



Fedt *for* Fight

- skolestarter



Evalueringsrapport
med fokus på metode



**Fedt for Fight - skolestarter
Evalueringsrapport med fokus på metode**

Udgiver

© Videncenter for Sundhed og Trivsel
Børn og Unge, Århus Kommune
1. udgave, januar 2010
Rapporten kan frit kopieres under forudsætning
af tydelig kildeangivelse.

Projektledelse

Henriette Hansen
Susanne Hede
Videncenter for Sundhed og Trivsel

Evaluering

Bodil Burian
Poul Burian
Burian Aps

ISBN

978-87-91881-03-9

Download

www.vst-aarhus.dk vælg "Århus har en fed plan"

Forsidefoto

Ole Hein Pedersen, 3 generationer

Tryk

Kopicentret, Århus Kommune

INDHOLD

	Side
Indledning.....	2
Sammenfatning.....	3
Baggrund og kontekst.....	5
Mindmapping.....	6
Basismetoden.....	8
Mindmapping og overvægtige 0.klasse børn.....	13
1. hjemmebesøg (børnemindmapping, den 3 dimensionale mindmapping og forældrebevidning).....	14
De næste hjemmebesøg (handlingsafklaring).....	20
Centrale temaer omkring metodeindlæringen.....	21
Ansvar og medansvar.....	21
Forældremodstand.....	27
Udvikling i samtalerne (positionering, sprog og motivation).....	33
Succeskriterier.....	40
Anbefalinger til kvalificering af pilotprojektets resultater.....	51
Metodeudvikling i 2., 3. og 4. besøg.....	51
Hvis du støder på forældremodstand.....	51
ERFA-faggruppe.....	51
Spørgsmål til forældrene om forandringer ved forløbets afslutning.....	52
Opfølgning efter afslutning.....	52
Succesforældre som bevidnere i forældregrupper.....	52
Teori og aktuel litteratur.....	53
 <i>Bilag</i>	
Undersøgelingsmodel.....	54
Systematisering af rådata.....	63
Spørgeskema til forældrene ved afslutning.....	64
Noter.....	65

Indledning

Efter gennemførelsen af pilotprojektforløbet "Fedt for Fight - skolestarter" (FFFS) i 2008 fortsætter programmet i tre år frem til 31.12.2011. I efteråret 2009 blev vi inviteret til at undersøge og beskrive projektets kernemetode, og det er resultatet af denne undersøgelse, man finder i dette hæfte. FFFS er bygget op omkring 6 specialistsundhedsplejersker, som gennem personlig kontakt ved besøg i familierne udvikler skræddersyede handlingsplaner. Hjemmebesøgene, hvor det henviste 0.klasse barn deltager sammen med forældre og søskende, er krumtappen i FFFS.

FFFS er et af mange forskellige projekter samlet under Århus kommunes paraplyprojekt "Århus har en Fed plan" (ÅFP). Formålet med ÅFP er at bidrage til at skabe en bevidsthed og kultur i befolkningen, som fremmer en normal vægtudvikling hos børn og unge. Målet er dels at udvikle børn og forældres handlekompetence, således at sund kost og fysisk aktivitet bliver en integreret del af familiens hverdag, dels udvikle handlekompetence hos fagpersoner og frivillige, der arbejder med børn og unge, således at kost og fysisk aktivitet bliver en naturlig del af børns miljøer.

I forbindelse med udvikling af metode til brug i FFFS har vi videreudviklet den narrative og systemiske mindmappingmodel, som blev indført som en generel kompetenceudvikling af alle sundhedsplejersker i Århus kommune i perioden 1. maj 2007 til 1. marts 2008. Undersøgelsen sætter bl.a. fokus på, hvordan den nye mindmappingmodel virker i praksis ved FFFS hjemmebesøgene, dels beskrevet af de 6 sundhedsplejersker og af 3 udvalgte familier.

Gennem fokusgruppeinterview og familieinterview (kaldet PRISME) har vi analyseret og samlet op på, hvad forældre, børn og sundhedsplejersker har oplevet ved at gennemføre FFFS forløb med 41 børn og deres forældre i perioden medio 2008 til medio 2009.

Resultatet af undersøgelsen er samlet i dette hæfte, som en metodebeskrivelse for sundhedsplejersker og andet fagpersonale, som skal arbejde videre med FFFS. Metoden må betragtes som 1. generation, idet den i sagens natur fortsat løbende skal udvikles. Ud over metodebeskrivelsen kan man læse om de mange overvejelser, deltagerne har gjort sig undervejs i forløbene. Til sidst i hæftet har vi tilladt os at komme med nogle anbefalinger til forbedring af FFFS's metode.

Som undervisere og undersøgere vil vi gerne takke alle, som har givet os værdifuld inspiration. En speciel tak til sundhedskonsulenterne Susanne Hede og Henriette Hansen for støtte til planlægning og gennemførelse af undersøgelsesforløbet.

Højbjerg den 7. december 2009

Bodil og Poul Burian

Sammenfatning

Dette hæfte er skrevet til fagpersoner – *i særdeleshed sundhedsplejersker* -, der beskæftiger sig med eller skal til at beskæftige sig med overvægtige 0. klasse børn og deres familier – projektet med navnet "Fedt for Fight – skolestartere". Den er en opsamling på 6 sundhedsplejerskers praktiske arbejde med 41 børn og deres familier gennem 1 år i et pilotprojekt, efter at de har modtaget undervisning i mindmapping for denne målgruppe. Den er således en undersøgelse af deres arbejde, især koncentreret omkring hjemmebesøgene, holdt op imod den teoriramme, som undervisningen hviler på. Undersøgelsen samler gennem to fokusgruppeinterview op på sundhedsplejerskernes egne erfaringer, og på familiernes erfaringer gennem tre interview med tre af de medvirkende familier, deres børn og deres sundhedsplejerske. Resultatet er en række værdifulde udsagn, som nye sundhedsplejersker, der skal beskæftige sig med området, kan få gavn af. Men selvfølgelig kan det administrative personale og politikere omkring projektet få glæde af at læse tilbagemeldingerne.

Som undersøgere kommer vi også med en række anbefalinger til, hvordan projektet kan komme videre og kvalificere sundhedsplejerskernes hjemmebesøg. Det er således hovedsagelig blevet til et metodehæfte for det faglige personale, der arbejder med overvægtige børn. Indholdet i hæftet må betragtes som 1. generation, man skal blive ved med at følge op på. Undersøgelsen omfatter ikke motionsprogrammet "Leg og bevægelse" og arbejdet i forældregrupper. Projektet har nu startet sit 3. forløb og der sker løbende forbedringer, men som det ses ud af interviewene har indsatsen allerede efter 1. forløb båret frugt.

Undersøgelsen er centreret omkring afsnittene "Mindmapping" og "Centrale temaer omkring metodeindlæringen". Vores anbefalinger for det fremadrettede virke er centreret omkring afsnittet "Anbefalinger til kvalificering af pilotprojektets resultater". Den teoretiske referenceramme er samlet i litteraturafsnittet. I bilagsmaterialet finder du dokumentationen for det grundmateriale, hvorpå undersøgelsen er baseret.

Det er vores opfattelse, at sundhedsplejerskernes hjemmebesøg er det centrale bindeled for arbejdet omkring det overvægtige barn. Sundhedsplejersken er samlingspunktet. Vi ser barnet som symptombærer af familiens livsstil, som den udfolder sig i en krævende samfundsdiskurs. Barnet bliver indgangen til et mere helhedsorienteret familiesystem, hvor leg, bevægelse og kost er fokuspunkter for sundhed og velvære. Men disse faktorer ligger i baggrunden. Og sundhedsplejerskernes arbejde er derfor familiearbejde på et højt plan.

Citat fra evalueringsinterviewet: en mor siger om barnet

Jeg syntes, det var en god ting at inddrage barnet i det, for jeg tror godt, hun kunne føle, at hun var med i det her, at det var hende der var midtpunktet, og så skulle vi hjælpe hende som familie.

Barnet er således en vigtig person for at få lukket systemet op. Barnets stemme må høres, og

der må på en stilfærdig måde skabes en god kontakt til barnet. Mindmappen er et egnet værktøj til at lukke familien op, på familiens egne betingelser, uden at man har faste dagsordener, som man skal igennem.

Citat fra interviewet med familierne: en mor siger om sundhedsplejerskens arbejde

Det var nogle enormt gode spørgsmål, hun stillede. Det synes jeg, hun var rigtig god til at få hende til at tænke over, hvad det var hun ville. Det faldt så godt, det var slet ikke noget med, at hun skulle bruge oceaner af tid på at svare ... det kom sådan: Hvad er der ved skolen, hvad er der ved de ting der...?

På en struktureret måde sætter mindmapping forældrene i lytteposition ift. barnet, og de kommer ofte til at høre ting, som de ikke vidste havde betydning for barnet, ligesom barnet kommer til at høre fortællinger, som det ikke vidste havde betydning for dets forældre. Familiens historie bredes ud, ikke problemfokuseret, men i en helhedskontekst. Gennem mindmappen skabes der legitimitet til at ændre på familiens vaner, og mindmappen bliver det betydningsfulde samlingspunkt for familiens psykologiske kontrakt. Mindmappen kortlægger, fokuserer og forbinder. Samværeren omkring mindmappen, med den efterfølgende indkredsning og afklaring omkring familiens og barnets handlingsmål, giver sundhedsplejersken mulighed for, at den sundhedsfremmende viden gøres efterspurgt.

Barnets overvægtsproblem er et komplekst problem, centreret omkring familiens værdier, sociale og kulturelle mønstre, og samfundsmæssige diskurs. Barnet er hovedpersonen, familien er støttesystemet, sundhedsplejersken gør den sundhedsfremmende viden efterspurgt, når hun har fået lov til at komme ind i familien, og hun hjælper familien med at sætte mål og fastholde mål. Forældrene har det primære ansvar, men barnet har medansvaret, og i sidste ende er det jo barnets ansvar. Forældre og sundhedsplejerske er stilladset, der støtter barnet til at få nye gode vaner.

Efterfølgende citater fra familieinterviewene understreger ovennævnte afsnit. En mor siger om sundhedsplejerskens besøg

Jamen det hjalp lidt, hver gang sundhedsplejersken havde været der, så var der nogle ting oppe at vende, og jeg brugte hende som en hjælper en gang imellem. Så sagde jeg: "Jamen, I hørte jo selv, hvad hun sagde, at det var sådan"

Intervieweren spørger moren

Hvad er det sundhedsplejersken har gjort, for at du kunne kæmpe den kamp?

Moren svarer

Jeg tror bare, hun har givet mig det sidste. Hver gang jeg sådan går ned i energi, så giver hun mig lige noget nyt. Jeg kan ikke forklare det helt præcis, hvad det er, men hun gør bare et eller andet, så får jeg lige noget kampgejst. Jeg bliver sådan lige kørt ind på sporet igen.

Baggrund og kontekst

I 2007-08 gennemgik sundhedsplejerskerne i Århus kommune en kompetenceudvikling, hvor de med fokus på de udsatte og sårbare børn lærte at anvende en samtalemodel – mindmapping. Denne benævnes i dag basismodellen. Basismodellen har siden i modificeret form været taget i anvendelse på andre særlige målgrupper, bl.a. har 6 sundhedsplejersker anvendt den overfor overvægtige børn i 0.klasse og deres familier. Bodil Burian har således sammen med de 6 sundhedsplejersker i tre halve dages undervisningssessioner videreudviklet basismodellen med den såkaldte 3-dimensionale samtale. Her er det sundhedsplejerskens opgave at støtte forældrene i at tage ansvar for at flytte barnet fra offer til aktør i eget liv.

Dette er et af Århus kommunes pilotprojekter – Fedt for Fight- skolestarter (FFFS) – som sammen med mange andre udfylder paraplyprojektet "Århus har en fed plan", med en væsentlig medfinansiering fra Sundhedsstyrelsen, *satspuljen "Kommunens plan mod overvægt"*. Ansvar for udvikling og implementering af paraplyprojektet er forankret i Børn og Unge, Videncenter for sundhed og trivsel (VST) og foregår under hensyntagen til Børn og Unges værdigrundlag, hvor tværfaglighed og helhedstænkning er grundlæggende principper.

Efter at de 6 sundhedsplejersker (specialistsundhedsplejersker (shpl)) har arbejdet med FFFS gennem godt et år, ønsker VST at undersøge dvs. afsøge, indkredse og kvalificere de 6 sundhedsplejerskers arbejde omkring hjemmebesøgene i FFFS, dels ud fra sundhedsplejerskernes egen beretning, og dels ud fra 3 familiers syn.

Dette metodehæfte for sundhedsplejersker, der i fremtiden skal udføre samtalearbejde med overvægtige 0. klasse børn, er resultatet af denne undersøgelse af pilotprojektet.

Undersøgelsen er afviklet over 4 måneder. Som deltagere medvirkede Bodil og Poul Burian, som undersøgere, reflektorer og dokumentarister. Fra VST medvirkede sundhedskonsulent Henriette Hansen som koordinator i Århus kommune og sundhedskonsulent Susanne Hede. De 6 sundhedsplejersker og 3 familier medvirkede som informanter i projektet. Bodil og Poul har hentet datamaterialet fra fokusgruppeinterview med de 6 specialistsundhedsplejersker og familieinterview (PRISME-interview – se bilag om Undersøgelsesmodel) med 3 udvalgte familier og deres sundhedsplejersker.

Metodehæftet er et resultat af refleksioner med udgangspunkt i interviews, videooptagelser og mindmapping basismodellen, og skal betragtes som 1. generation.

Vi lægger stor vægt på de transskriberede interview, hvis ordrette kommunikation introducerer ord og indbyrdes opfattelser, men også psykologien omkring samarbejder og personlige forhold i det der bliver sagt, og ikke bliver sagt.

Mindmapping

Ved hjemmebesøgene hos familierne i FFFS-programmet anvender sundhedsplejersken mindmapping som model for familiesamtalen. Familiens 6årige barn har en central plads i samtalen, og målet er, at barnet får mulighed for selv at fortælle om sit liv i familien, skolen og fritiden.

Når vi ser ordet MINDMAPPING, danner vi umiddelbart forskellige billeder og forestillinger af, hvad det kan være. Nogle hæfter sig ved ordet MIND andre bliver mere optaget af, at det handler om at kortlægge, altså ordet MAPPING. Inden vi beskriver den konkrete basismetode, som ligger til grund for sundhedsplejerskens anvendelse af mindmapping i samarbejdet med overvægtige 0. klasse børn og deres familier, vil vi diskutere et par ideer, som knytter sig til fænomenet.

Vi opfatter en mindmap som en metafor for ét af de mange kort, vi kan tegne over et livslandskab. Udformningen af kortet er afhængigt af, hvad det skal bruges til, og hvem det bliver tegnet sammen med. Der vil aldrig kunne fremstilles to identiske kort, fordi selve kortlægningen opstår i en gensidig proces mellem dem, som deltager. Nogle kort indeholder mange fakta om dette og hint, andre kort rummer fortællinger fra forskellige oplevede episoder, og igen er der kort, som er fyldt med udforskede områder med håb og forventninger, eller der kan være markeringer af forskellige barrierer, som spærrer for det, man gerne vil. Kortene viser forskellige betydningslag fra et livslandskab, og "kortet er aldrig terrænet", som den engelske zoolog og antropolog Gregory Batesons¹ udtrykker det i hans formulering af kriterier for begrebet MIND, (se bilag - NOTER).

MIND

Det er med Batesons kriterier¹ for mind som reference, vi tegner en mindmap. Det engelske ord "mind" kan vanskeligt oversættes til dansk, og det nærmeste man kommer, er nok ordene "det mentale". Vi foretrækker imidlertid at beholde det engelske ord mind, og derefter definere det nærmere.

Bateson fremhæver, at mind findes i menneskelige systemer, som er komplekse og som består af flere dele, hvor der samtidig er et kommunikationskredsløb mellem delene. Man kan opfatte mind, hvor det at tænke, handle, percipere, lære, huske m. m. altid sker i relation til noget og samtidig er influeret af den kontekst, det foregår i. Mind er således mere end en "ting". Mind er et mentalt samspilsfænomen med indbyggede tænkeprocesser.

Når Bateson beskriver mind, taler han om det mentale aspekt ved hændelser, ting og adfærd, og han introducerer ordet økomentalt og formulerer således en økologisk forståelse, som også

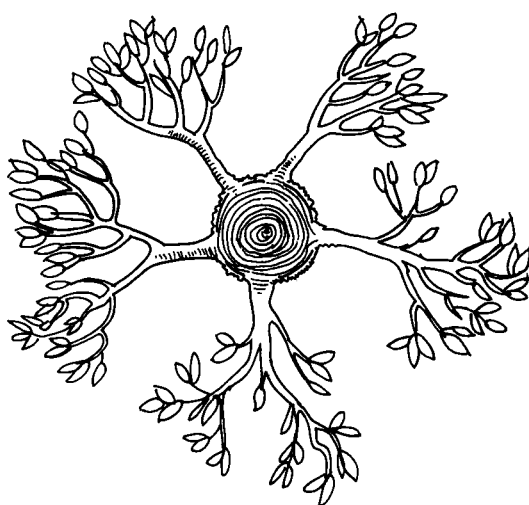
¹ Gregory Bateson (1904-1980) engelsk zoolog og antropolog. Han samarbejdede tværvideenskabeligt med amerikanske videnskabsmænd i udviklingen af cybernetikken, et studie af selvregulerede systemer. Han arbejdede især med erkendelsesteori (epistemologi – den måde vi tænker om hvordan vi tænker) og skabte bl.a. double-bind teorien. Både det systemiske og det narrative felt er forankret i Batesons tænkning.

rummer det mentale. På den måde understreger han, at mennesket med sine tanker, ideer og handlinger indgår mentalt i fællesskabet med naturen. Når vi således opfatter mind som et økomentalt begreb, kan det hjælpe os til ikke at bruge mindmapping som et mekanisk, ydre og teknisk værktøj, som blot kortlægger fakta og data. Det hjælper til, at vi ikke forfalder til simple kortlægninger og efterfølgende løsninger. Mindbegrebet inviterer til at undersøge den særlige kompleksitet, vi og den anden skaber og færdes i. Vi interesserer os således for de tænkeprocesser og handlinger, som udspiller sig i den konkrete kontekst. Vi undersøger sammenhænge, strukturer og mønstre, som forbinder den enkelte med det, som sker i fællesskabet. Denne forståelse kan også beskrives med to centrale sætninger fra den systemiske tænkning; *alting er forbundet med alt andet i verden*, og *ethvert menneske har sit helt eget syn på verden*. Netop disse to sætninger inviterer til nysgerrigt at undersøge et barns og en families egne beskrivelser af deres livsverden, og dermed deres mindmap.

Mind er et kredsløb, som forarbejder information. For at illustrere dette beskriver Bateson en mand, der fælder et træ med en økse. Hvert hug med øksen bliver afpasset og korrigeret i overensstemmelse med sporet fra det forrige hug. På samme måde kan vi lytte til en drengs beskrivelse af en episode i skolen, hvor drengen fortæller, hvordan han forsøgte at svare på lærerens spørgsmål. Hvert nyt svar fra drengen blev afpasset "sporet" i lærerens udtryk efter det foregående svar. Og i selve mappingsamtalen vil drengens svar på mine spørgsmål blive afpasset det ord, jeg vælger at skrive på kortet efter de foregående svar. Mindmapping-samtalen rummer, som det antydes her, mange lag med forskellige cirkulære og komplekse kredsløbsstrukturer. Og en mindmapping er et forsøg på at kortlægge betydningsfulde kredsløbsstrukturer i et barns eller en families liv.

