så kan jeg bare mærke at jeg tager Magnus sådan i hånden og så siger jeg så: vi har aldrig været gladere. (griner). Og jeg følte sådan helt, at vi var blevet interviewet af en eller anden journalist fra Se & Hør eller et eller andet. (griner)
-
- T: *(griner)*
-
- C: Det var sådan helt overfladisk.
-
- T: *Ja.*
-
- C: Og det var sådan rigtig uægte fra mig af, sådan, vi har aldrig været gladere.
-
- T: *Så der har ikke sådan været nogen sådan reel interesse i jeres familieliv? Fra hendes side?*
-
- C: Nej. Hvis jeg skal være helt ærlig, så oplever jeg faktisk det med sundhedsplejersken, at besøgene og opkaldene, de handler mere om, at jeg faktisk har født en samfundsborger, der skal skrives journal på. Jeg føler ikke at spørgsmålene de er rettet til, at høre mit og hvad jeg har at sige. Jeg føler, det er for at kontrollere og notere data på mit barn.
-
- T: *Ja. Og i forhold til det, så vil vi rigtig gerne høre om den vejledning, som sundhedsplejersken kommer med, om du synes den er vigtig? Hvis du sådan tænker over generelt, hvad der er kommet med af vejledning fra hendes side.*
-
- C: Altså det første besøg hvor de var her, der snakkede vi om da hun gik, at det var mega fedt, at hun sagde, at Andrea skulle ligge på maven. Fordi det havde vi glemt, og det er den eneste brugbare vejledning, jeg følte, jeg fik den dag.
-
- T: *Ja.*
-
- C: Og også de andre gange.
-
- T: *Har du så selv gjort brug af at undersøge ting i forhold til Andrea? Hvis du har været i tvivl om noget eller.*
-
- C: Ja, altså jeg har jo læst en del inden. Og så har jeg brugt rigtig meget google. (griner)
-
- T: *Ja.*
-
- C: Jeg tror også, det er derfor, jeg har haft mindre brug for sundhedsplejersken, fordi at jeg føler lidt, at de dilemmaer vi har stået i, det har været sådan et akut, jeg vil gerne have et svar nu og her, og så har jeg brugt google.
-
- T: *Ja, og så har du fundet det svar, der har kunnet hjælpe jer videre?*

- C: Ja, ellers så har jeg jo snakket med veninder.
-
- T: *Ja.*
-
- C: Det føler jeg har været bedre til mig i hvert fald, at finde informationer på den måde. Jeg tror også, det handler lidt om, at sundhedsplejersken har meget måske et.. Jeg ønsker lidt, at der var et bredere sundhedsperspektiv. F.eks. så har jeg ikke turde sige til sundhedsplejersken, at jeg sover sammen med mit barn, (griner), i samme seng. Fordi jeg fik jo en pjece med vuggedød, hvor der står, at det må man helst ikke. Så på den måde der føler jeg lidt, at der er nogle ting, hvor at det ikke harmoniserer med deres sundhedsforståelse.
-
- T: *Ja, hvor du så vælger at holde det for dig selv?*
-
- C: Ja, eller finder information ved andre som deler samme holdning.
-
- T: *Nemlig. Er der noget, og du har jo været lidt inde på det, men altså det der noget i mødet med sundhedsplejersken, som du synes, har været særligt svært?*
-
- C: Jeg synes, at det har været særligt svært at holde fast i, at... Eller jeg er blevet meget overrasket over, at det jo egentlig er et tilbud og så jeg ikke oplevede det som et tilbud. Og jeg synes, det var rigtig svært at sige fra og det er nok derfor jeg mødtes med hende en enkelt gang og har snakket med hende også. Fordi jeg faktisk følte, at det ikke var helt okay, at jeg sagde fra over for det. Ja, så det er nok det der sådan...
-
- T: *Så det er det, som har været mest fremtrædende. I forhold til vejledningen generelt omkring småbørn har du så gjort brug af Sundhedsstyrelsens vejledninger?*
-
- C: Ja, altså jeg har jo fået noget pjecer, hvor der har stået noget. Men ikke sådan, jeg vil ikke sige, at det er der, jeg har fundet min information
-
- T: *Har du oplevet nogen konflikt i forhold til noget sundhedsplejersken har anbefalet og hvad du så selv har gjort? F.eks. det her med samsovning. Har der været andet, hvor du sådan har tænkt, okay hun siger en ting og jeg gør noget andet.*
-
- C: Jeg synes lidt, at faktisk generelt at alle deres anbefalinger omkring amning. Det har jeg blevet nødt til at være sådan, det dur ikke altså. Der har bare været nogle gode råd, hvor jeg tænkte, det dur ikke for mig. Men jeg ikke sådan decideret har gjort noget andet – jeg har nok bare ikke lige fulgt det hun foreslog.
-
- T: *Så har vi nemlig et spørgsmål omkring det her med om, hvorvidt du har været klar over, at det egentlig er et frivilligt tilbud sundhedsplejersken. Og det var du jo lidt..*
-
- C: Ja, det var jeg jo. Men jeg vil sige, at er sundhedsplejersken ikke vant til, at folk fravælger det. Jeg kan mærke på hende, at hun bliver sur, da vi ligesom insinuerer, at vi ikke er klar til at mødes nu og her. Og jeg tror også, at det satte gang i rigtig meget hos hende. Det ender også med, at da hun ringer anden gang, der er hun et helt andet.. Der tror jeg, hun snakket med nogen om det, fordi det ender med, at hun siger sådan: jamen det er jo også et tilbud og I skal bare mærke efter, hvad der føles rigtig for jer.
-
- T: *Ja.*
-
- C: Men det var ikke med den på første gang.