MAPPING

Mapping er det engelske ord for kortlægning. Den oprindelige mindmapping idé blev udviklet af en engelsk lærer Tony Buzan omkring 1975. Han ledte efter en måde at fastholde især urolige elevers opmærksomhed omkring udforskning af et tema. Gennem sin praksis i klasselokalet



fandt han, at børnene dels blev mere kreative og udforskende, og dels bedre kunne huske de mange informationer et tema kunne rumme, når de arbejdede med at tegne kort i forskellige farver undervejs i processen. Han udviklede en systematik til selve mappingen, som kan forklares ret enkelt ud fra en illustration af et træ. Vi forestiller os at se et træ ovenfra. Stammen er i midten og grenene går ud i alle retninger, de enkelte grene deler sig ud i kviste og videre ud i blade. Illustrationen danner grundmønsteret i enhver mindmapping.

Mappingprocessen adresserer både venstre og højre hjernehalvdel. Når kortet tegnes bliver ordene gennem aktiviteten i højre hjernehalvdel omsat til tankebilleder. Og vi husker forskellige episoder som fortællinger, hvor både personer og sammenhænge står frem. Vi fornemmer de muligheder, som ligger i det, vi fortæller, og oplever en spirende kreativitet. Undervejs i processen bliver det materiale, som er registreret og tegnet på kortet, via aktiviteter i venstre hjernehalvdel, analyseret, og det indgår dermed i en logisk tankeproces, som kan verbaliseres og efterhånden blive til i en fremadrettet plan. Mappingen er en fælles og skabende proces, som bliver udviklet mellem den som fortæller, og den som lytter og spørger nysgerrigt, alt imens kortet bliver tegnet.

Basismetoden

Når mindmapping bliver brugt ved en samtale har det flere formål. Det skal først og fremmest sikre, at den anden part, dvs. forældrene eller barnet kommer til orde og får mulighed for at formulere sin version af det, som har betydning. Samtidig sikrer metoden, at sundhedsplejersken kan lytte, spørge interesseret og forholde sig til det, som kommer frem ud fra *en ikke vidende position*. Det bliver således en samtale, som undersøger et tema, og samtidig udforsker hvilke sammenhænge og mønstre der forbinder personer med det, som sker eller er sket i forbindelse med dette tema. Der bliver også plads til at tale om nye forståelser og håb om forandringer. Mindmapping i forbindelse med en samtale kan således give begge parter et godt overblik og en fælles forståelse, som derefter kan danne grundlag for det videre samarbejde. Undervejs bliver samtalen dokumenteret i kraft af kortet, som tegnes på et stort flipoverark.

Mindmappingen er en visuel og grafisk arbejdsmåde, som sikrer at forskellige perspektiver på et tema bliver synlige for dem som deltager. De forskellige perspektiver kommer frem gennem fokuspersonens beskrivelser, og hvis der er flere deltagere, bliver deres ideer og forståelser også inddraget og føjet til kortet.

Når sundhedsplejersken skal tilbyde en ydelse, som er anderledes end den generelle sundhedsplejerskeydelse, kan hun lave en mindmappingsamtale. Denne særlige iscenesættelse markerer, at sundhedsplejersketilbuddet bliver fokuseret og målrettet anderledes end sædvanligt. Og hun viser samtidig, at det sker i et tæt samarbejde med familien. Vi kan kalde det en *behovs- og mulighedsmapping*. Sundhedsplejersken undersøger og lytter for at blive klogere på fokuspersonens egen fortælling. Hun kan sammenlignes med en opdagelsesrejsende, der er på vej ind i nyt og ukendt land, hvis folk hun ønsker at udforske. Det område, hun er på opdagelsesrejse i, er for eksempel "forældrenes egen forståelse af deres aktuelle virkelighed med børnene og hinanden".

Der bliver skabt en samtale, hvor forældrene får ejerskabet til det, som foregår. Det er forældrenes proces, og det er forældrenes egen version af deres virkelighed som fortælles. Sundhedsplejersken er interesseret, lyttende og nysgerrig som en etnograf ville være. Undervejs tegner hun kortet over de skikke og det landskab, som familien viser hende. Hun lytter og

spørger interesseret, således at der også bliver knyttet små fortællinger til undervejs. Hun holder sine egne meninger og sin ekspertviden tilbage.

Den konkrete iscenesættelse understøtter formålet

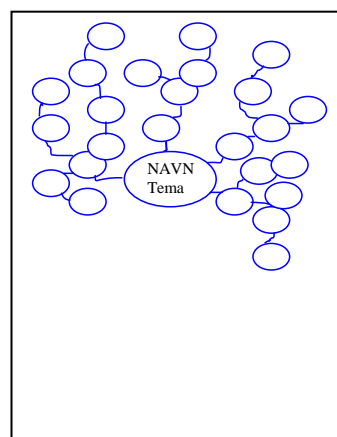
Inden mappingsamtalen har sundhedsplejersken og forældrene talt om, at det er en særlig samtale, som kræver plads ved et bord, og at der så vidt muligt er ro fra andre opgaver eller besøgende. Til selve samtalen medbringer sundhedsplejersken en bordflipover og tuscher i



forskellige farver. Farverne er en støtte til at man efterfølgende hurtigt kan finde de forskellige undertemaer fra samtalen. Farverne skaber overblik, dels med det som er sket, det som ligger i fremtiden, og det som er svært. Med det store papir på flipoveren sikrer sundhedsplejersken, at begge parter kan følge processen efterhånden, som kortet bliver tegnet. Det fremmer den fælles kreative proces, og kortet bliver med hjælp fra sundhedsplejersken et billede af det, forældrene

fortæller. Kortet er det fælles tredje, som også hjælper til at balancere relationen mellem sundhedsplejerske og forældre. Det fremmer den kreative tanke hos den enkelte, når det er muligt at veksle mellem at se på kortet og hinanden. Kortet fastholder samtalefokus. Og ikke mindst så gør kortet det muligt at vende tilbage til udtryk, som kom tidligere i samtalen.

Som indledning til mappingsamtalen tegner sundhedsplejersken en cirkel midt på papiret og skriver familiens navne. Hun har valgt den blå pen og fortæller, at den vil hun bruge i første del af samtalen, som mest vil handle om deres levede liv, altså det som er aktuelt og med beskrivelser fra det, de tidligere har oplevet i familien. **Sundhedsplejersken vælger den blå pen som et symbol på, at samtalen tager udgangspunkt i deres mange familiehistorier som en udtømmelig kilde.** Samtalen bliver åbnet med at spørge til det, de sætter pris på ved at være en del af familien. Et åbningsspørgsmål kan være "Hvad er den største glæde ved at være sammen med Mia lige nu?". Ideen med at indlede på den måde er, at sundhedsplejersken kan få et billede frem af familien, som er det foretrukne billede. Denne version kan efterhånden skabe kontakt og give grundlag for en meningsfuld samtale baseret på tillid og interesse.



Ud fra cirklen i midten tegner og skriver sundhedsplejersken med den blå pen. Hun udvælger enkelte ord, helt korte sætninger eller symboler, som efterhånden kommer frem i forældrenes fortælling om det aktuelle familieliv med barnet. Ordene lægges ind i små cirkler eller bobler som bliver forbundet i forløb som en perlekæde. Sundhedsplejersken lytter opmærksomt efter

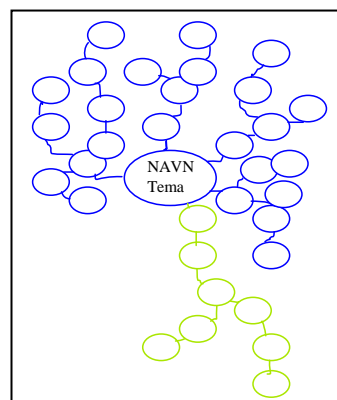
de meningsbærende ord i det, den enkelte fortæller, og hun vælger ord, som kan bære fortælleprocessen videre frem. Et eksempel kan være. *Lille Mia er midtpunktet i vores liv, og vi glæder os over hende hver dag.* Med udgangspunkt i boblen med barnets navn *Mia* tegner sundhedsplejersken nu en ny boble med ordet *Midtpunkt*. Derefter spørger hun måske om en episode, hvor det viser sig. Og får svaret: *Jo, du skulle se vores morgenstund. Hun kalder på os. Her til morgen fandt hun på ...* Sundhedsplejersken lytter til historien, mens hun med udgangspunkt i den foregående boble tegner en ny med ordet *Morgenstund*

Forældrenes fortælling bliver understøttet ved, at sundhedsplejersken lytter og undervejs stiller spørgsmål. Måske spørger hun til interesser og oplevelser, til udvikling og omsorg, eller til samspil og samvær med andre. Spørgsmåleneⁱⁱ vil bevæge sig mellem de lineære og cirkulære spørgsmål, (se bilag - NOTER). De lineære afklarer det, der bliver talt om, og de cirkulære spørgsmål udforsker de temaer, som kommer frem, og skaber mulighed for, at forældrene kan gå ind i en kreativ fortælleproces med plads til forskellige perspektiver, sammenhænge og forståelser.

Sundhedsplejersken er lyttende og ikke styrende på selve indholdet i svarene. Måske gentager hun dele af svaret for at vise, at hun hører efter, og stiller nye spørgsmål, som hjælper forældrene til at folde nye detaljer og billeder ud.

Denne del af samtalen varer mellem en halv time og tre kvarter. Sundhedsplejersken sikrer, at samtalen bevæger sig mere i bredden end i dybden. Kortet skal rumme flere forskellige facetter af familielivet med barnet. Der er plads til at berøre forældrenes oplevelse af besvær og bekymring i den aktuelle virkelighed; men der er ikke plads til at folde alle de forskellige temaer særligt meget ud. Meget bliver berørt og tegnet, og mindre bliver beskrevet nærmere. Der er tale om et samarbejde mellem sundhedsplejerske og forældre, når kortet skabes. Og det er vigtigt at *følge forældrene*, når de viser rundt i deres familielivslandskab.

Som tegn til at fokus skifter, tager sundhedsplejersken den grønne pen. Hun drejer samtalen hen på de ønsker og håb forældrene har for deres børns udvikling og fremtidige liv. **Den grønne farve er valgt, fordi den symboliserer håb og vækst.** Åbningsspørgsmålet til denne del af samtalen kan være: *"Hvilke særlige håb og ønsker har du for Mia, når du tænker frem i tiden?"* I denne del af samtalen er det relevant at stille fremtidsrettede cirkulære spørgsmål, de såkaldte refleksive spørgsmål. Det vil understøtte forældrenes mulighed for at opleve nye forståelser og samtidig fornemme, at forandring i retning af det ønskede er muligt.

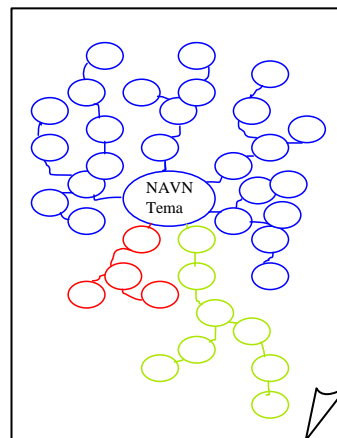


Forældre har drømme om, hvordan deres børn og deres familie kan blive. De har ønsker og håb, og de gør sig mange tanker om det bedste. *"Vi kan tage i byen alle sammen, gå i Friheden, spise is og prøve de nye forlystelser". "Lærerne fortæller, at hun er den i klassen, som*

er med til, at der ikke sker nogen mobning". "Hun kan selv sige fra og samtidig hjælpe dem, som bliver drillet". "Vi er med til hendes eksamensfest, og vi er stolte over, at hun tør rejse ud i verden". "Vi bakker op". "Vi holder sammen". Sundhedsplejersken følger forældrenes svar, hun lytter og understøtter. De meningsbærende ord bliver ført ind på kortet, som efterhånden fyldes ud med det *endnu ukendte familielivslandskab*.

Denne del af samtalen varer ca. et kvarter. Igen er det sundhedsplejersken, som sikrer, at samtalen berører forskellige facetter af et fremtidigt familieliv med barnet. Der er plads til *det næsten uopnåelige*, forældrene sættes fri, og alt er muligt; men der er ikke plads til at folde alle de forskellige temaer særligt meget ud. Meget bliver berørt og tegnet, og mindre bliver nærmere beskrevet. Der er igen tale om et samarbejde mellem sundhedsplejerske og forældre, når denne del af kortet bliver skabt.

Nu kommer det tredje skift. Sundhedsplejersken og familien ser på kortet. Det er nyt for forældrene at se deres eget *landskab* tegnet op. Sundhedsplejersken lader sin hånd gå hen over det blå felt og derefter det grønne felt. Hun genfortæller brudstykker af det, forældrene har fortalt, stadig uden at fortolke, og så tæt på forældrenes egne ord som muligt. Hun benævner måske nogle af de forskelle og sammenhænge, hun ser. Forskellene vil af mange forældrene blive oplevet som store og nærmest umulige at leve med. De oplever måske, at de ikke har kræfterne selv. Eller at de mangler viden og selvtillid. Og måske kan de ikke sætte ord på det.



Inde bag det som er svært, ligger forældrenes ønske om at kunne gøre noget. Det er således vigtigt både at lytte til det, som er svært, og til det som skjuler sig bag det. Vi taler om at lytte dobbelt. Sundhedsplejersken stiller spørgsmål om *det, som spærrer mellem det, familien kender, og det, de håber, kan ske*. Hun lytter og skriver de meningsbærende ord på kortet. Efterhånden fokuserer hun de næste spørgsmål lidt anderledes ved for eksempel at sige: "Hvad vil være vigtigt for dig at kunne, men som du ikke ser mulighed for at klare lige nu"? Hensigten er at forældre og sundhedsplejerske sammen finder frem til nogle spor, som kan vise familiens egen kraft. Når denne del af kortet bliver tegnet, bruger hun den røde pen. **Farven rød er valgt, fordi den fokuserer og skærper vores opmærksomhed.**

Nu er selve mappingen færdig, og sundhedsplejersken retter sin interesse mod den støtte, forældrene hidtil har modtaget fra sundhedsplejen, og spørger hvilken del, de især har kunnet drage nytte af og hvorfor. Hun spørger også til hvilke ideer, de har om, hvad der skal til for, at de kan komme *et lille skridt videre* i retning af det, de ønsker for børnene og for familielivet. Sundhedsplejersken holder sin ekspertviden tilbage, og hun holder sin fulde opmærksomhed på det forældrene siger. Det er sjældent, at forældrene klart kan formulere, hvad der skal til, fordi de fleste familieproblemstillinger er meget komplekse og kræver tid og omtanke. Det er vigtigt

at sundhedsplejersken ikke lægger et forventningspres ind over forældrene. Hvis forældre kommer med ideer tager sundhedsplejersken **den sorte pen og skriver sort på hvidt** det, de mener, kan være en hjælp for dem.

Undervejs i mindmappingen kan der opstå emner og pludselige indfald, som ligger langt fra det tema, som er i fokus. Sundhedsplejersken lytter, men kort. Hun vælger derefter at placere det nye emne på en "parkeringsplads" nederst på kortet for evt. at tage det op senere, hvis det bliver relevant. Ofte venter emnet til den næste samtale. Det sker i åbenhed og sammen med familien.



Til allersidst drejer sundhedsplejersken kortet over mod forældrene, således at kortet står mellem dem og hende. Ideen er, at *afbryde den direkte relation* mellem dem, og give forældrene plads til sammen at se på kortet og snakke lidt om det, de ser. Det giver forældrene mulighed for at få et overblik over indholdet i samtalen og opleve ejerskab til det, som er sket i løbet af samtalen.

Som afslutning siger sundhedsplejersken tak og giver udtryk for at samtalen har givet hende en ny forståelse af deres situation. Hun forklarer ikke nærmere hvordan og kommenterer ikke samtalen yderligere. Hun holder fortsat sine tolkninger og sin ekspertviden tilbage. Hun er venlig og fast, idet hun siger: *"Nu vil jeg tænke videre og vende tilbage med forslag, som vi kan se på sammen"*, og hun tilføjer, *"Og jeg vil bede jer gøre det samme"*. Samtidig bliver kortet pakket sammen, som signal til at *mindmapping-konteksten er afsluttet*. Et sundhedsplejerskes besøg, som indeholder den første mapping, varer cirka halvanden time. Sundhedsplejersken sender efterfølgende et print af kortet til familien, således at forældrene har mulighed for at fastholde det, som skete.

Mindmapping er en ny kontekst, som bliver lagt ind i en kendt kontekst

Sundhedsplejerskens samtale i form af en mindmapping er en afgrænset og tydelig kontekst, som lægges ind i et besøg hos familien. Sundhedsplejersken har antagelig været hos familien tidligere, og der er allerede etableret en særlig kontakt mellem hende og forældrene. Måske har samarbejdet allerede fundet sin form, og *sådan gør vi*. Når besøget bliver omdefineret til også at rumme en mindmapping bliver det *et nyt møde* i mødet, og det er nødvendigt, at sundhedsplejersken kan forklare hvorfor, og hvad meningen er. Sundhedsplejersken bruger evt. tid på at lade forældrene genfortælle hvilken mening, de har hørt hende sige, at det kan have, og derefter tale om hvilken mening det kan have for dem. Det er godt at have tålmodighed til afstemning af forventningerne. Det er nødvendigt, at forældrene oplever, at det er nyttigt for dem, at få mulighed for at fortælle deres version af virkeligheden, og at sundhedsplejersken i

den forbindelse ikke deltager som den sundhedsekspert hun også er; men allermest lytter og bakker op om deres fortælling.

Mindmapping er en iscenesættelse, som både er konkret og abstrakt. Konkret, fordi det foregår som en synlig handling i situationen, og abstrakt fordi kortet rummer mange betydningslag, som efterhånden kan udfoldes, hvis parterne vælger det.

Mindmapping korresponderer med den form for hukommelse, som er lagret i højre hjernehalvdel som fortællinger, sanseoplevelser og billeder, og mappingprocessen skaber nyt materiale som i den venstre hjernehalvdel kan omsættes til verbal kommunikation og ny planlægning.

Mindmapping og overvægtige 0. klasse børn

Sundhedsplejen i Århus har siden 2007 anvendt mindmapping som interviewmodel i forbindelse med de særligt udsatte og sårbare børn. Basismodellen, som den er beskrevet i det foregående, bliver brugt til at finde frem til hvilken støtte familien har brug for, og hvor stor en ekstra indsats i form af *besøgspakker*, der skal udvikles og bevilges. I forbindelse med sundhedsplejens opgave med de overvægtige 0.klasse børn blev det besluttet at videreudvikle mindmappingmodellen, så den kan bruges sammen med de overvægtige børn og deres forældre.

Ud over at mindmappingmodellen skal tilpasses de 6årige 0. klasse børn og deres forældre, så skal modellen også medtænke, at overvægt for mange er forbundet med skam og skyld. Der er i dag en særlig opmærksomhed på fedme, og den belastning dette problem, på linje med alkohol og rygning, har på sundhedssystemet. I befolkningen generelt bliver fedmeproblemet ofte opfattet som et individuelt spørgsmål, hvor enten forældrene eller barnet selv må tage sig af det, og sørge for at spise sundt og motionere noget mere. I FFFS-programmet bliver 0. klasse barnets overvægt imidlertid sat ind i en større sammenhæng, idet der bliver arbejdet med en overordnet målsætning om at bidrage til at skabe bevidsthed og kultur i befolkningen, som fremmer normal vægtudvikling. I FFFS ligger fokus for indsatsen i barnets familie, men med en tydelig forankring til fagpersonerne i den kommunale sundhedstjeneste. Det betyder, at målet for FFFS er at udvikle handlekompetence hos barnet, hos familien og hos fagpersoner. Specialistsundhedsplejersken bringer denne forståelse med ind i samarbejdet med familierne, og har på den måde mulighed for at balancere ansvaret for sundhed mellem parterne frem for at placere skyld hos den enkelte.

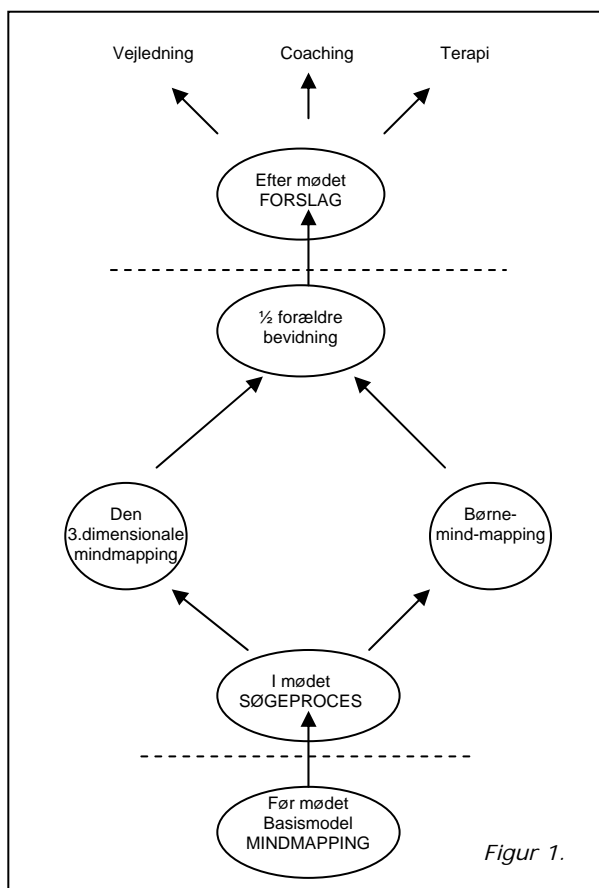
Til opgaven "Fedt for fight - skolestarter" (FFFS) har vi udviklet to mindmappingmodeller. Den ene model er *den tredimensionale mindmapping*, og den anden model er en *børnemindmapping*. I begge modeller spiller forældrene en stor rolle, dels som dem der sætter rammen for samtalen, dels som dem der efterfølgende bevidner børnenes fortællinger. På den måde ønsker vi at balancere ansvaret for sundhed og undgå en individualisering af problemet.

1. hjemmebesøg - sundhedsplejersken vælger mindmappingmodellen og indleder den første søgeproces (se figur 1)

Sundhedsplejersken ved kun lidt om barnet, når hun kontakter en familie, som har fået tilbudt et forløb med FFFS. Hun har modtaget et skema med de få data, som er nødvendige, for at hun kan ringe til familien. Familien er orienteret om FFFS, idet en af forældrene og barnet har været hos skolesundhedsplejersken sammen. De er blevet fortalt, at tilbudet indeholder hjemmebesøg af en sundhedsplejerske, leg og bevægelse i DGI-huset og forældregruppe. Og at de vil blive ringet op af en sundhedsplejerske, hvis de tager imod tilbuddet

Ved telefonopringningen aftaler sundhedsplejersken, hvornår hun kan besøge familien og tale med barnet og forældrene og eventuelt de ældre søskende. Telefonsamtalen bliver ikke brugt til at drøfte forholdene nærmere, hvilket er et bevidst valg fra sundhedsplejerskens side. Hun ønsker at indlede forløbet med familien samlet. På den måde får hun kontakt med barnets nærmeste, som alle på forskellig vis bliver en del af FFFS forløbet. Den 6årige i familien er fokuspersonen, men bliver altid opfattet i sammenhæng med de andre i familien.

Samtalen i familien bliver indledt ved, at alle sætter sig sammen, dvs. forældrene, barnet og sundhedsplejersken. Det vil ofte være en god ide også at invitere større søskende med. Sundhedsplejersken spørger lidt til de tanker familien har om at få besøg af hende, og det er under denne indledning, at sundhedsplejersken beslutter, om hun vil arrangere mindmappingsamtalen som en *tredimensional mapping* eller en *børnemindmapping*.



Hvis barnet er afventende, reserveret og fåmælt vil sundhedsplejersken vælge en *tredimensional mapping*, og hvis barnet er ivrig, snakker og virker tryk ved situationen, vælger hun at gå direkte til en *børnemindmapping*.

Børnemindmappingen - barnets eget kort fortalt af barnet selv.

Efter den indledende snak, hvor barnet har virket livligt og trygt, bliver forældre og barn inviteret til at prøve noget nyt. Og sundhedsplejersken forklarer, hvad meningen er. Hun fortæller,

at hun og barnet sammen skal tegne en stor mindmap på bordflipoveren. Det er et *kort over barnets verden* med blandt andet familien, skolen og de ting, som er spændende at lege, når man er 6 år. Meningen med kortet er, at sundhedsplejersken på den måde lærer barnet at kende, og hører hvordan barnet selv kan forklare, hvordan det opfatter sin verden. Sundhedsplejersken fortæller, at hun har brug for dette som grundlag, når hun skal finde den bedste måde at støtte netop deres barn og familie i det kommende FFFS forløb. Mindmappen kan hjælpe til, at barnet bliver inddraget på en passende måde i forhold til at få et medansvar undervejs. Hvis familien har talt om overvægt i den indledende snak, og hvis de har talt om, at barnet *jo er for tykt*, så vil dette tema naturligt indgå i mappingen. Hvis det ikke er nævnt, vil sundhedsplejersken holde sin opmærksomhed på det, barnet selv fortæller, og så vidt muligt følge dets initiativ undervejs i mappingen. Det er ikke vigtigt absolut at inddrage overvægtsproblemet, det er vigtigere, at have øje for *det hele barn og netop understøtte, at barnet definerer sig selv* gennem hverdagens små oplevelser med familie og venner.

I mødet med den 6årige er sundhedsplejersken opmærksom på denne aldersgruppes generelle udviklingsniveau. Det kan forventes, at barnet har opnået en udvidelse af den kognitive og følelsesmæssige udvikling, som betyder, at det nu kan begynde at fremstille oplevelser og erfaringer i sammenhængende fortællinger. Det har fortsat brug for at fortælle ud fra oplevelser, som er præget af leg, og derfor interesserer sundhedsplejersken sig særligt for det, barnet leger og spiller. Hun er også interesseret i at høre om små episoder i skolen eller på legepladsen, fordi det 6årige barn kan forholde sig til sig selv på både handle- og tankeplanet. Evnen til at sætte sig i den andens sted og dennes særlige forventninger er også udviklet; men det er stadig svært for den 6årige at skelne mellem uheld og handlinger, som er tilsigtede. For eksempel vil barnet ikke skelne mellem, om en jævnaldrende skubbede med vilje, eller kom til at gøre det ved et uheld. Barnets har stadig en konkret og absolut regelmoral, som kan medføre, at det føler sig skyldigt i handlinger, det ikke har nogen indflydelse på. Netop denne *enten eller* forståelse betyder, at sundhedsplejersken er varsom med at fokusere på tunge problemstillinger i den første børnemindmapping. Det er, som i basismindmappingen, vigtigt at tegne et kort, som er en *oversigt over børnelivet*, frem for en detaljeret undersøgelse af særlige områder.

Det er godt, hvis kortet også rummer barnets ideer om fremtiden, for eksempel håb og ønsker for det, barnet engang kan opleve eller opnå. Denne del kan imidlertid være vanskelig for den 6årige at svare på. Sundhedsplejersken kan bruge formuleringer som, *hvis du havde en tryllestav ...* afvente og støtte lidt med små anslag til ideer for at hjælpe på vej. Hun kan fremhæve konkrete sammenhænge og tidspunkter, hvor håbet og ønsket kunne vise sig. Det er naturligvis vigtigt ikke at presse. Nogle børn opfatter spørgsmålet som en ønskeseddel til fætter BR, og starter en lang opremsning af ting. Vi ved imidlertid, at den 6årige kan begynde at lægge planer og tænke frem, og sundhedsplejersken stiller de fremtidsrettede spørgsmål for at tilbyde barnet muligheden for at tale om de gode forventninger og håb for dets liv.

Når sundhedsplejersken spørger til barnets familie, skolen og SFO'en, interesserer hun sig netop for det, barnet ved en masse om, og som rummer barnets levede liv. Sundhedsplejersken er



nysgerrig og lyttende, og hun holder sig ikke tilbage for at få små detaljer om for eksempel kattens navn, sovested, foder, yndlingslegetøj og frække påhit. Undervejs i mappingen bliver de vigtigste ord skrevet med blok-bogstaver i boblerne, og måske bliver der tegnet en kat eller andre symboler, som hjælper barnet til selv at kunne læse kortet. Undervejs kan barnet hjælpe med at tegne kortet, og på den måde bliver det færdige resultat oplevet som *barnets egen mindmap*.



Sundhedsplejersken har et dobbeltfokus undervejs i mappingen, og hun kan spørge til både det som skete, og det barnet oplevede og håbede ved det, som skete, altså både barnets egne følelser og andres. Hun kan spørge til det, barnet hellere ville have været sket, og det barnet gerne vil kunne i den forbindelse. For eksempel løbe hurtigt og cykle sammen med de andre. Det er vigtigt, at sundhedsplejersken aldrig er intentionel med sine spørgsmål og aldrig *lægger svarene i munden* på barnet. Sundhedsplejersken er nysgerrig og interesseret. Hun ser sig selv som en opdagelsesrejsende i barnets landskab, og det er barnet, som viser vej.

Under mappingen sidder forældrene lidt i afstand fra barnet og sundhedsplejersken. De lytter i tavshed til barnets fortællinger, som varer omkring en halv time. De er blevet bedt om at lytte, således at de eventuelt kan gengive dele af det, de hører undervejs. Når mappingen er færdig, bliver forældrene bedt om at se nærmere på kortet og finde et par *bobler*, som de lagde særligt mærke til. De bliver spurgt, om de kan huske, hvad barnet sagde i den forbindelse. Dette spørgsmål opholder sundhedsplejersken sig ved, for dermed at støtte forældrene i at genfortælle det barnet fortalte. Og de taler sammen om, hvad de *bobler*, som forældrene valgte fortæller om barnet, og for eksempel hvilket billede det viser af barnet. I børnemindmappingsens sidste del får barnet mulighed for at kommentere det, forældrene netop har sagt. Samtalen slutter med at sundhedsplejersken tager et billede af kortet for at bruge det, når der skal laves en FFF-S plan. Derefter får barnet det færdige kort, som kan sættes op på en væg eller en skabslåge frem til det andet hjemmebesøg. Indtil da vil både familie og sundhedsplejerske overveje, hvordan forældrene og barnet får den bedste støtte i det kommende forløb. Hjemmebesøget har ikke som mål at komme med løsninger og konkrete forslag; men muligheden for at barnet kan deltage i leg og bevægelse i DGI-huset bliver ofte drøftet ved det første hjemmebesøg, fordi det er populært blandt børnene, og når motivationen er høj.

Den tredimensionale mindmapping - skabt af forældre og barn i fællesskab.

Sundhedsplejersken vælger den tredimensionale mindmapping, når barnet under den ind

ledende snak viser, at det ønsker, at konteksten for samtalen bliver defineret nærmere. Og når barnet viser, at det gerne vil have, at forældrene tager et tydeligt ansvar i dette. Det er første gang specialistsundhedsplejersken besøger familien, og barnet ved, at det på en eller anden måde er i fokus. Som 6-årig er barnet styret af, hvad det opfatter, at andre ønsker det skal gøre. Det har derfor brug for at forstå, hvad der skal foregå i samtalen med sundhedsplejersken, hvor og hvordan man skal tale sammen og hvor længe. Og barnet har især brug for at vide, hvilke forventninger forældrene har til det, som skal foregå. Sundhedsplejersken er opmærksom på, om der kan opstå et loyalitetsspørgsmål mellem dem, og hun fornemmer, om det er svært for familien at tale frit om overvægten. Måske tænker barnet: *Vil far og mor synes om det, jeg siger? Hvad, hvis jeg ikke kan svare rigtigt?* Hun er opmærksom på barnets tilknytning til forældrene. Tilknytning opstår for barnet i forhold til de mennesker, der kan give beskyttelse og sikkerhed, og en tryk tilknytning skaber *en sikker base*, hvorfra barnet kan undersøge verden og udvikle sig. John Bowlby² betragtede tilknytning som en nødvendighed livet igennem, og ikke kun i småbarnsårene.

Sundhedsplejersken tilstræber, at situationen er præget af lethed. Og allerede under den indledende kontakt toner hun sig ind på familiens og barnets sprog. Hun fornemmer, hvordan barnet har brug for forældrene som *den sikre base*, og med tydelig engagement og interesse inviterer hun alle til at prøve noget nyt. Hun giver forældrene rollen som konsulenter og organiserer mindmappingen som en tredimensional samtale, hvor alle tre parter på skift og ud fra tre forskellige positioner bidrager til barnets mindmapping. Mappingen bliver nu et fælles projekt, hvor forældrene tager det første skridt. (For at forstå metaforen "den tredimensionale mindmapping", kalder vi den mindmapping, vi kan lave med os selv for endimensional, og når den foregår mellem to personer kalder vi den todimensional).

Mindmappingen indledes med, at forældrene bliver interviewet i lidt under ti minutter. Forældrene er placeret sammen med sundhedsplejersken ved bordflipoveren, og barnet sidder i afstand og lytter, måske tegner det imens. Barnet får at vide, at forældrene starter med at fortælle, hvad sundhedsplejersken skal skrive på flipoveren. Og barnet får at vide, at efter ti minutter fortsætter de to med at tegne kortet sammen, og da er det forældrene, som får plads på lyttestolene. Til sidst, når kortet er færdigt, får forældrene lov til at sige, hvad de synes er det vigtigste på kortet. Sundhedsplejersken fortæller om mindmappen, som skal tegnes, at det er *et kort over barnets verden* med blandt andet familien, skolen og det som er spændende, når man er 6 år. Hun fortæller, hvordan kortet skal hjælpe hende til at finde den bedste måde at støtte barnet og familien på, og at den kan vise hende, hvor meget medansvar barnet skal have for sin egen proces undervejs. Derefter inddrager sundhedsplejersken forældrene direkte og påbegynder mindmappingen ved at skrive barnets navn i en cirkel midt på flipoverarket. Først hører hun lidt om, hvad barnet især går op i, og hvad de som forældre glæder sig over,

² John Bowlby (1917 – 1990) engelsk børnepsykiater og psykoanalytiker. Han opfatter tilknytning som et medfødt beredskab hos barnet som sikrer det beskyttelse. For Bowlby var det en væsentlig pointe, at tilknytning hos det nyfødte barn opstår til en figur, der kan beskytte og give sikkerhed, til forskel fra en, der kan give mad. Med tilknytningen som **en sikker base** opbygger barnet en indre model af verden og sig selv i samspil med den.

at barnet kan. Derefter drejer sundhedsplejersken samtalen hen på, hvad forældrene mener, er vigtigt, at hun snakker med barnet om, når hun skal tegne videre på kortet sammen med barnet. Hun skriver de forskellige temaer, som forældrene foreslår i adskilte ordbobler med plads til at barnet kan udfolde dem, når de senere bytter plads. Det er denne kontekst-afgrænsning, der skaber trygheden for barnet. Barnet lytter og bliver som regel meget optaget af forældrenes forslag; men hvis forældreinterviewet varer for længe taber barnet interessen. Det må allerhøjest gå ti minutter, inden barnet selv er i gang ved flipoveren.

Nu er det barnets tur til at fortælle. Sundhedsplejersken indleder med, at de snakker om den første del af mappingen, som forældrene har lavet. Barnet får støtte til at gå videre, og ofte vil barnet vælge blandt de forslag forældrene er kommet med, andre gange går barnet blot videre og fortsætter, med at fortælle og udfolde sine egne historier. Det foregår, som det er beskrevet i det foregående afsnit om børnemindmapping. Med blå ordbobler, små tegninger og symboler fra det, som sker i skolen, i fritiden og derhjemme. Måske kommer der også grønne ordbobler med håb og drømme, og røde som fortæller, hvad der er svært. Og måske er der sat emner på "parkeringspladsen" til næste gang, sundhedsplejersken kommer på hjemmebesøg. Denne del af mappingen varer ca. en halv time.

Derefter bliver forældrene bedt om at bevidne barnets bidrag til mindmappingen. De har lyttet og noteret sig, hvad barnet har fortalt, og de bliver bedt om at vælge de ordbobler, som de lagde særligt mærke til. Efter, at de har fortalt, hvad barnet selv sagde om ordene taler sundhedsplejersken og forældrene om, hvad netop disse ord viser om deres barn. Som afslutning ser alle på kortet, og barnet får det sidste ord, idet det bliver bedt om at kommentere forældrenes sidste udsagn.

På samme måde, som beskrevet under børnemindmapping, bliver kortet fotograferet og hængt op for at blive brugt igen i det andet hjemmebesøg. Kortet er *familiens mapping* over barnets livslandskab.

De to mappingmodeller har varierende former i hjemmebesøgene. Ved de fleste besøg vil den tredimensionale mapping være at foretrække, fordi den imødekommer barnets behov for en *sikker base*. I de familier hvor forældrene imidlertid har forberedt barnet godt på sundhedsplejerskens besøg og fortalt, at de står med en fælles familieopgave, er barnet klar til at gå i gang med det samme. Da er det bedst at gå direkte i gang med en børnemindmapping, fordi barnet forventer aktivitet og handling. Og det er ikke nogen god ide at bruge for meget tid på yderligere forberedelse med forældrene.

Der er familier, hvor den 6-årige ret ukritisk og uden hæmning straks går i nærkontakt med sundhedsplejersken. Barnets skepsis synes ikke at eksistere, og det samme kan man sige med hensyn til egne og andres grænse. Disse børn vil meget gerne *være på* med det samme. I de situationer er det en god ide at tilbyde den tredimensionelle mapping; og samtidig være meget opmærksom på både at styre tid og timing.

Forældrebevidning

De forskellige tilknytningsmønstre, som udspiller sig, viser, hvor stor betydning forældrene har for den 6-åriges trivsel og udvikling. Ud over valget af mappingmodel tager sundhedsplejersken konsekvensen af dette, og hun inviterer forældrene til at indgå som særlige bevidnere. Det sker ved mappingsens afslutning, hvor forældrene genfortæller det, de finder vigtigt af det, de hørte barnet fortælle, og derefter tilføjer deres tanker om, hvad det viser om barnet. Hensigten er at understøtte en proces, som kan styrke barnets identitet. Barnet vil føle sig set og værdsat, og forældrene får samtidig en tydelig plads som forældre, der kan sætte ord på det, de mener, har værdi for barnet. Bevidningen giver også barnet mulighed for at høre om forældrenes erfaring og viden, samtidig med at der måske bliver talt om det skridt, forældrene gerne vil tage for at ændre et problem. Bevidningen skaber bro mellem barnet og forældrene.

I denne første mindmappingsamtale er det imidlertid vigtigt, at barnets egen fortælling fylder mest. Derfor kan det være vanskeligt at give plads til en hel bevidning fra forældrene. En hel bevidning er bygget op over fire spørgsmål. De første to spørgsmål handler om det, barnet har fortalt. De sidste to spørgsmål handler om forældrene, idet de fortæller, hvad barnets fortælling minder dem om fra deres eget liv. Spørgsmålene er:

Først om barnet ...

1. Hvad var det vigtigste, du hørte dit barn fortælle? Find en eller to ordbobler. Og hvad var det han/hun sagde?
2. Hvad får det dig til at mene, er vigtigt for dit barn? Hvad fortæller det om dit barn?

Derefter om forældrene selv ...

3. Hvad minder det dig om i dit eget liv? Hvad kommer du til at tænke på fra dig selv?
4. Det du netop har hørt, og det du netop har fortalt – hvad får det dig til gerne at ville gøre? Hvilke nye ideer giver det dig?

Under forældrenes bevidning kan barnet tegne, lytte stille ved bordet eller gå lidt omkring. Det er naturligvis vigtigt, at barnet bliver i lokalet.

Som sagt, så kan alle fire spørgsmål komme til at fylde for meget ved en første mindmapping. Og man må overveje, om de første to spørgsmål er passende og tilstrækkelige til, at både barn og forældre bliver hørt på en ny og bekræftende måde. Vi kalder de to spørgsmål *en halv bevidning*.