- T: *Havde du på forhånd nogen, inden du havde mødt sundhedsplejersken og inden du havde talt med hende, havde du der nogle forventninger om, hvad en sundhedsplejerske ville kunne hjælpe dig med? Eller nogle forhåbninger om, hvad hun kunne hjælpe dig med?*
-
- C: Jeg tror faktisk, at jeg havde det modsatte. Jeg havde hørt rigtig mange dårlige eksempler på sundhedsplejersker, der havde været hjemme hos nybagte mødre og gjort dem rigtig usikker på særlig vægt og amning.
-
- T: *Ja.*
-
- C: Så jeg tror, fra mig at se, var det meget vigtigt, at det ikke skulle gå op i, hvad hun vejede. Så hun, Aya, er også kun blevet vejlet to gange – hvilket også er til stor frustration for sundhedsplejersken, for så kan vi jo ikke tjekke hendes kurve ordentligt, for vi har kun to mål.
-
- T: *Ja, okay.*
-
- C: Ja, det er helt forfærdeligt. Det sagde hun også til mig sidste gang: jamen det er jo lidt problematisk, at vi kun har to vejninger på hende. Der fik jeg igen sådan en... Fordi jeg har valgt det fra.
-
- T: *Ja.*
-
- C: Så på den måde så havde jeg lidt allerede vidst inden, at jeg ville ikke have at sundhedsplejerskens vejninger og vejledninger skulle slå mig ud. Som jeg oplevede, at det gør ved andre.
-
- T: *Okay, Christina, nu har vi faktisk været igennem alle vores stringente spørgsmål og så vil jeg bare lige høre om Louise, om du har noget uddybende, som jeg ikke lige har været omkring?*
-
- L: *Jeg synes man kan mærke at når du snakket om dette, at I har sådan, har snakket om det som familie inden, hvordan I gerne ville møde sundhedsplejersken. Men når du så alligevel oplever, at det kan være svært at sige nej til hende, formår hun så alligevel at skubbe til din ro som mor eller din naturlighed som mor?*
-
- C: Altså skubbe til den, hvad tænker du på?
-
- L: *Rykke dig ud af kurs et øjeblik. For I virker til at hvile meget i jeres forældreskab, og har gjort jer mange tanker inden I blev forældre. Og når du så fortæller om det her, så er du i en beslutningsproces om at vælge det fra, så er jeg nysgerrig på, om hun så alligevel har formået at skubbe til noget?*
-
- C: Jamen det har hun. Jeg føler helt sikkert, at hun har skubbet ud til meget, så det irriterer mig også grænseløst, at jeg ikke kunne stå fast på det. Fordi, at i princippet havde jeg ikke lyst efter vores snak til at hun faktisk skulle komme, og alligevel så har jeg haft besøg af hende og jeg har snakket med hende en gang før, jeg så siger nej nu er det slut! Plus, altså så følte jeg det der med, at jeg ikke helt kunne sige fra ordentligt og så plus, at den der kommentar så hviler ansvaret også bare på jer, den har givet mig dårlig samvittighed. Så hver gang hun har grædt eller et eller andet, så har jeg været sådan, tænk nu, hvis der er noget galt eller. Så er det også bare mig, der har besluttet at hun ikke måtte komme og altså. Har jeg truffet det forkerte valg.
-
- L: *Ja.*

- C: Men egentlig, ja fordi, som du også siger, så har vi været meget sikre på vores forældrerolle faktisk og følt os meget sikre i det og har ikke haft behov for indblanding, fordi så har jeg bare kommet længere væk fra mit barn, når jeg har tænkt over alt det, som alle de andre foreslår. Og det gør jeg hver gang, jeg snakker med hende.
-
- L: *Ja.*
-
- C: Og det er vildt ærgerligt.
-
- T: *Har du andet Louise?*
-
- L: *Nej jeg tror lige, det var det jeg..*
-
- C: Altså hvis jeg lige må sige en sidste bemærkning.
-
- T: *Ja, endelig.*
-
- C: Så ku' jeg, dengang vi lagde på efter hun havde ringet første gang, så fik jeg virkelig følelsen af at bo i et kontrolsamfund. Det har jeg sådan aldrig tænkt over før, at jeg skulle blive... eller at vi blev kontrolleret. Men det gjorde jeg virkelig meget, da jeg fik mit barn! Hold da op. Der blev tjekket så meget, jordmødre ringede, sundhedsplejersken ringede og skrev og der kom mails om, at jeg jo havde født. Det blev virkelig, jeg blev sådan virkelig bombaderet med ting, fordi jeg havde født en ny borger. Det, synes jeg virkelig, var tankevækkende. Og jeg kunne også godt lidt få følelsen af, at hvis jeg ikke gjorde det godt nok eller lyttede efter, hvad sundhedsplejersken sagde, at så kunne hun godt finde på indberette det på en eller anden måde.
-
- T: *Ja?*
-
- C: Fordi det der med, jamen så skal jeg jo videregive det til lægen. Som om at, hvad er det der skal videregives altså? Jeg er bare en mor med mit barn.
-
- T: *Ja, men så tænker jeg egentlig også, vi er nået omkring de der spørgsmål og så vil vi bare sige tusinde tak, fordi du gad at være med.*
-
- C: Ja, tak fordi jeg måtte.
-
- T: *Og så når vi er færdige engang, så hvis du har lyst, vil vi meget gerne sende speciale til dig.*
-
- C: Det vil jeg meget gerne
-
- T: *Fedt og tusinde tak*
-
- C: Velbekomme