Under den samlede mappingsamtale har alle parter en tydelig position og rolle. Den 6-årige er fokuspersonen; men alle har betydning. Det er tydeligt, hvem der fortæller, og hvem der er i lytteposition undervejs. Det fortalte bliver dokumenteret på mindmappen, og alle kan følge processen. Barnets fortællinger til kortet får plads uden afbrydelser, og bliver på den måde skabt i den version, barnet foretrækker. Alligevel bliver der mulighed for, at forældrene kan bidrage gennem bevidningen og under de sidste fælles kommentarer fra barnet og forældrene. Mappingsens struktur hjælper alle parter til at holde opmærksomhed og fokus, og samtidig give plads til refleksion og eftertanke.

**De næste hjemmebesøg -
sundhedsplejersken fortsætter processen via sundhedssamtaler, hvor forældrene får
hovedansvaret for barnets vægtstabilisering.**

Det andet hjemmebesøg aftales ca. 14 dage efter det første. Nu har indtrykkene og temaerne fra det første besøgs mindmapping bundfældet sig, og både familie og sundhedsplejerske begynder at indstille sig på en fremadrettet FFFS-handling. Måske har begge parter forslag, som de kan drøfte. Mindmappen fra det første hjemmebesøg tages frem, og danner nu et vigtigt grundlag for samtalen om den konkrete familiehandleplan. Som regel bliver aftalen, at barnet er med i leg og bevægelse i DGI-huset, og at forældrene deltager i forældregruppe. Under det andet hjemmebesøg bliver der også udformet og aftalt en mere skræddersyet plan til familien. Det kan handle om meget forskellige ting som vejledning omkring indkøb og valg af produkter, det kan handle om hverdagsvaner med mellemmåltider, skolevej, dagsrytme, kommunikation, traditioner m. m. Temaer som alle kan gå under betegnelsen "den konkrete families livsstils-mønstre".

Indtil nu har FFFS-projektet ikke arbejdet målrettet med at nyudvikle metode til 2. 3. og 4. hjemmebesøg. Sundhedsplejerskerne, som alle er erfarne i det sundhedsfaglige arbejde, har udviklet og afprøvet forskellige ideer, som på forskellige vis har ført frem til gennemførelse af de valgte familiehandlingsplaner. Dette arbejde står foran en nærmere beskrivelse, og vi taler om, at 2. generation af metoden er på vej.

Centrale temaer omkring metodeindlæringen

Vi har i dette afsnit set på fire væsentlige temaer, som er omdrejningspunkter i sundhedsplejerskens arbejde i familien. De fire temaer er "Ansvar og medansvar", "Forældremodstand", "Udvikling i samtalerne" og "Succeskriterier". De fire temaer er indledt med en overordnet metatekst, dernæst følger nogle tematiske overskrifter i grå felter. Disse er dokumenteret ud fra en række citater fra fokusgruppeinterviewene og familieinterviewene.

Ansvar og medansvar

Et af formålene med FFFS er, at barnet får opbygget gode vaner omkring sund kost og motion, så det kan undgå overvægt, også længere fremme i livet. Barnet skal således lære at blive en god forvalter af eget liv. Men skal barnet ikke også have love til at være barn? Så hvem bærer ansvaret og medansvaret i et FFFS forløb, og hvilken position indtager shpl i et FFFS forløbet uden at overtage ansvaret? De fleste kan blive enige om, at det grundlæggende mest er forældrenes pligt at påtage sig dette ansvar, men er faren og moren enige om at deltage i FFFS, eller er det mest morens projekt, at barnet skal tabe sig? Familiernes forskellige forudsætninger og kapaciteter spiller desuden en afgørende rolle for at projektet lykkes. Er det fx en socialt belastet familie med mange andre problemer, en enlig mor med flere børn, en veluddannet ambitiøs familie med et belastet tidsskema i hverdagen. Forudsætningerne er vidt forskellige.

De efterfølgende citater fra fokusgruppeinterview og familieinterview viser, at der er stor spredning i opfattelserne, i hvor høj grad barnet skal have medansvar og ikke mindst hvornår?

Forældrenes forskellige vilkår og enigheden blandt forældre spiller en rolle.

Citater fra fokusgruppe

MODERATOR. Hvordan opfatter I forældrenes mulighed for at tage ansvar og medansvar?

SHPL1. Jeg synes, det er meget forskelligt. Nu sidder jeg og tænker på en, jeg har besøgt nogle gange, en enlig mor med tre børn, og hun havde de bedste intentioner. Det er der ingen tvivl om. Og hun ville gerne, at vi skulle deltage i både forældregruppen og DGI-huset, og det ligesom bare fadede ud for hende. Det lykkedes hende ikke, at komme en eneste gang i forældregruppen. Så ringede vi jo til hende og hørte: Nå, er I startet? Det var da også sørens, så kommer jeg næste gang. Så prøver jeg, om jeg kan få passet den lille, ellers så tager jeg ham med.

SHPL5. Og der hvor man kan se, at det er svært, det er, at de ved, at deres barn er overvægtigt, og de vil gerne gøre noget.

SHPL4. Jamen, de gør også noget. Men, deres mulighed for at være aktiv fx på DGI, den

er slet ikke til stede, fordi der er mange andre ting. De har måske en syg mand eller... Jeg synes, at en ud af de 7, som jeg har haft, er der så massive problemer, med psykisk sygdom eller andre ting, der har fyldt, hvor de ikke er parat til at gå ind i det her, men de har trods alt gjort noget, hvor barnet er kommet med i legen. Så de gør noget.

SHPL5. Jamen, det er klart, der er forskellige forudsætninger.

SHPL4. Det er så komplekst det her.

SHPL5. Det har jo også slået mig ... vilkårene for at de rykker.

SHPL1. I forhold til det at få succes i familien, sådan fremadrettet med gode vaner, da har det stor betydning, om forældrene, hvis der er to af dem, er enige om det. I nogen af de familier, jeg er kommet i, da er det mest mor, der har haft det her fokus, og synes at det er noget vigtigt. Og det er ikke sådan, at faren bevidst har modarbejdet, eller synes at det har været en forfærdelig ide, men han har også helt tydeligt givet udtryk for, at vi er store i min familie, og jeg er født stor. Han er en sulten mand, og når han kommer hjem, så vil han gerne have noget mad, og også noget andet end mad, og det skal der også være plads til. Så der tror jeg moren er oppe imod noget, hvorimod hvis man spiller sammen og prøver at få de her vaner til at holde ved, da er det i det hele taget nemmere.

Sundhedsplejersker har forskellige opfattelser af ansvar og medansvar.

Citater fra fokusgruppe

MODERATOR. Hvilke ord kan man bruge, som knytter forældrenes forventning om forandring til barnets måske ubevidste forventning om forandring? Hvordan kan man støtte begge parter til at se meningen og dermed tage ansvar og medansvar?

SHPL2. Den er svær. Men vi har jo et spørgsmål, hvis vi skal følge det slavisk, det der med handlingsdelen, så er det et af de der spørgsmål: Hvem kan hjælpe dig? Spørgeguiden, ja, og den er god, når man bruger det senere, så kommer jo tit den der samhørighed mellem forældredelen og børnedelen, som så kan hjælpe. Jeg ved ikke, om det er det, du tænker på?

MODERATOR. Jo, jeg tænker på, i sidste ende skal barnet leve med sig selv og sin egen vægt, så hvordan bliver barnet modent til selv at kunne tage det ansvar for at leve med sig selv og blive konfronteret med den verden vi lever i, men forbundet med forældrene?

SHPL6. Det er godt nok noget stort, synes jeg. Det er meget stort og...

SHPL7. Jeg synes da i hvert fald, at det er forældrenes ansvar, meget mere end man kan tillægge barnet det.

[...]

- SHPL1. *Lige det her synes jeg er vældig, vældig, vældig svært, fordi jeg nok i bund og grund også synes, at når børnene er 6 år, så tænker jeg, at man skal være meget påpasselig med ikke at gøre det til forældrenes ansvar alene. Barnet har en ret stor del af det her ansvar. Nu har vi talt om, at det her er et problem, du er for tyk, og så tænker jeg, at så får de en lille bitte bid her, og så over årene som de bliver ældre, så skal de gradvis have mere og mere medansvar for det her, men når de er 6 år, som de er i projektet, så synes jeg ikke barnet har ansvar for det, men jeg synes, der er forskel på, om man er 6 eller 9, og det bliver den fornemme opgave i mit hoved.*
- MODERATOR. *Ja, hvordan laver man den graduering fra 6 til 9 år, så barnet når der hen, når det er 9 år, så det ikke stadig hænger i 6 års alderen?*
[...]
- SHPL2. *Jamen, jeg tænker lidt, hvis man sådan skal se, det er ikke sådan videnskabeligt, hvis jeg sådan skal tænke på fællestræk på nogle af de 6årige, jeg har mødt i det her projekt, så synes jeg ikke de skal have et stort ansvar, men jeg mener godt, de også kan nogle ting. De kan meget lidt, mange af dem, jeg synes nogen er meget ubehjælpssomme ift. at være 6 år, man kan faktisk godt have et lille ansvar for nogle små ting, når man er 6 år.*
- MODERATOR. *Er det fordi de bliver holdt der?*
- SHPL2. *Det er jo så det jeg tænker, så det kunne godt være, at vi kunne bruge noget pædagogik i den retning, for det synes jeg ved en efterrationalisering, så synes jeg at nogen af dem er meget, at de ikke kan noget, det er voldsomt, når man er 6 år.*

En shpl har erfaringer med, at en eksternalisering kan få barnet og forældrene til at mødes om problemet.

Citater fra fokusgruppe

- SHPL3. *Men jeg tænkte faktisk på eksternalisering i den forbindelse, at nogle gange er det interessant, hvis vi har et problem... Jeg er meget optaget af det, fordi jeg synes faktisk, det er dybt interessant, og jeg tror nogle gange, at hvis vi kunne eksternalisere problemet, da kunne vi forbinde barnet og de voksne, hvis vi kaldte det noget, hvis vi kaldte det dyr i åbenbaringen for et eller andet, gav det et navn, og de fik lov til at putte ord på det.*
- SHPL6. *Men det ved jeg ikke, fordi jeg synes også, det presser forældrene lidt ift. det, det letter jo meget, hvis man kan sige det er en sygdom, fordi så er det ikke deres egen skyld, men ift. barnet ville det da være helt fint på en eller anden måde.*
- SHPL3. *Jeg mener, at eksternalisere som at de ser, at vi har denne her "sukkertrøld", der kommer på besøg, sådan kan vi kalde barnets lyst. Jeg tror ikke, du var*

der den dag, vi lavede det. Vi lavede sådan nogle øvelser, hvor vi prøvede at have et eller andet i os selv, som vi gerne ville forandre og kalder det et navn og sætter det ligesom uden for os, og så kan vi bedre kigge på det problem sammen, og da ville forældre og barn egentlig godt kunne mødes lidt uden for barnet og lidt uden for dem selv og kigge på problemstillingen som et fælles tredje, kan man sige.

ASS. MOD. Jamen, det er jo så der, at forældrene kommer ind, og du skal hjælpe dem med det, og så bliver moren og faren forbundsfælle.

FLERE Ja

Ofte bærer moren ansvaret. Efterfølgende citat viser imidlertid, at moren gerne vil hjælpe datteren med ikke at have det samme problem omkring overvægt, som hun selv havde, da hun var barn. Med sin fornuft kan hun godt kalde overvægtsproblemet ved rette navn, men følelsesmæssigt rører det ved noget i hende selv.

Citater fra familieinterview

INTERV. Hvad mener du om at bruge ordet "tyk" – "du er for tyk".

MOR. Hvis hun havde sagt, at hun var for fed, så kan det godt være. Fed er også lidt negativt ladet.

INTERV. Men ordet tyk er ikke.

MOR. Det er selvfølgelig ikke rart. Det er det ikke, at være for tyk, men man er jo også nødt til at se, vi er jo ret realistiske hjemme hos os, synes jeg. Vi var jo enige næsten hele vejen rundt, lige på nær én i familien, så vidste vi jo godt alle sammen, at vi var for tykke. Ja, vores pige ikke så slemt mere, som vi andre, så jeg syntes ikke det var negativt på den måde, fordi shpl kom jo ikke som en negativ person, sådan og sagde det, hun var altid positiv og åben, og ja hun kom for at hjælpe os.

INTERV. Hun kunne snakke om det, som det er, som at man skal have nye briller.

MOR. Det er ligesom om, nej det er ikke helt det samme. Det går jo lidt tæt på, for man ved jo godt, at det er ens egen skyld, at det er kommet dertil, så man skal jo ligesom selv lære at erkende, at jeg ved godt at jeg har lavet en fejl, men nu retter jeg op på det her. Så det er selvfølgelig ikke det rareste at få at vide, at dit barn er for tykt, og nu kommer der så nogen for at hjælpe dig, så det er ikke det samme som, nu trænger jeg til at få nye briller.

INTERV. Så nemt kan det ikke blive.

MOR. Nej, det synes jeg ikke, det er. Et eller andet sted, så ved man godt, at det er en selv der er yt, der ikke sådan har strammet op om nogen ting lidt før.

INTERV. Og så peger den på dig selv?

MOR. Ja, jamen det er jo fordi, det er mig selv, der har givet for meget efter.

INTERV. Tror du andre mødre vil kunne sige det samme som dig?

MOR. Ja, jeg tror, at en hel del vil kunne, de ved godt.

INTERV. Hvordan tror du fædrene har det? Bare sig din almindelige mening om det.
MOR Jeg tror... jeg ved godt at nogen går mere op i det, end vi går op i det... men jeg tror, at de måske tager lidt lettere på det, men det er måske også set ud fra min egen mand. Han tager det lidt roligere. Det går nok. Vi lever kun én gang.
[...]

Moren svinger, mellem at hun har ansvaret, og barnet har medansvaret.

Citater fra familieinterview

INTERV. Også det, at det så bliver tydeligt, at det er de voksne, der har ansvaret.
MOR. Jamen, jeg sidder også lige og tænker på, at når samtalen vender over til de voksne, så kommer man tit ind på det med kost og sådan noget. Det er jo mit ansvar, selvfølgelig må hun gerne få det at vide, men det er jo mit ansvar at fortælle hende, hvad det er hun...

INTERV. Ja, det er jo dig, der køber ind.
MOR. Ja, og så er det ikke nødvendigt at hun sidder og hører på.
INTERV. Så det handler om at skille tingene ad?
MOR. Ja, for det første husker hun godt, og så synes hun nogle gange... Hun skal bare have lov til at være barn. Da er det fint, at hun bare går.

INTERV. Det er en balance, hvor meget barnet skal være med og ikke i samtalen.
MOR. Det har fungeret fint.

INTERV. Barnet er jo så stort, så hun har jo også et ansvar i dag.
MOR. Ja, for jeg går jo ikke op og ned ad hende 24 timer i døgnet, så ind imellem ... og det er jo nu, hun skal begynde at lære at, hvis man får en kage nede i skolen, så skal man kun tage én og ikke to.

INTERV. Ja, og til fødselsdage og alt muligt. Hele tiden bliver vi jo budt det der.
MOR. Ja, det er der jo alle steder.

INTERV. Så, det er anderledes end i 50'erne, da var børn ikke overvægtige.
MOR. Nej, men nogle kan tåle det, og nogle kan bare ikke, så da er det så godt nok, at hun ved ét stykke, og så...

INTERV. Så det kan så blive den nye vane.

Moren mener, at barnet har hovedrollen, og forældrene støtter.

Citater fra familieinterview

*MOR. Både det der med, at man kan lytte og tale. Det er jo barnet, der har hovedrollen. Så det er fint, at det er dem, der bliver hørt, og de voksne bliver opfattet som dem, der skal støtte op omkring. I virkeligheden er det jo meget os, der skal gøre noget. Sørge for at købe de rigtige ting, og sørge for at man går i skole i stedet for at cykle osv. Det er jo vores roller, men i den sidste ende er det barnet, der skal lære at få nogle vaner, så i virkeligheden er vi jo bare nogle støttepersoner.
[...]*

Moren mener, at barnet helst skal nå at have ansvarsopfattelsen inden hun bliver teenager.

Citater fra familieinterview

INTERV. Det er den del af det, der er det vigtige – altså gruppedelen. Det er ikke så meget vidensdelen.

*MOR. Både og. De kan selvfølgelig se, når de hopper rundt, at der er lidt for meget på kroppen. Og sådan at de kan formulere noget af det, der er omkring, hvorfor man mon er for stor og sådan, at de på deres niveau også kunne erfaringsudveksle. Og bl.a. noget af det der med, at begynde at tage det der ansvar på sig. Og det ikke bare er mor, der er stopklods.
De skal helst nå at have ansvarsopfattelsen inden de bliver teenagere.*

INTERV. De er 8 nu, så der er 9 – 10 – 11, så der er tre år, hvor hun kan få styr på sit medansvar.

MOR. Ja, på en måde, det nu kan lade sig gøre.

INTERV. Det er spændende at høre dig fortælle, at du også synes at barnet skal have en plads.

MOR. Det er jo i sidste ende deres opgave - efterhånden som de bliver voksne - at kunne forvalte deres liv.

Moren anerkender barnet for at kunne sige til og fra om mad. I sin positionering må shpl i den indledende fase søge efter legitimiteten i familien, samtidig med at hun i handlingsfasen støtter den ansvarlige person omkring FFFS indsatsen.

Citater fra forældreinterview

INTERV. Men det kræver jo meget af et barn, at sige det vil jeg ikke have, eller at hun kan sige ja og nej selv.

- MOR. *Ja, og min pige, hun er virkelig dygtig, det skal hun have.*
- BARN. *Min lille søster, hun siger ja.*
- INTERV. *Hvem siger ja?*
- BARN. *Det gør min lillesøster.*
- INTERV. *Så du kan godt sige nej, selv om hun siger ja? Der rører I faktisk ved noget meget vigtigt, som man er oppe imod. Du er 7 år og så alle de andre, som kommer og rækker bolcher og som rækker dig dit og dat.*

Forældremodstand

Hvad skal sundhedsplejersken gøre, hvis hun møder modstand fra familien mod at starte et FFFS forløb eller undervejs i forløbet? Modstand er et sammensat og komplekst fænomen, som kan være initieret på mange måder. Modstanden bliver ikke altid udtrykt direkte, og kan som sådan være en ubevidst, psykologisk barriere. Men den kan spærre for, at familien kommer i gang eller i hvert fald kommer i gang på en god måde. Det kan være, forældrene ubevidst er påvirket af kulturmønstre i familien eller i den sociale klasse, eller af den aktuelle samfundsdiskurs, overbelastning som børnefamilier osv. Endelig kan modstand også opstå som følge af uhensigtsmæssig adfærd fra systemets side.

Modstanden kan ligge hos højstatuspersonen i familien, hos kulturbæreren, den person, som har ansvaret for madlavning og madvaner (typisk moren, i etniske familier kan det måske også være bedstemoren), samt den person, der præger familiens livsstil (moren eller faren eller et andet forbillede). Men modstanden kan også ligge imellem mennesker af ubevidste årsager, noget man ikke har erkendt. Endelig kan modstand opfattes som en måde, forældrene beskytter sig selv på over for det, de oplever som urimelige krav eller uhensigtsmæssige tilbud.

Forældremodstand inden start

En uhensigtsmæssig præsentation af FFFS projektet i skolesundhedsplejen.

Forældrene bliver stødt, når de præsenteres for overvægtsproblemet fra skolesundhedsplejersken.

Citater fra fokusgruppe

- SHPL 3. *Men mange forældre er blevet vrede over den måde, det er blevet sagt på på skolen, altså så er det den dumme, der har sagt det, at barnet skulle henvises til projektet, og det er ikke fordi, det er den dumme, men det er fordi det er budbringeren, prøv at se her på kurven, uh det er godt nok, det skal jo på bordet.*

MODERATOR. *Er det shpl på skolen?*

- SHPL 3. *Ja. Så kan vi være the good cobs, der kommer og siger, jamen den gode nyhed, det er, at vi kan gøre noget ved det her, og det gør egentlig ikke noget, hvis det ligger klart, at det er sådan det er, men de har altid syntes, at det var ubehageligt, specielt hvis de har følt, at de havde en sød buttet unge, at der var en der sagde for første gang, at hun er alt for tyk.*
[...]
- SHPL 1. *Det er jo det, der er overraskende, en stor positiv overraskelse i det her projekt, det er, at vi jo troede, at mange allerede ved den lokale skolehpl ville sige nej tak, det skal vi altså ikke rode os ind i, og det er der rent faktisk ikke så mange, der har gjort, som vi havde frygtet. Der er rigtig mange, der lader os komme på besøg ...*
- SHPL 3. *... men ikke nødvendigvis for at de syntes, det har været en god oplevelse hos den lokale shpl ...*
- SHPL 6. *... heller ikke nødvendigvis fordi, de synes, deres barn er for tykt ...*
- SHPL 3. *Og det siger ikke noget om shpl, det er ikke fordi jeg vil sige, at hun har gjort det forkert, det er slet ikke det, det er simpelthen det at få det at vide første gang.*
- SHPL 1. *Kill the messenger.*
- MODERATOR. *De synker en stor klump, og så tager de mod til sig.*
- ALLE. *Ja.*

Forældremodstand inden start.

Aftaleforvirring ved henvisning.

Der er forvirring om, hvem der skal have opgaven, eller hvem der kan tage den. Der går for lang tid inden man ringer tilbage. Der går lang tid fra henvisning til første besøg.

Citater fra fokusgruppe

- SHPL 2. *Når det så er sagt, så er der stor forskel på henvisninger fra forskellige kolleger. Det er klart, at de jo har gjort det forskelligt, og det har betydning, hvad det er, man bliver mødt med første gang. Jeg oplevede et sted, der var nogen sidste år, hvor de slet ikke ville alligevel. Fordi de ikke syntes, at de var blevet henvist. Det havde de ikke forstået. Men det er jo frivilligt. Hvor andre er meget begejstrede, når man ringer.*
- MODERATOR. *Kan man tale om henviserens "salg" af metoden.*
- SHPL 2. *Ja, eller grundigheden af den måde man bliver informeret på.*
- SHPL 1. *Ja, eller om de har følt en ansvarlighed, nu har vi sendt en henvisning, og så må I selv informere.*
- SHPL 5. *Jeg tror virkelig, det er hvor meget forældrene er motiveret til det. Jeg tror ikke henvisningsmåden, har den store betydning.*
- SHPL 1. *Jo, men motivationsarbejdet gøres jo af den lokale shpl.*

SHPL 3. *Jamen, der er nogen, der ikke behøver at blive motiveret, de vil bare gerne.
[...]*

Farens modstand - bagatelliserer overvægtsproblemet og undlader at give moren støtte.

Faren viser stolthed og høj integritet. Hypotese: "Vi klarer os selv som familie." Han ved, hvad der skal til, men føler det som et nederlag, at systemet går ind og blander sig i familiens interne anliggender.

At barnet er for tykt, er morens anliggende, men som familieoverhoved går han ind og støtter moren, når moren "køber" tilbuddet.

Citater fra fokusgruppe

ASS. MOD. *Du hørte, at faren ydede modstand, han syntes, det var irrelevant at tale om det og det, når det nu handlede om at være for tyk. Kan vi lede efter et metodelag, som viser hvordan det lykkedes, at få faren til at ændre mening.*

SHPL 7. *Jamen, det der så lykkedes med mappingen, det var at få ham til at se sin datters verden. Hvor er der meget godt her, vi prøvede at give ham en fornemmelse af det, som han måske godt ved, men i og med at vi sådan fandt lidt, og så lidt på den ...*

ASS. MOD. *I inviterer ham i et metaperspektiv.*

SHPL 7. *Ja, der er jo en masse venner, hun er glad, og hun laver gymnastik og danser hele tiden, og moren hun var meget lettet over, at der var så meget godt, og at hun tænkte, jeg tror at det var overvejelsen om, at vi skulle komme, hvad kunne vi finde, der ikke virkede.*

ASS. MOD. *Det er det med metoden, inviterede ham til at se.*

SHPL 1. *Det synes jeg er ... det der, derfor kan jeg ikke umiddelbart ...*

ASS. MOD. *Så når de skal bidrage til mappingen, så skal de have roen til at kunne se ud fra metaperspektivet.
[...]*

SHPL 3. *Han havde modstand på, at I skulle ind i familien ...*

SHPL 7. *Ja, og ...*

SHPL 3. *Så kunne han ikke alligevel ikke ...*

SHPL 7. *Så, kom han og skulle sige, at vi havde en aftale, og det havde vi jo ikke, fordi vi jo ikke havde en aftale.*

MODERATOR. *Jeg forstår ikke helt.*

SHPL 3. *Det er fordi, vi skulle egentlig have været ude at besøge familien, men så skulle jeg til London, så kunne han der, hvor vi ikke kunne, og så blev det så bare en anden shpl i stedet for, for vi skulle tage ham. Og vi valgte at være to. Jeg skulle se, hvordan vi laver mapping.*

SHPL 1. *Han var lidt ambivalent, måske.*

- SHPL 3. *Det var han da, og så kom de der ...*
- SHPL 1. *Nu skulle vi bare holde os til gulerødderne.*
- ASS. MOD. *... men som metodeudviklere, så viste du vejen.*
- SHPL 7. *Jeg synes, det var en rigtig god oplevelse at være to.*
- ASS. MOD. *Man kan sige, at han ikke kunne se noget særligt ved det, barnet fortæller, men du siger, hvad du kan se, og så inviterer du faktisk både faderen og moderen til at kunne se, når du er medbevidner. Det er nok en krølle, som vi kan brodere lidt på. Først kan du se, så inviterer du dem til at se, så kan moren se, og så til sidst kan faren se, men shpl skal ikke sige til dig, at hun kan se, fordi hun er undersøgeren, og du er medbevidner. Der noget metode i det her med at være to shpl til stede. Det tror jeg, vi kan trække noget metode ud af. Rigtigt godt.
[...]*
- SHPL 6. *Mange fædre er forbeholdne, men alligevel har de jo sagt ja, det er lidt sjovt, for de er jo hjemme, og har taget fri osv. og er noget for dem, jeg skal i hvert fald ikke komme og tro, at der noget galt med familien.*
- SHPL 3. *Jeg synes, at mange fædre bliver rigtig glade, når de hører, at det er i DGI-huset. Der er noget trendy i DGI-huset, som "Nå, er det i DGI-huset?" ja så ser de sådan helt lettede ud ... Det er så godt, at det ligger dernede. Det har jeg i hvert fald oplevet.*
- MODERATOR. *Tror I, at fædre reagerer på den måde, fordi det ligesom er et clash mellem to autoriteter? Et system som kommer udefra og vil udfordre familiens mand, som er overhovedet i familien. Kunne det have betydning?*
- SHPL 6. *Ja, det tror jeg da. Det er så en mangel på åbenhed, og måske også lidt misforståethed ift. Hvad det er man kommer for, altså hvor man ikke har fået helt klarlagt hvad intentionen egentlig er med det her.*
- MODERATOR. *Jamen, hvorfor lukker mennesker af?*
- SHPL 2. *Jeg har delt det med nogle af dem, fordi de synes, det er deres eget, det kan de selv klare, men det kan godt være, det er noget med autoritet, det ved jeg ikke?*
- SHPL 1. *Jamen, det der, det burde vi selv kunne klare, og nu er det her så et udtryk for, at det kunne vi så ikke. Det er der rigtig meget af.*
- SHPL 3. *Det er så også lidt det du siger, det er sådan systemet er i livsverdenen eller hjemmeverdenen, som er lidt på kant med hinanden. Hvad klarer man selv, og hvad får man systemet til at klare.*
- SHPL 1. *Og da tror jeg, at det er rigtigt, at der er mænd måske lidt mere forbeholdne for at lukke fremmede og autoriteter ind i det private.
[...]*

Måske er moren for et FFFS forløb, men faren bagatelliserer problemet, fordi han synes det er noget overdrevet pjat. Her kan shpl blive brugt som alliancepartner for moren. "Du kunne jo selv høre, hvad shpl sagde".

Citater fra familieinterview

INTERV. *Så var barnets far der også?*

SHPL. *Ja.*

INTERV. *Hvad tror du han mente om det? Den måde du gjorde det på?*

SHPL. *Ift. at snakke med deres barn?*

INTERV. *Ja*

SHPL. *Jeg synes, at han sagde, at jeg var velkommen, og at de var indstillet på at lære, hvad det her gik ud på. Faren er lidt mere forbeholden over for nogle ting i det her projekt, end jeg oplevede moren, men jeg er sikker på, at han syntes, at det var helt ok, at jeg drøftede de her ting også med barnet, og at vi snakkede om, hvad hun var for en pige.*

INTERV. *Ja, det er sådan set det, jeg er interesseret i, hvad barnets far og mor tænkte om: Skal barnet også sige noget?*

SHPL. *Ja, det er jeg sikker på, at de begge to syntes, det var helt fint. At de hver især fik lov til at udtrykke: Hvordan er min hverdag? Hvem leger jeg med? Hvad er godt, og hvad er skidt og ... det var der god plads til.
[...]*

INTERV. *Hvilken betydning havde det for din mand og storebroren den måde shpl kommer ind i familien på?*

MOR. *Jamen det hjalp lidt, for hver gang shpl havde været der, så var der nogen ting oppe at vende, og jeg brugte hende lidt som hjælper en gang imellem. Så sagde jeg: "Jamen I hørte jo selv, hvad hun sagde, at det var sådan."*

INTERV. *Du sagde, "at I hørte jo selv", vil det sige at din mand og storebroren også var med hver gang til samtalerne?*

MOR. *Nej, min søn var ikke med hver gang, men min mand var stort set med hver gang, måske ikke lige fra starten af, fordi han ikke lige var kommet hjem fra arbejde endnu.*

INTERV. *Det er jeg meget interesseret i at høre også, fordi der er mange måder man kan gøre de her ting på, og nogle steder er det alene mor man snakker med, og hvorfor er det du tænker at ...*

MOR. *Jamen, jeg synes det var rart, at han også kunne høre det, fordi han måske ikke synes, at problemet var så stort, som jeg syntes, han kunne måske ikke se vigtigheden af at lave det om nu. Det kommer da, det tager vi bare hen ad vejen. Nej, det er nu, for mig var det vigtigere, end det var for ham, derfor blev jeg ved med at sige, at han skulle være der, for at han kunne høre, at det ikke kun var noget, jeg syntes, men at shpl også var der for at hjælpe os. Og det har også ændret hans indstilling til mange ting.*

INTERV. *Så hvis jeg spurgte ham i dag, hvad tror du så, han ville sige om det?*

MOR. *Jamen han ville sige, at shpl har tvunget ham til at spise morgenmad og frokost.*

INTERV. *... og så ser han sur ud?*

- MOR. Nej, nej, så griner han ad det. Men han kan godt se det, fordi det jo er noget af det, hvis han ikke spiser morgenmad og frokost og han kommer hjem om eftermiddagen, da kommer de jo også hjem. Da står han og spiser. Så vil de jo også gerne have noget, så det er ham der spiser på meget forkerte tidspunkter, fordi så spiser vi jo lige pludseligt helt vildt, inden der er aftensmad, så spiser man ikke noget til aftensmad, så går der lige lidt tid og så er man faktisk sulten igen, så er det jo de forkerte ting, man spiser.*
- INTERV. Så rytmen i hjemmet blev en anden?*
- MOR. Ja. Altså det der med morgenmaden er ikke slået helt igennem, men frokosten er, og jeg kæmper stadig for, at morgenmaden slår igennem hele vejen rundt.*
- INTERV. Så det er noget af det, du satser på?*
- MOR. Ja*
- INTERV. Hvad er det shpl har gjort, for at du kan kæmpe den kamp?*
- MOR. Jeg tror bare, at hun har givet mig det sidste. Hver gang jeg sådan går ned i energi, så giver hun mig lige noget nyt. Jeg kan ikke lige forklare helt præcis, hvad det er, men hun gør bare et eller andet, så får jeg lige noget ny kampgejst. Jeg bliver sådan lige kørt ind på sporet igen.*
- INTERV. Du bliver ligesom justeret.*
- MOR. Ja, hun giver et energipust, sådan.*

Morens modstand – hun vil bevare sin position som en god mor.

Jeg har ansvaret for maden, mit barn skal have det godt, derfor skal det også have noget at spise, når det er sultent. Det skal have en god opvækst, så det er synd at sige nej. Moren er imod, uden at vide hvorfor. (psykologisk barriere). Fx fastholde et bindingsmønster til barnet for ikke selv at blive "forladt". Forskellige meninger mellem forældrene.

Citater fra fokusgruppe

- MODERATOR. Har det så betydning for den måde, som motivationen slår igennem på, om man bagatelliserer eller erkender?*
- SHPL 5. Det har stor betydning. Jeg tænker på en, hvor mor havde det som en stærk erkendelse, hvor faderen syntes - det var hos to af fædrene, hvor jeg oplevede det - det kunne vel ikke være så slemt det her. Og det er mange gange den problematik, at det er årsagen til, at barnet er blevet overvægtigt.*
- MODERATOR. Det at der er forskellige meninger mellem forældrene, og der ikke er et samlet fokus på det i hjemmet?*
- SHPL 5. Ja. Hvor den ene bagatelliserer det, og den anden har stor erkendelse for det.*
- SHPL 1. Ja, og igen i de etniske familier, da er jeg sikker på, at det er det største dilemma, når det er mor der ikke erkender det, for det er hende, der står for*

madlavningen i højere grad, så jeg har også en klar fornemmelse af i den ene af mine familier, netop der hvor mor ikke syntes at det helt var så stort et problem, som vi syntes, at der blev der ingen succes, fordi det er ikke så stort et problem derhjemme.

SHPL 4. *Jamen, jeg tænker også, at vi er afhængige af vores kollegaer. Det er vores kollega, som præsenterer vores tilbud, for børn og familierne.*

Udvikling i samtalerne

Med udvikling mener vi fremskridt og henholdsvis gennembrud i samtaleforløbet. Shpl i FFFS fortæller alle om, at der er stor variation i de enkelte forløb og kan ikke pege på bestemte ting, der fremmer udviklingen af samtalen i en given situation. Generelt er man enige om, at familierne viser vejen, parathed og modenheden. Som en af shpl siger i fokusgruppen: *"Vi skal vente på familierne og vise tålmodighed!"* Hun uddyber det med at *handlemulighederne dukker op og skræddersys efterhånden som familien får nye erkendelser gennem mindmappingarbejdet.* Et overvægtsproblem for barnet er komplekst og kan ikke gennemskues hurtigt.

Positionering

Et samtaleforløb omkring FFFS er et sammensat forløb, hvor shpl i starten optræder nysgerigt, undersøgende ud fra en *ikke-vidende position*. Hun indtager en position, som stimulerer, at den sundhedsfremmende viden efterspørges. Når de første tegn på udvikling eller gennembrud viser sig, skifter shpl position til at være mere handlingsafklarende og opfølgende omkring aftaler, eller coachende. Vi henviser til afsnittet om anbefalinger. Det er to forskellige positioner, som kræver forskellige kompetencer. I begge faser, må shpl gerne øse af sin sundhedsfaglige ekspertviden omkring overvægtsproblemet, men i første fase skal den først komme frem, når familien viser interesse. I anden fase kan den mere fremstå som en autoritativ ekspertviden. Hvordan vurderer shpl, hvilken position der kan bære i relationen? Her er nærvær, interesse og kontakt altafgørende, dertil kommer de forskellige spørgsmålstyper. I denne forbindelse kan vi henvise til systemisk basisviden og Karl Tomms spørgsmålsdiagram (bilag - NOTER). Men i øvrigt opbygges den bæredygtige relation omkring den faglige viden samt tilknyttede teorier, som shpl har tilegnet sig gennem sit almene arbejde som sundhedsplejerske.

I visse tilfælde ligger familiens problemer uden for shpl's faglige kompetence og ansvar. Shpl skal således ikke gå ind i terapeutiske samtaler af behandlingsmæssig karakter. I sådanne tilfælde må der henvises til anden fagstøtte fx en familiebehandler eller psykolog, eventuelt samtidig med at FFFS fortsætter.

Sprog

Et af shpl's vigtigste virkemidler er hendes anvendelse af sproget. Hvilken familie er hun kommet ind i? Hvordan taler man til hinanden? Er det et meget enkelt og kontant sprog med jargon og slang? Er det et intellektuelt sprog med mange overvejelser og et stort ordforråd? Er

det et indfangende og følelsesappellerende sprog, som fastholder vaner og mønstre? Eller er det noget helt andet? Shpl må så vidt muligt møde familien i sproget eller forsøge at have et neutralt sprog. Med sproget viser familien, hvad det er, de taler om og forstår, eller ikke forstår. Med sproget viser familien også, hvad de ikke taler om, fordi det er et tabu, eller fordi de ikke har viden eller indsigt i problemstillingen. Familiens sprog er således en vigtig indikator. Børnemindmapping med forældrebevidning er med til at frisætte barnets sprog og talelyst. I den 3-dimensionale mindmapping legitimerer forældrene, at det er ok at være med i FFFS, og så dette frisætter barnets sprog og talelyst. Et eksternaliserende sprog kan være med til at fjerne skyld og skam fra barnet.

Motivation

Skiftende motivation kan have indflydelse på udviklingen i samtalerne. Den skiftende motivation kan både ligge hos familien og sundhedsplejersken, men en svigtende motivation et af stederne vil hæmme udviklingen af samtalerne. Vi har nedenfor angivet nogle motiverende eller demotiverende forhold. Vi ønsker ikke at opstille motiverende og demotiverende som modsætninger. Vi opfordrer til at fænomenet motivation bliver mødt med en udforskende nysgerrighed fra sundhedsplejerskens side. Det man traditionelt vil se som modstand og manglende motivation bliver nu set som et tegn på, eller en invitation til, at sundhedsplejersken udvikler former for hjemmebesøg og familiesamtaler, hvor alle parter dvs. henviser, forældre og børn, bliver støttet til at opfatte hinanden på en måde, der lægger vægt på at undgå mangeltænkning.

Hvad motiverer familien?

- o En god kontakt til shpl.
- o Ahaoplevelser under mapping.
- o Små fremskridt.
- o Opdagelse af nye muligheder i familien.

Hvad motiverer shpl?

- o Hun mærker fremskridt.
- o Hun mærker glæde.
- o Hun er overbevist om, at mapping virker som metode.
- o Familien giver anerkendelse.
- o Kolleger giver anerkendelse.

Hvad demotiverer familien?

- o Der går lang tid fra henvisning til opringning.
- o Forvirring omkring aftaler.
- o Gør det for systemets skyld, den professionelle klient, der spiller spillet.

Hvad demotiverer shpl?

- o Afbud fra familier
- o Ydre vilkår: ex. strejker, egen sygdom e. lign.
- o Uigennemsigtige familiemønstre
- o Etnisk familiekultur.
- o Sproglige vanskeligheder.
- o Usikkerhed omkring succes'er.

De følgende citater fokuserer på positionering. De handler om at tage bestik af, om den 3-dimensionale mindmapping eller børnemindmappingen vælges først. De handler om at få defineret positionerne klart fra starten af samtalen. De handler om at lade folk selv komme frem til, hvad de vil tale om. Som den ene shpl siger: "Vi har jo ikke en dagsorden, som vi skal igennem!".

Citater fra fokusgruppe

MODERATOR. *Hvilken betydning har anvendelsen af den tredimensionale mapping som form?*

SHPL2. *Jeg tænkte på det, da jeg cyklede herhen. For der er én, hvor jeg ikke har lavet det på den måde. Og jeg har bildt mig selv ind, at det var fordi, der var flere her om bordet, der har sagt, at det ikke var så godt, så ville jeg også prøve. Men det var faktisk ikke kun derfor, det var også fordi, det var en familie jeg kendte i forvejen, og så syntes jeg, det var helt kunstigt at stille op med det der – men det blev ikke ret godt. Jeg tror, det var fordi, jeg fik simpelthen ikke ordentlig fokus på det, som var problemet. Og så snakkede vi.*

MODERATOR. *Du fik ikke defineret positionerne?*

SHPL2. *Nej ikke ordentligt, tænker jeg. Det blev mere sådan noget løst noget. Og det med at gøre det på den måde, så bliver man nødt til at være tydelig. Og det har jeg tænkt på. Det tror jeg, jeg har brug for en ramme.*

MODERATOR. *En struktur?*

SHPL2. *Ja, sådan tænker jeg.*

MODERATOR. *Hvad kan I andre sige?*

SHPL1. *Jeg synes, man skulle vænne sig til formen. Det der sådan med at stille det an, og spørge: Vil I være med til, at vi gør det på en anderledes måde. Det skulle man selv lige lære; men så synes jeg faktisk også, at jeg har kunnet se på ... og det har de også selv sagt nogle af familierne, at det også har været spændende og sådan lidt – hvad skal man sige – stærkt - for nogle af forældrene. Det der med at sidde at høre på deres barn fx*

MODERATOR *De skal bevidne?*

SHPL1. *Ja. Og også meget godt den anden vej rundt, det der med at børnene hører, at det er Ok, hvad vi snakker om. Jeg har også oplevet nogle børn, der har korrigeret det far og mor har sagt. Og har haft en kommentar i hvert fald.*

SHPL5. *Jeg prøver at bytte lidt rundt på rækkefølgen, når jeg starter ud med børnene først. Og det ved jeg ikke, om det er fordi, jeg har misforstået konceptet; men jeg synes, det gjorde noget og afhængigt af, hvad det var for et barn, fordi de der meget snakkende børn, der gerne vil sige noget, de kunne slet ikke holde mund, når far og mor skulle sige noget. Og de kommenterede hele tiden det, de sagde, selv om jeg jo havde linet op, hvordan rammerne var. Men så prøvede jeg at bytte om for at tage barnet først, fordi jeg oplever nemlig, at når de sad og ventede, så sad de til sidst og gabte, og så var de ikke særligt motiverede mere, så det eksperimenterede jeg lidt med, hvordan det virkede bedst. Så der synes jeg da, det har stor betydning, hvordan man grupperer sig, og hvordan man lægger rammerne.*

[...]

SHPL1. *Jamen, ift. børnene,*

Da tænkte jeg meget, efter at vi havde haft kompetenceudviklingen ude på videntcenteret, hvor vi havde kompetenceudviklet på det, hvor vi havde set

nogle klip med Bodil og nogle børn, da tror jeg, det var derude, da gik det op for mig, hvor vigtigt det er, at være i det som børnene viser, at forfølge deres tankegang, altså ud i det næsten ekstreme, blive siddende og lytte efter, hvad de siger, og så gå efter det de siger, og bygge videre på det for at få dem til at tale, simpelthen. Det blev jeg bedre til derefter, vil jeg sige, og det gav en anden kontakt med de børn der. Nu sidder jeg og siger det, fordi det var så grinagtigt dernede, med vores PRISME-interview (familieinterview), hvor pigen havde sagt til sin mor: SHPL, hun var meget bedre til at tale med mig end Bodil, og så har jeg tænkt: Hold Kæft, Vorherre Bevares altså, hun skulle jo bare vide, at det jeg gjorde hjemme hos hende, det har jeg jo lært af Bodil.

ASS. MOD. Det hun sagde, det var jo, at jeg skulle have spurgt noget mere, og også få at vide, hvad kammeraterne hedder...

SHPL1. ... og hvad det var hun gjorde sammen med kammeraterne ... men du skulle jo bare lige lave en lynudgave ...

ASS. MOD. Det duer bare ikke.

SHPL1. Det var bare et rigtig godt billede på, at det som gør, at man får kontakten, det er, at man bliver i det og følger det og bliver ved at følge det, og så fortæller de også om Laura. Jamen, hvad er det med Laura? Jamen, hende har jeg det og det sammen med, og den og den lærer, hun bla, bla, bla. Efter den kompetenceudvikling derude, da blev jeg mere opmærksom på det, og da fik jeg det mere på plads med, hvordan børnedelen af samtalen skulle være, for det synes jeg var lidt sværere før. Da synes jeg, at jeg snakkede nogle gange lidt for længe med forældrene ift. børnedelen.

MODERATOR. Så det du siger, det er noget med at balancere... hvordan balancerer man mellem børn og forældre?

SHPL1. Ja, hvor meget kommer til at fylde hvor meget i den der mindmapping.

SHPL6. Det synes jeg egentlig også har været rigtig svært, men jeg synes, jeg har haft gode erfaringer med at bløde formen lidt op, eller hvad kan man sige, efter at have prøvet det nogle gange ikke, fordi i starten da var det nærmest på minuttet, man sad der og kiggede, og da synes jeg, at jeg har gode erfaringer med sådan at bløde op, og det er også forskelligt om det er forældrene, eller det er barnet først, og så egentlig alle sammen til sidst, hvor det sådan er blevet en meget blødere form synes jeg. Altså hvor man supplerer hinanden mere ikke, og det synes jeg virker bedre på mig i hvert tilfælde, eller mit temperament.

MODERATOR. Hvad er det så, der gør, at du vælger det ene og det andet, når du møder forskelligheden? Kan du sætte ord på det?

SHPL6. Nej, det har jeg nemlig også tænkt over, fordi det egentlig er meget forskelligt, om det først er forældrene eller barnet, men det ... jeg tror det kommer an på den kontakt, jeg umiddelbart har med barnet. Hvis den umiddelbart er rigtig god, så vælger jeg måske barnet først, men hvis jeg

- fornemmer, at jeg ikke kan få et ord ud af barnet, og barnet sådan lige skal sidde og finde ud af, hvad foregår der her. Så bliver det forældrene.
- SHPL1. *Og måske netop af den grund, fordi det oprindeligt i formen er forældrene først, så forældrene ligesom siger til barnet og legaliserer, at det her må vi godt snakke om, da tror jeg netop, jeg tænker lige som dig, at hvis barnet ikke umiddelbart tør op, så kan det være en god idé ...*
- SHPL6 *... og hvis det virker meget uinteresseret eller meget genert, så synes jeg, så har jeg i hvert fald oplevet, at det kan være rigtig ubehageligt for barnet, hvor jeg sådan sidder og koncentrerer mig om barnet, og barnet er egentlig slet ikke klar til og være med til det her. Det bliver måske lidt usikkert, og synes at det ved ikke rigtigt, hvad det skal sige og sådan noget, og det synes jeg egentlig ikke er meningen.*
[...]
- MODERATOR. *Vi går videre til det næste spørgsmål nu. Hvordan kan sundhedsplejersken introducere, at der ud fra et sundhedsfagligt syn er brug for at ændre familiens kostvaner og hverdagsrytme?*
- SHPL1. *Jamen det kommer jo via mindmappingen. Jeg synes, jeg bruger mindmappingen, og så synes jeg altid, at det er en god idé og måske lade folk selv komme frem til, at det er det, vi skal snakke om, for måske er det slet ikke det, vi skal tale om, det er jo ikke i alle familier, vi snakker mad. Så hvis det er noget, vi skal tale om, så kommer det ofte frem, når man sidder med mindmappen, og så er det noget forældrene selv spørger lidt mere ind til.*
- MODERATOR. *Eller inviterer til?*
- SHPL1. *Ja, inviterer til, og så kan man følge det på mindmappen, nå mad, så kan man komme til at snakke lidt mere om det, når... hvad får barnet at spise til morgenmad, det er det, de så gerne vil snakke om, så kan man komme til at gå ned i detaljen, synes jeg på den måde, mere end at vi kommer og siger: nu er det det vi skal snakke om.*
- SHPL6. *Vi har jo ikke en dagsorden, som vi skal igennem.*
- ASS. MOD. *Det er faktisk en vigtig pointe i metoden.*
- SHPL6. *Så jeg synes meget, det er det at følge forældrene, og hvad de tager udgangspunkt i. Hvis man følger dem, så synes jeg egentlig, at det er let at snakke om.*
- SHPL3. *Vi er nødt til at vente på dem. Vi er nødt til ikke at introducere det for tidligt, vente på at de får lyst til det, for det der for mig at se er hele pointen med det her projekt, det er, at vi ikke kommer ind og siger, nu skal I høre ... men vi kommer ind og venter, til de selv tager tæten.*
[...]

De følgende citater viser forskellige overvejelser omkring positionering, hvilke ord vi kan bruge i hvilke situationer, og hvordan man taler om problemet. Følelser og tabuer er i spil.

Citater fra familieinterview

INTERV. Der er jo en grund til, at shpl kommer. SHPL, kan du huske, hvilke tanker du gjorde om, hvordan det skule formuleres, hvad du kaldte dig selv, og hvorfor du kom? Nogle tanker i den forbindelse, og hvordan I oplevede det. Og hvad I kunne have af ønsker om det.

SHPL5. Jeg kan godt huske, at jeg havde mange overvejelser om, hvordan jeg skulle præsentere mig selv. Og jeg har det sådan, at jeg ikke kan agere i noget, som har for meget skjult dagsorden – så vil jeg få det svært, hvis jeg ikke må sige ordet tyk og veje for meget og sådan noget. Og samtidig kan jeg også huske, at der er sådan en balancegang mellem – at barnet jo er sådan en glad åben pige, og den at jeg ville sige, at hun var overvægtig, og at hun så skulle blive trist og deprimeret over, at jeg kom.

[...]

INTERV. Så du undersøgte, hvordan hun selv så på det?

SHPL5. Ja, jeg forsøgte at få hende lidt på banen, men det ...

INTERV. Og så tog du bestik af, hvordan familien snakkede om det?

SHPL5. Ja. Det var nok mere moderen jeg henvendte mig til omkring det, og i forhold til barnet.

INTERV. (Henvendt til moderen). Prøv at sige noget om, hvad du tænker om det her, som shpl siger?

MOR. Jeg synes egentlig, at det blev sagt ret direkte til min pige, fordi hun var, lige som hun er nu, altså slår ud med armene som et tavst "ved ikke". Det kan godt være, det er derinde et eller andet sted, men hun kommer ikke ud med det. Da, kan jeg huske, at shpl hun nævnte det ret direkte til min pige. Men den formulering du har brugt? Den kan jeg altså ikke huske. Noget i retning af at du vejer jo for meget. Og så var ordet ligesom på bordet. Og det er også en del af funktionen, når der kommer en fagperson udefra. Derhjemme bruger vi nok sådan nogle eufemismer (red. forskønnende omskrivninger, som man ikke ønsker at kalde ved rette navn) og nogle omskrivninger, som ikke er pakket alt for meget ind. Og vi taler om, hvad kroppen har godt af, og hvad man bliver tilpas af. Og det er også det, det handler om i den sidste ende.

INTERV. Og du blev ikke vred over, at det blev sagt. Det var ikke et tabu, som blev brudt på en grim måde.

MOR. Nej nej nej (roligt)

INTERV. Det er noget, som interesserer os at finde ud af. For det er noget som er forbundet til stærke følelser for de fleste.

MOR. Nej, det har jeg stor forståelse for. Jo mere min pige kan blive bevidst, jo mindre kommer hun forhåbentlig til at bruge det senere, som mange andre unge piger har gjort.

INTERV. Vil det sige, at i jeres familie vil I kunne sige, at i en periode i jeres barns liv, da var hun for tyk. Vil man kunne sige sådan et ord? Eller er det for voldsomt?

MOR. *Det er jo også rigtigt.*
INTERV. *Vil man kunne sig tyk som et ufarligt ord som fx at jeg siger: du er blond.*
MOR. *Ja, det er rigtigt. Det kan jeg godt mærke, det er et ord, vi forsøger at undgå. Fordi det også er et ord hendes storebror lige kan slynge ud, hvis han lige har brug for at prikke til hende.*
INTERV. *Altså som noget grimt?*
MOR. *Ja*
[...]

I det næste eksempel synes barnet ikke, at ordet slankekur er problematisk at bruge, men det gør moren, ikke rationelt men følelsesmæssigt.

Citat fra familieinterview

INTERV. *Men du kom med i det der skolestarter. Hvorfor skulle du være med i det?*
BARN. *Det var fordi jeg skulle på slankekur.*
INTERV. *På slankekur?*
MOR. *Nej. Hvad var det nu, vi aftalte. Hvad var det nu, at vi lavede? Kan du huske det?*
[...]
INTERV. *(Henvendt til moderen) Hvad synes du af det, vi lige har talt om, er vigtig at fremhæve?*
MOR. *Noget af det jeg tænker, det er det der med slankekur. Ja, det kan jeg godt mærke ... For det har jeg brugt rigtig meget tid på, at det ikke var en slankekur.*
INTERV. *Hvorfor er det vigtigt?*
MOR. *Det synes jeg ikke, hun skulle gå rundt og sige hele tiden til de andre, at hun var på slankekur, for det var hun egentlig ikke. Det hele skulle bare laves lidt om. Men det er så fordi, at ordet slankekur for mig er noget andet, end det hun opfatter ved det.*
INTERV. *Men når du nu som voksen tænker på det med slankekur, prøv så at sig lidt om, hvorfor det er vigtigt ikke at bruge det ord.*
MOR. *Det ved jeg ikke, men jeg synes bare ikke. Der er et eller andet over det der ord slankekur, det bryder jeg mig bare ikke om, det bryder jeg mig ikke om det ord, jeg tror det er det.*
INTERV. *Det kan jeg godt forstå. Hvad var det så, der blev sagt i stedet for, som du bedre kunne lide?*
MOR. *Det var bare, at vi skulle lægge vores kostvaner om, men som sagt så var det ikke det første, vi snakkede om, overhovedet ikke, men jeg var begyndt lidt selv, fordi jeg var blevet sur på mig selv, så det var ikke kun overfor min pige, det skulle laves om.*

- INTERV. Det var også I andre?*
- MOR. Ja, det var det. Jeg tog selv lidt forskud på det, inden shpl kom.*
- INTERV. Ja, det var det jeg ville sige, hvordan du fik dig koblet på shpl?*
- MOR. Jamen, det gjorde jeg lidt inden, og så tænkte jeg, at når det kan lykkes for mig, så må det simpelthen kunne laves om for hele vores familie, så hun ikke når hun bliver større skal kæmpe med de samme problemer, som jeg selv har haft. Så da jeg fik foreslået at være med i det projekt, så havde jeg overhovedet ingen betænkningstid, jeg sagde bare ja, det vil vi gerne. Fordi jeg tænkte, nu må jeg gøre noget og det så tidligt som muligt, for at hun netop ikke senere skulle gå og være på slankekur. Så derfor, jeg bryder mig bare ikke om det ord der.*
- INTERV. Så ordet kom ikke fra dig?*
- MOR. Nej, det gjorde det i hvert fald ikke.*

Succeskriterier

Der er tale om et succesfuldt projekt, hvis ét af de fire nedennævnte kriterier er opfyldt jf. projektansøgningen til Sundhedsstyrelsen.

- 50% af de familier, der får tilbudt deltagelse, deltager.
- 75% af de familier, der starter, gennemfører (defineret som 2 besøg og udarbejdet handleplan).
- 50% af de deltagende børn har en positiv vægtudvikling dvs. vægtstabilisering.
- 50% af familierne gennemfører deres handleplaner.

For det enkelte barn og dets familie er der tale om et succesfuldt forløb, hvis barnet fra start til slut har et stagnerende eller faldende BMI, eller på et eller flere punkter har ændret sin eller familiens livsstil ud fra den valgte handleplan.

Årsagen til succes'en kan i mange tilfælde være vanskelig at indkredse, ikke mindst fordi et FFFS-forløb er et sammensat tilbud. Endvidere beror shpl's samtaler ved hjemmebesøg på, dels hvor fortrolig hun er med metoden, og dels hvor godt hendes personlige kompetencer matcher metoden. Det har betydning for sundhedsplejerskens motivation og engagement, at der kan dokumenteres succes på et eller flere punkter.

I fokusgruppeinterviewene kom der forskellige synspunkter frem. Vi har valgt citater ud, som viser, at der er en spredning i opfattelserne af den betydning opfyldelsen af succeskriterierne har. Nogle betragter FFFS-programmet som en professionel metode, som Århus kommune tilbyder alle overvægtige 0. klasse børn, og at forældrene frit kan tage ansvar for, om de vil bruge den. Nogle mener, at en manglende succes ved et FFFS-forløb ikke sjældent kan tilskrives den omstændighed, at der er meget sammensatte problemer i familien, og at barnets overvægt blot er et symptom. Vores tolkning er, at det kan friholde shpl at tage an-

svar for den manglende succes, og blive mindre tyngt af en manglende succes. Samtidig kan en manglende succes presse shpl og belaste hendes engagement og oplevelse af egen succes i et arbejde, hun betragter som både nødvendigt og betydningsfuldt. Denne problemstilling mellem vilkår, metode og personlig indsats kommer frem i efterfølgende citater.

Hvordan mærker sundhedsplejersken succes eller mangel på succes, i forbindelse med hendes indsats?

Oplevelse af succes er vigtig, også for shpl. De taler om betydningen af at bevare den faglige opfattelse af sig selv. De taler om, at arbejdet også indebærer kontakt med en svær klientgruppe, og om vigtigheden af, at familien kan indgå i aftaler. De taler om, at selv små livsstilsændringer kan være en succes. Endelig taler de også om, at nogle familier får en ahaoplevelse undervejs i forløbet. Denne mangfoldighed fremgår af følgende.

Citater fra fokusgruppe

- SHPL 1. *Og præcis hvad er succeskriteriet. Hvornår går det godt?*
- SHPL 2. *Jamen jeg tænker, at det går godt, hvis de selv finder en lille forandring.*
- MODERATOR. *Hvornår bliver man utålmodig i forhold til at se et fremskridt? Nu har I danset om problemet i lang tid, så nu sætter I handling ind og laver en plan.*
- SHPL 1. *Det er noget af det, som jeg selv har nævnt, jeg synes har været svært ved det. Ikke fordi jeg går hjem og græder over det, men noget af det jeg har prøvet at være meget bevidst om, at hvis ingen af mine familier lykkes - det betyder at børnene enten vægtstagnerer eller taber sig, når det her projekt er slut - så kan jeg mærke, at så betyder det noget for min egen faglige opfattelse af mig selv, og det skal jeg da virkelig være bevidst om, at familierne ikke mærker, at hvis de ikke taber sig, så synes jeg selv, at jeg har været en fiasko, som fagperson. Så det prøver jeg at være meget bevidst om, og det synes jeg ikke er nemt. Ja sådan har jeg det. Helt ærligt. Og jeg er bevidst om, at de ikke kommer til at mærke det. Men jeg kan bare mærke, at jeg støder ind i det ved mig selv.*
- MODERATOR. *Er det noget I reflekterer om i kredsen her?*
- SHPL 3. *... fordi vi jo også alle sammen ved, at det er ikke sådan det er, altså ...*
- SHPL 1. *En ting er at vide det, en anden ting er, at jeg kan mærke, det er følsomt, og det tror jeg faktisk også, I andre kan. Problemet er, at hvis man har engageret sig som fagperson, så er der nogen, der er bevidst om det, og nogen er måske ikke bevidst om det, men jeg tror på, den er der, og vi arbejder med en svær gruppe, hvor vi ved, at der er succeskriterierne meget, meget svære.*
- SHPL 3. *Og det gør det jo let på sin vis.*
- SHPL 1. *Det gør det enkelt.*
- SHPL 2. *Det synes jeg ikke, gør det let. Jeg synes, at noget af det der er svært er, at der godt kan være en del afbud, fordi mange familier er så komplekse, de har*

det så svært ikke, og så skal man være linet op med alle de der aftaler. Da kan jeg godt få det skidt, fordi så tænker jeg ... Så er de droppet ud, og det er de garanteret også en gang imellem. Så vender man det indad, så det synes jeg er et succeskriterium. Det er for mig vigtigt ... jeg vil også gerne lave nogle aftaler, der kan holde, og det er ikke altid det lykkes. Der er nogen, der er lette, og der er også nogen der er svære, altså allerførste gang de skal have et besøg. De kender ikke engang en, de har bare hørt om institutionen. Det er bare rigtig svært at få den slags aftaler.

- SHPL 4. Jeg forstår godt, hvad det er du siger omkring det, fordi et eller andet sted så skal de også ved evalueringen, så skal de ved udskrivningen møde deres skolesundhedsplejerske, hvor de skal måles og vejes, og det skal bruges til statistikken, og det siger så, det viser projektet, at de har taget på i stedet for, så der er et eller andet, der er galt. Der skal også laves en statistik på, at der er lavet en livsstilsændring, så jeg synes der er sådan et skisma, på den ene side, så er det jo ikke bare vægten i tal, vi skal fokusere på, men alligevel, så kommer det alligevel til at fylde rigtig meget, så jeg har det også sådan.
- SHPL 1. Ja, og selv om man med sin intelligens godt ved, at der er tusind andre ting, lige præcis i den her gruppe.
- SHPL 3. Ja, for vi har jo ...
- MODERATOR. Kunne man tale om at lægge vægt på, om man "mentalt" har tabt sig?
- SHPL 1. Ja, lige præcis. Ja, jeg forstår det så fint. Det er derfor jeg stiller spørgsmålet, hvad er succeskriteriet.
- SHPL 5. Jeg har det ikke helt på samme måde, vil jeg sige, fordi jeg ved, vi metodeudvikler.
- SHPL 3. Jeg har det altså heller ikke sådan, helt.
- SHPL 5. Fordi jeg synes, at mit succeskriterium er, om familien har kunnet bruge det her til noget, og det er jo også mig, der skal bestemme, om de har kunnet det. Det er et tilbud til dem, og hvis de så synes, at der er noget der virker, så er det jo bare fedt, men jeg tror også, man skal være forberedt på, at det er hele tiden, at vi måske kan ...
- SHPL 3. Nej, bare vi kan hjælpe. Kan vi hjælpe nogen familier, som kan få noget ud af det her, så er det jo fantastisk, fordi der ikke er succes på det her område, så hvis der er nogen der på en eller anden måde får en ahaoplevelse, så er det jo bare fantastisk.
- SHPL 1. Vi ved jo godt, at det er et øverum, men vi ved også som alle andre, at der også er noget, der går ind og bryder mønsteret, og nogle gange handler det altså ikke om metode, så handler det om den måde, som vedkommende formidler metoden på, fordi vi gør det jo individuelt hver på vores måde, og det er jo ikke bare en metode, og så kan det, og så virker det, ellers kan det ikke, så virker det ikke. Det er jo ikke bare sådan, at vi kommer og leverer noget, som de kan bruge eller ikke kan bruge, det handler jo også meget om den måde, vi får kontakten på, den her måde vi formidler den her metode på,

eller passer den til, i hver enkelt familie, jo vi metodeudvikler, men hvad er det der afgør om det lykkes, hvad det så end er at lykkes. Det er jo ikke kun metode.

SHPL 2. Jeg kan fint følge dig. Jeg er meget enig.

Hvordan oplever shpl familiernes succes?

Vi tror, at ved at videreudvikle metoden omkring hjemmebesøg og mindmapping, ved at styrke en balanceret helhedsindsats og ved at være mere bevidst om henvisning, udskrivning og udslusning, vil succesraten vokse. Familiernes vilkår kan shpl ikke gøre noget ved, men måske kan hun blive mere skarp på at henvise til alternative familiebehandlingsmåder.

Vi hører i det efterfølgende om shpl's forskellige oplevelser af familiernes succes. En taler om, at en mor har fået en ahaoplevelse undervejs i forløbet. En taler om, at en far har værdsat shpl's åbne måde at tale om problemet på. En taler om en familie, hvor de har fået det sjovere sammen. En taler om, at familien har fået nye indkøbsvaner. Vi når frem til, at man ved afslutningen af et forløb kunne spørge familien om, hvad de synes de har fået ud af forløbet. En taler om, at selv en lille forandring er en succes. Den kan nogle gange være lidt usynlig. En taler om det gode i, at børnene i DGI-huset møder andre børn, som også er overvægtige.

Citater fra fokusgruppe

MODERATOR. Vi skal nu se på det andet spørgsmål, effekten på klienten, på barnet, på forældrene, på familien og på omverdenen.

SHPL 3. Jeg var på et afsluttende besøg i dag, hos en mor og en datter, og da tænkte jeg, jeg ved ikke, hun siger, at datteren er blevet tyndere, og det ved jeg slet ikke om hun er, det vil vise sig, men da tænkte jeg ikke succes på den måde, men da tænkte jeg, at moren fortalte mig noget, som var fantastisk, hun sagde, at hun havde gået i gruppen, nu er jeg jo meget optaget af "Tanker til tiden", og vi havde snakket "Tanker til tiden", så var det gået op for hende, at det slet ikke var barnet, der havde problemet, det var hende, og det handlede om, at hendes mor havde været totalt grænseoverskridende og propfodret hende, og den var hun i gang med at overføre til sin datter, og hun havde altid bedt sin datter om at spise op, selv om hun var mæt, og det var hun blevet så klar over i den forældregruppe, at det var overhovedet ikke barnet, der havde et problem, det var hende selv.

SHPL 6. Jeg har været på besøg i en familie, hvor de faktisk ikke ville have flere besøg, og hvor jeg sådan prøvede at gå lidt ind i, jamen hvorfor, skulle det sådan slutte her? Og så sagde han (faren), at for dem havde det simpelthen været altafgørende, at jeg var kommet og lavet den der mindmap og turdet sige og tale om overvægtsproblemet hos den her pige, og tale om hendes liv. Og

pigen selv fortalte, og forældrene talte omkring flere forskellige ting også de problematiske ting om pigen, og det havde simpelthen fundet så meget gejst i den her familie, og hun sagde også den her italesættelse af, at de overhovedet turde sige, at pigen var for tyk, bare det...

SHPL 2. *Jeg synes, der hvor jeg har oplevet det, det er på noget meget mere jordnært, det er på bevægelsesdelen, hvor nogle familier har sagt, de er begyndt at lære noget bevægelsesagtigt, det lyder lidt sjovt, og det tror de vil fortsætte, hvor jeg tænker, jamen det er også meget mere nemt, der er ikke nær så mange ting, hvor jeg synes det med maden, det er ikke sikkert, at der er sket så meget, men så er der sket noget andet, de har fået det sjovere sammen, og så kan det få en afsmitning, og jeg tænker det her med maden, det er jo meget mere komplekst.*

SHPL 1. *Jamen, jeg kan godt selv genkende de to eksempler du kommer med, for kan du huske ham fra Horsens, hvor det lige så stille gik op for ham, at det faktisk var ham det startede hos, og den anden der du beskriver, da har jeg også haft en anden familie, hvor det bare har været på kostsiden især, at de har fået nogle nye vaner, de er holdt op med at købe så meget hurtig junkfood, de er blevet bedre til at få lavet noget sundere mad, så de har faktisk synes jeg i løbet af det år, det er så også det, de selv har givet udtryk for, fået nogle andre vaner i forhold til maden. Men nu kommer jeg i tanke om der, hvor der er nogen der er rykket, men halvdelen af mine familier, de er jo ikke rykket, da kan jeg tænke, når jeg afslutter dem (sukker dybt).*

MODERATOR. *Hvis man nu spurgte familien. Man kunne jo godt have et afsluttende spørgeark, hvor man på nogle punkter - for et halvt år siden sagde I det her og nu efter et halvt år så er vi her.*

SHPL 1. *Ja, det kunne være rigtig spændende.*

MODERATOR. *Så kunne det bruges til at demonstrere over for omverdenen, også i forhold til systemet. Her kan I se, det er godt det her.*

SHPL 1. *De synes selv, ja ...*

MODERATOR. *Det kan jo godt være, de kan se nogle ting, som du ikke kan se.*

SHPL 1. *Det kunne godt være, og jeg tænker også, at der er nogen, hvor vi starter under knæhøjde. Jeg har haft en anden familie, en anden arabisk mor, som var analfabet, og som simpelthen ikke ved noget om mad, og hvor vores kostkonsulent har været på hjemmebesøg med tolk nogle gange, hvor jeg også har været på hjemmebesøg, og da tænker jeg, da kunne jeg også være meget i tvivl om, og det skal jeg snakke med kostkonsulenten om, når vi er færdige med den familie, der er nogle familier, hvor det kunne være rigtig spændende at høre dem selv, synes de, de har fået noget ud af det her, for når jeg ser på det udefra, så kunne jeg have min tvivl, om det rent faktisk.*

SHPL 7. *Det passer også godt sammen med, at vi skal have noget mere effektmåling af det, vi går og gør.*

- SHPL 6. *Vi ved jo alle sammen, hvor svært det er at ændre vaner og forandre sig, så selvfølgelig mange af de familier har jo heller ikke ret mange ressourcer, synes jeg ikke, ikke mange af dem jeg kommer ud i. Så hvis man bare ser en lille forandring, som du siger, så har det også sin ret.*
- SHPL 1. *Det her er metodeudvikling ift. at prøve at gøre noget ved et stigende overvægtsproblem, så i et eller andet omfang, så bliver vi jo nødt til, tænker jeg, at kunne dokumentere en eller anden form for succeskriterium, og det er jo projektlederen, der definerer hvad succeskriteriet er.*
- SHPL 3. *Og det har vi jo indflydelse på.*
- SHPL 1. *Og det har vi selvfølgelig medindflydelse på, og jeg tænker, at det da nok er vigtigt, at der er både noget effektmåling på vægt, men det er også rigtig vigtigt for mig, at det har noget med de andre lidt mere usynlige succeskriterier at gøre, som vi har drøftet i dag, som vi oplever hos familierne, og familiernes egne oplevelser af succes, hvad har det her projekt været med til at flytte, hvis det har flyttet noget.*
- SHPL 2. *Men folk møder jo op til de der kurser, hvad skulle man bruge sådan nogle til, børn kommer til gymnastikken, der er jo få, det er jo ikke alle man besøger 4 gange, fordi det ikke er nødvendigt, jeg ved ikke, om man kan kalde det et succeskriterium, der er jo få, vi kun besøger 1 gang dvs. De ser det her projekt og vurderer What is in it for me –agtigt.*
- SHPL 3. *De vil jo gerne have vi kommer igen.*
- SHPL 2. *Og det var det, jeg sagde til dig, åhh nu har man været sygemeldt, og så skal man i gang igen, og så den der oplevelse af, når man ringer efter så mange måneder, "Dejligt, nu skal vi lave en aftale", så er det da noget ved det, når du kan huske. Der var sådan en glæde over det.*
- SHPL 3. *Det de er rigtig glade for, det er at børnene vil så gerne ind i DGI-huset og møde de andre børn. Det er da en kæmpesucces, at de børn opdager, at der er nogle børn ude i verden ligesom mig. Det at møde nogle ligesom dem selv.*
- MODERATOR. *Så det er ikke uvæsentligt, at man har succeskriterier, synes I?*
- ALLE. *Slet ikke.*
- MODERATOR. *Det kunne jo godt være, at I havde bevæget dem til en aktiv henvisning til noget andet?*
- SHPL 1. *Ja, det kunne jo være et succeskriterium i sig selv, men jeg tror det er vigtigt, hvis man skal måle på det, og det skal man jo, så er det vigtigt, at man måler på rigtig meget forskelligt, og jeg er enig med dig i det du siger, det er at prøve på en eller anden måde målrettet at spørge ind til i familien, hvad deres opfattelse er, nu ligesom dem, der var inde til PRISME-interviewene (familie-interview), på en eller anden måde hører familierne selv: hvad var godt i det her projekt, hvad har det gjort ved dem, hvad tror de, at der har flyttet noget også, når vi ikke nødvendigvis kommer længere.*

Hvordan oplever familierne succes?

Flere mødre omtaler børnemindmappingsen som en god oplevelse, der har haft stor betydning for dem. Der refereres til, at barnet har hovedrollen, men at det er forældrene, der har støttepositionen. En mor taler om, at det handler om at skabe det hele menneske, og de små fremskridt, samt de små tricks omkring kost og motion. En mor taler om shpl's gode måde at etablere kontakt på, at fornemme familiens egen verden. Hun taler også om shpl som en øjenåbner for hende. En mor taler om shpl's konkrete forslag til vejledning omkring kosten. En anden mor taler om diætistens betydning. Familierne refererer således til en mangfoldighed af forskellige succeser.

Citater fra familieinterview

- INTERV. (Henvendt til moderen) Hvad hæfter du dig ved af det, som shpl har snakket om nu?*
- MOR. Det der er specielt, og hun har helt ret i, at jeg syntes, det var en god ting at inddrage barnet i det, for jeg tror godt, min pige kunne føle, at hun var med i det her, at det var hende der var midtpunktet, og så skulle vi hjælpe hende, som familie. Nej, det var måske forkert sagt, fordi det var selvfølgelig os, der skulle gøre tingene, men at hun følte, at hun var med, at hun ligesom skulle ... Det ved jeg ikke, at det ligesom var hendes... nej, det er forkert formuleret... for det er mig der skulle gøre det... Det var mere, hvad er det, jeg skal gøre, hvad er det, jeg skal købe ind til, hvad er det vi skal lave om på, men at min pige var med i det også. Det kunne jeg godt lide ved det. Jeg kunne godt lide, at hun var med.*
- INTERV. Hvor gammel var hun på det tidspunkt?*
- MOR. Ja, da har hun været 7.*
- INTERV. Du tænkte ikke på noget tidspunkt at hun var for lille?*
- MOR. Nej, det synes jeg ikke. Nej, for det var jo nogle enormt gode spørgsmål, hun stillede. Det synes jeg, hun var rigtig god til, til at få hende til at tænke over, hvad det var hun ville. Det faldt så godt, det var slet ikke noget med, at hun skulle bruge oceaner af tid på at svare ... det kom sådan: hvad er der ved skolen, hvad er der ved de der ting der..*
- INTERV. Så shpl brugte et sprog ...*
- MOR. ... som passede rigtig godt til min pige, ja. Det synes jeg. Det var hun rigtig god til. Hun er ikke den nemmeste at få til at sige noget, men det var shpl rigtig god til.*
- INTERV. Kan du huske om, om hun fik mulighed for at fortælle.*
- MOR. Ja, og hun åbner sig normalt ikke for ukendte personer
[...]*
- MOR. Det er netop det, der med ikke at spore ind på, for hvis hun fra starten af havde sagt til mig, at så skal I tilbydes det der motionshold, jamen så havde jeg jo ledt tanker ind på det, og kunne så måske slet ikke se andre ting. Der*

kunne jo have været noget andet, som de ville have tilbudt. Det er sådan jeg tænker, at det er meget smart lige at finde ud af, hvem vi er. Så i stedet for at køre én vej, så finde ud af, at der måske er tre veje. Hvad for en af dem skal vi så tage?

INTERV. Så du følte ikke, hun på noget tidspunkt spildte din tid? Hvad gjorde hun nu det for? Kunne det ikke bare blive det og det. Det her kan I få.

MOR. Nej, det gjorde jeg faktisk ikke.

INTERV. Det gjorde du måske slet ikke?

MOR. Nej, overhovedet ikke. Det har jeg ikke på noget tidspunkt gjort. Det var tvært imod bekymrende, da hun kom og sagde, at hun ikke besøgte mig mere.

MOR. Så har jeg en anden ting, som jeg kunne have brugt. Det er så noget, jeg først efterfølgende er kommet til at tænke over, for hvis jeg var kommet i tanke om det før, så havde jeg sagt det undervejs. Jeg ved godt, hvad der er sundt, og hvad der ikke er sundt, men det kan godt være svært at leve det ud i hverdagen, at holde fast i, netop det der med at sige nej og sådan noget, men måske hvis man havde skrevet ned for én uge alle de ting, som barnet havde spist og så havde vendt det med shpl, hvor hun kunne komme med gode idéer til mig. Der og der kunne man måske ... så jeg havde fået det helt konkret, og så det passede ind i min familie.

INTERV. Helt konkret fx at det der kunne du skifte ud med noget andet?

MOR. Ja, det kunne jeg godt have tænkt mig. Det er ikke sikkert, at alle familier ville, men det kunne jeg godt tænke mig. Det der med at få lange lister, nej men mere konkret.

INTERV. En kostplan?

MOR. Ja, en kostplan for en uge, så prøv og lave de rettelser til næste uge, og helt konkret så det passede ind i min familie.

Citater fra et andet familieinterview

SHPL. Det er det igen. Jeg var ikke helt klar på min rolle. Hvornår skulle barnet på banen, og hvornår skulle forældrene på banen? Og barnets papfar og bror var der også.

[...]

MOR. Det var ikke min oplevelse, at shpl ikke vidste, hvornår min pige skulle på. Det virkede rimelig opdelt. Hun snakkede og mindmappede med forskellige farver på. Det man allerede var god til, og det der var udfordringerne, og det der kunne hjælpe. Det var meget overskueligt. Jeg synes det virkede fint. Og vi fik sådan hver vores afdeling. Og når de voksne var på, kunne barnet lytte, og omvendt når barnet hun skulle sige noget. Men det er selvfølgelig svært at være på, når man kun er knap 8.

[...]

MOR. *Både det der med at man kan lytte og tale. Det er jo barnet, der har hovedrollen. Så det er fint, at det er dem, der bliver hørt, og de voksne bliver opfattet, som dem der skal støtte op omkring. I virkeligheden er det jo meget os, der skal gøre noget. Sørge for at købe de rigtige ting, og sørge for at man går i skole i stedet for at cykle. Det er jo vores roller, men i den sidste ende er det barnet, der skal lære at få nogle vaner, så i virkeligheden er vi jo bare nogle støttepersoner.*

[...]

MOR. *Der får man jo fokus på, hvor man kan bidrage, også de der mere gode vaner i dagligdagen, og man kan vælge det ene frem for det andet. Fx at gå frem for at køre i skolen. Og det kommer så igen ned på noget konkret. Man starter først med overblikket.*

Ja, så er det jo det hele menneske, det handler om. Og man kan ikke tage noget ud - som vægt fx, uden at det har noget at gøre med det hele – man kan ikke bare begynde at ordne på noget, uden at det virker ind over det hele. Hvis man dyrker gymnastik, bliver man lettere, og så bliver det sjovere.

[...]

MOR. *Det synes jeg da bl.a. ... nu vender jeg tilbage til det igen, det der overblik og inddrage det hele liv og den hele situation. Og i forhold til tidligere, så var der jo det her gymnastik, hvor der samtidig var forældregruppe ved siden af. Det virkede passende, i forhold til hvordan vi ellers gjorde. Vi synes jo nok at vi vidste noget om kost osv., men det var godt med de små tricks og sådan – så det synes jeg da, det var. Og det er jo netop vidt forskellige familier, de kommer ud til, og hvor skal man så starte henne. Så jeg synes, at vi blev mødt der, hvor vi var.*

[...]

MOR. *Det er det med de små skridt. Man skal ikke tænke, at nu skal man lave fuldstændig andre retter. Det er noget med at erstatte nogle ting, og sætte det grønne på bordet. Man kan godt spise Lasagne egentlig relativt traditionelt lavet, og hvis det så er mindre portioner og husker, der er vand og der er agurker inden for rækkevidde. Og skære en agurk op det går hurtigt. Ikke at vi ikke har spist salat før, men mere voksenvenligt.*

[...]

INTERV. *Har du på noget tidspunkt oplevet, at shpl var belærende?*

MOR. *Nej ikke på den måde. Blot konstateringer – jeg kan ikke huske noget konkret – men det er en fornemmelse, jeg har at: man skal jo motionere, man skal jo spise det grønne, men det er ikke fordi jeg husker det som foredrag. Mere at sådan var det jo. Det har netop ikke været nogen løftet pegefingre. Blot konstateringer: Hvis man spiser meget og motionerer lidt, så bliver man for tyk.*

INTERV. *Så du har ikke tænkt, at der var moral i det?*

- MOR. *Nej. Det har jeg ikke oplevet på noget tidspunkt. Og man kan så sige, at det nok har været tilpasset os. Og hvis der var chips på bordet hver dag, så har man blot fået at vide, at der er for meget fedt i. Det synes jeg godt kan siges uden denne her (løfter pegefingeren). Det er bare kolde facts.*
- INTERV. *Så man er ikke en dårlig familie?*
- MOR. *Nej, det er bare dårlige vaner.*

Citater fra et tredje familieinterview

- INTERV. *Du tænker meget over, hvordan stemningen er.*
- SHPL. *Ja, umiddelbart hvordan man hilser på hinanden, når man kommer ind, så er det ligesom stemningen, der afgør, hvordan man går i gang. Så skal vi lige snakke lidt sammen først, vi skal lige møde hinanden.*
- INTERV. *Mor, hvad mener du om det, at shpl forbereder sig på den måde?*
- MOR. *Det tror jeg er rigtig godt, for hvis vi ikke, hvis shpl kommer ind med en anden dagsorden og ikke lige tager hensyn til vores liv og hverdag, så kan det jo godt være, at det interview det havner i en anden retning end, shpl havde tænkt sig, så det er jo en god forberedelse. Det er en god ting at kunne.*
- INTERV. *Hvis du nu tænker tilbage på det, kan du så mærke, at shpl har prøvet at gøre det der?*
- MOR. *Jeg tror shpl har prøvet at gøre det 1000 gange, så det er bare lige sådan. Jeg tror, shpl er så god til at aflæse, når hun træder ind, at det kan hun hurtigt afkode, og vi snakkede jo fint sammen fra første...
[...]*
- INTERV. *Så det var ikke kun shpl, der sagde, at sådan hænger det sammen.*
- MOR. *Neeej, men jeg tror, hun var god til at se nogle ting, det er jo ligesom de der forskellige øjne, man får, hvor man måske kan få en øjenåbner, ud fra det shpl siger.*
- INTERV. *Det er faktisk der man ser perspektiverne?*
- MOR. *Ja, det synes jeg godt man kan sige.*
- INTERV. *(Henvendt til barnet). Og mens I talte sammen om det, da havde du også mulighed for at være sammen med din mor.*
- BARN. *(Nikker)*
- INTERV. *Så de havde ikke et hemmeligt møde?*
- BARN. *(Ryster på hovedet)
[...]*
- INTERV. *Jeg har forstået det sådan, at man får mulighed for at bruge DGI-huset og forældregruppen, og så får man mulighed for at gøre det, man finder ud af sammen med hver familie, og I har så valgt at få besøg 3 gange...*
- MOR. *Ja*
- SHPL. *Og så er der jo diætisten.*
- MOR. *Det er over vores læge.*

- INTERV. Nå, det har ikke noget med det her at gøre.*
- MOR. Nej, ikke noget med shpl og projektet at gøre, men det er fordi, vi er med i projektet, vi har fået en henvisning til en diætist.*
- INTERV. Hvordan oplever du så det som diætisten siger, og det som shpl fortæller, og det som du i forvejen ved, og det som du kan finde på internettet?*
- MOR. Altså diætisten der, som jeg er gået ved ... det er supergodt, og hun har hjulpet med mange ting: vi har fået nogle kostvejledninger til barnet. Det som er utrolig svært, det er simpelthen at få tider inde hos hende.*

Dokumentation

Dokumentation er med til at fastholde os i, at vi har nået resultater. Det gælder shpl, det gælder familien og det gælder de systemer, som i dagens Danmark efterspørger evidens-baseret respons. Med hensyn til BMI er det en forholdsvis enkel og entydig måde at dokumentere succes: BMI skal stabilisere eller aftage – relativt – i forhold til de alders- og kønskorrigerede værdier for BMI. Med hensyn til de andre mere sammensatte og livsstilsprægede parametre er det vanskeligere. Her foreslår vi, at man spørger familien om deres oplevelse af succes ved afslutningen. Se spørgeskemaet under bilag.

Anbefalinger til kvalificering af pilotprojektets resultater

Under fokusgruppeinterviewene blev vi inspireret til at komme med nogle anbefalinger, som FFFS projektet med fordel kan profitere af i fremtiden. Disse har vi taget op i de følgende seks punkter.

Metodeudvikling i 2. , 3. og 4. besøg

2. besøg er af handlingsafklarende art. Nu har indtrykkene og temaerne fra 1. besøgs mindmapping haft lejlighed til at bundfælde sig og både familie og shpl begynder at indstille sig på handling. Mindmappen fra 1. besøg tages frem, og shpl stiller handlingsafklarende spørgsmål til mindmappen. Fx "Hvilken af ordboblerne på den første mindmap skal vi arbejde videre med?" Der laves en ny mindmap med den valgte ordboble som fokus, og shpl bliver nu mere styrende og søger frem til at familien tager beslutning for handling. Samtalen bliver af mere coachende end undersøgende art. Det hele udfoldes på den 2. mindmap. Der opstilles handlingsmål, og shpl vejleder på et konkret plan omkring, hvordan man kan komme derhen. Familien anerkender og kommitter sig til planen. Denne mindmap bruges fremadrettet til opfølgning ved det 3. og 4. besøg.

Hvis du støder på forældremodstand

Undervejs i et FFFS-forløb kan du komme til at opleve forældremodstand. I disse tilfælde er det en god idé at lægge mærke til, hvordan magtforholdene er i hjemmet. Det kan desuden være formålstjenligt at lægge mærke til, hvordan status er blandt de voksne. Hvem har højstatus i hvilke situationer. Det kan også være nyttigt at notere sig, hvilke ledestjerner familien har omkring hverdagsliv og livsstil. Er der nogen forbilleder eller pejlemærker, som har betydning? Hvilke værdier har familien, og bliver de eventuelt krænket ved indsatsen?

Nogle gange kan man opløse modstanden, hvis der inviteres til et metaperspektiv, til et fælles tredje (eventuelt leg), som aflaster overvægtsdagsordenen. Eksternalisering af problemet kan i denne sammenhæng nogle gange flytte perspektivet. Mindmappen kan i mange tilfælde også være indgangen til at opløse modstanden, idet forældrene får nye forståelser af deres barn og hinanden undervejs. Det er en god ting at være direkte, undgå at pakke tingene ind. Det sætter de fleste mennesker pris på. Det er også godt at gøre sig klart, at DGI-huset for mange er et højstatussted, som kan være med til at motivere processen. Og så er det godt at lægge mærke til og tale om de små fremskridt.

ERFA-faggruppe

Det har stor betydning, at man lærer af hinandens erfaringer. Flere af shpl i fokusgrupperne udtrykte stor glæde ved at være sammen og dele synspunkter og overvejelser i forbindelse med FFFS-arbejdet. I dagligdagen kan det være vanskeligt at få gjort plads til denne

erfaringsudveksling. Vi foreslår, at FFFS-gruppen mødes to gange om året for at dele erfaringer i et ½-dags refleksionsmøde.

Spørgsmål til forældrene om forandringer ved forløbets afslutning

I fokusgrupperne kom det også frem, at det ville være gavnligt at blive mere målrettet omkring projektets succeskriterier. Vi anbefaler, at FFFS-forløbet afsluttes med at shpl udfylder et afkrydsningskema, hvor forældrene spørges om, hvad de tager med sig fra FFFS-forløbet. Spørgsmålene er formuleret, så forældrene kan udtrykke deres mening om forløbet på en 5-delt graderet skala. Spørgeskemaet har vi detaljeret i et bilag.

Opfølgning efter afslutning

Den 1. årgang med 40 FFFS-børn er afsluttet og snart har 35 FFFS-børn været igennem 2. årgang. Under familieinterviewene kom det frem, at flere af forældrene syntes at FFFS-forløbet på 1 år, standsede lidt brat. Der kom således flere løsningsmodeller frem til, hvordan man kunne foretage en mere gradvis udslusning, således at projektføreløbet ville have større mulighed for at opfylde det overordnede mål om blivende praksis. Dette kunne praktiseres ved at shpl efter hhv. 3 måneder og 9 måneder gav familierne en opringning for at høre, hvordan arbejdet med den påbegyndte ændrede praksis i FFFS-forløbet udviklede sig. Det er vores overbevisning, at det vil øge en blivende succesrate.

Succesforældre som bevidnere i forældregrupper

Vi tror, at det er vigtigt at få styrket sammenhængen mellem hjemmebesøg, forældregrupper og motionsprogrammet "Leg og Bevægelse". Her ville succesfamilier kunne være til stor hjælp. Fx kunne man spørge forældre fra succesfamilier, om de ville være med til at introducere en ny familiegruppe. På mange måder lytter familier, som deler et problem med andre familier meget til hinanden, således at det vil give en stærk motivation for at gå i gang med programmet. Succesfamilien har ofte overskud, fordi deres projekt er lykkedes og denne glæde vil de gerne dele med andre. I øvrigt mener vi, at det er shpl, der i projektåret sikrer sammenhængskraften mellem de forskellige projektelementer.

Teori og aktuel litteratur

Andersen, Tom.: **Reflekterende Processer. Samtaler og samtaler om samtalerne.** Dansk Psykologisk Forlag, København, 2000.

Antonovsky, Aa.: **Helbredets Mysterium.** Gyldendal, København, 2000.

Anderson, Harlene: **Samtale, sprog og terapi. Et postmoderne perspektiv.** Hans Reitzels Forlag. København. 2003.

Burian, Bodil & Kirsten Børsting: **Narrativ samtale med børn.** Kapitel 2 fra Møller Spare og Dall Jørgensen (red.) Syv fortællinger om narrativ praksis. Dansk Psykologisk Forlag, 2009.

Burian, Bodil & Poul Burian: **Mindmapping.** Fagtidsskriftet "Sundhedsplejersken" nr. 6, 2006

Burian, Bodil & og Poul Burian: **Reflekterende forskning – forskning fra en reflekterende position PRISME.** Kapitel 17 fra Eliassen og Seikkula (red.) Reflekterende processer i praksis. Universitetsforlaget. Oslo. 2006.

Buzan, Tony: **Brug hovedet bedre,** Forlaget Børsen, 1982

Hansen, Susan Bjerregaard: **Tornerose, Orkanens Øje eller en 3-Dimensionale samtale.** Fokus 4/1999. Universitetsforlaget, Oslo.

Hart, Suzan: **Betydningen af samhørighed.** Hans Reitzels forlag, København. 2006

Hart, Susan & Rikke Schwartz. **Fra interaktion til relation.** Hans Reitzels Forlag, København 2008

Krueger, Richard A. & Mary Anne Casey. **Focus Groups – a practical guide for applied research.** Sage Publications, Thousand Oaks, Californien. 2000

Winslade, John og Alison Cotter: **Fra problemløsning til narrative tilgange i mægling.** Kap. 10 fra Gerald Monk. m.fl. (red). Narrativ Terapi i praksis - Håbets arkæologi. Akademisk.

Schön, D.: **Den reflekterende Praktiker.** Forlaget Klim, Århus 2001.

Tomm, Karl.: **Er hensigten at stille, lineære, cirkulære, strategiske eller reflektive spørgsmål?** Forum 4/92, s.3-13.

White, Michael: **Kort over narrative landskabe.** Hans Reitzels Forlag. 2007.

Ølgaard, Bent: **Kommunikation og Økomentale systemer ifølge Gregory Bateson.** Akademisk Forlag, København, 2001

Øvreeide, H. & Hafstad, R.: **Systemterapeutisk arbeid som utviklingsstøttende dialog.** Kapitel (s.120-146) fra Reichelt, S. et al. *Aktiv psykoterapi*, Ad Notam Gyldendal, Oslo 1996.

Bilag

Undersøgelsesmodel

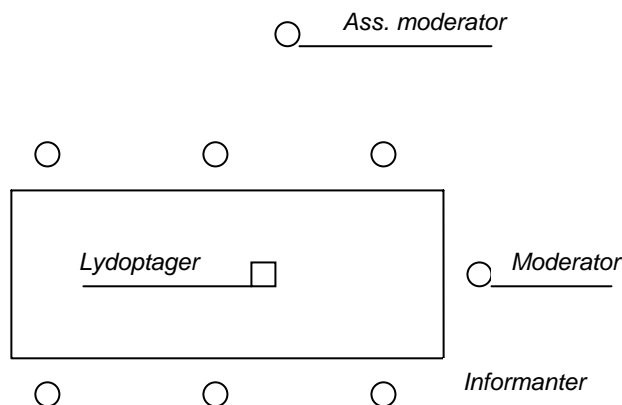
Interviewene fandt sted i Burians lokaler på Brendstrupvej 72 D, 8200 Århus N.

Fokusgruppeinterview

Fokusgruppeinterviewet har form som et eksplorativt interview, hvor målet er at flest mulige synspunkter fra de 6 sundhedsplejersker, som har deltaget i pilotprojektet, bliver fremlagt og drøftet. Det er en fælles søge- og evalueringsproces. Interviewet har ikke som mål at sikre enighed eller at føre frem til klare konklusioner. Målet er at belyse sundhedsplejerskernes forestillinger, begreber og formuleringer i forbindelse med det arbejde, de har gennemført sammen med forældre og børn. Interviewet åbner også mulighed for, at sundhedsplejerskerne kommer med forskellige idéer og fremtidsperspektiver.

Der blev udført 2 fokusgruppeinterview, et den 25. august 2009 og et den 28. september 2009. Interviewene blev optaget på bånd. Interviewguide for de to interview er vedhæftet som bilag. Begge interview er blevet transskriberet mhp. analyse og refleksion. Poul Burian optrådte som moderator og Bodil Burian optrådte som assisterende moderator. I det første interview medvirkede 6 informanter og i det andet interview 5 informanter.

Interviewopstillingen for Fokusgruppeinterview



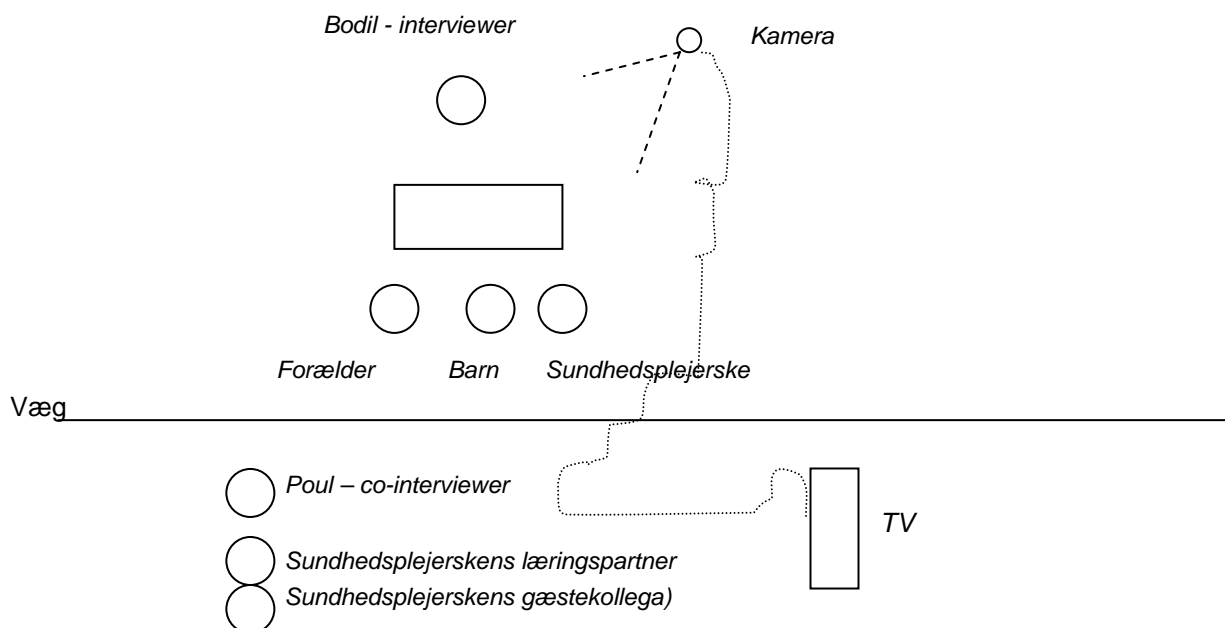
Det første fokusgruppeinterview var af kortlæggende karakter, og meningen med det var at indkredse konteksten og finde stof til de efterfølgende PRISME-interview (familieinterview). Det andet fokusgruppeinterview gik mere i dybden, og interviewguiden er kommet frem efter refleksion over første fokusgruppeinterview og familieinterviewene.

PRISME – interview (familieinterview)

Interviewsamtalerne gennemførte vi ud fra en interviewform (PRISME) inspireret af den norske psykiater Tom Andersens samtalemødel "Reflekterende processer" (Andersen 1994, 1996 & 2000) og (Eliassen & Seikkula 2006, kapitel 17). Formen indebærer et anderledes evalueringssinterview end man sædvanligvis kender. "Sagens parter" deltager i et semistruktureret interview sammen og på samme tid. De taler om deres samarbejde med de ekstra besøg, det som undrede dem, og det som var nyttigt for dem. Det er en undersøgelsesform, som lever op til idealet om at inddrage klienten og den professionelle på lige fod, når et fælles område skal undersøges og vurderes. Det er en evalueringsform, som er meget autentisk, og som kan skabe et tydeligt billede af et fags særlige kompetencer.

Interviewsamtalerne fandt sted i perioden 31. august til 16. september 2009. Interviewene foregik i ét lokale, mens co-interviewer og sundhedsplejerskens læringspartner eller anden gæstekollega kunne følge interviewet på en TV skærm i et andet lokale.

Interviewopstillingen for PRISME-interview



Interviewguide for fokusgruppe 1

1. Tema

Målgruppen

Sp.1 Hvilken betydning har det for jeres arbejde med børnene og deres forældre, at målgruppen er afgrænset til

- **Skolestartere**
- **Målt BMI > 30**

Sp.2 Hvilken betydning har henvisningsmåden fx fra en selv, fra en kollega, fra skolen, fra SFO'en, fra sagsbehandleren, fra familiebehandleren?

Sp.3 Hvilken betydning har familiekonstellationen fx far og mor er med, far eller mor er med, søskende er med?

Sp.4 Hvilken betydning har det, at forældrene erkender eller bagatelliserer problemet?

2. Tema

Mindmapping

Sp.5 Hvilken betydning har anvendelsen af den 3 dimensionale mapping som form?

Sp.6 På hvilken måde lykkes det at få barnets egen opfattelse af problemet frem?

Sp.7 Hvilke ord kan du knytte til barnets forventninger om forandring – se meningen, tage ejerskab?

Sp.8 Hvordan opfatter I forældrenes mulighed for at tage ansvar og medansvar?

Sp.9 Er der progression i samtalerne – en, to, tre samtaler?

Sp.10 Hvilke erfaringer har du omkring, hvordan man kan stimulere progressionen?

Magtforhold - mellem familien og sundhedsplejersken

Sp.11 Hvordan lykkes det dig at balancere mellem familiens viden - og måske følelse - og din egen ekspertviden inden for børnesundhedsområdet?

Sp.12 Hvordan synes du at kontakten og familiens motivation bevæger sig gennem forløbet – er der en typisk grænse for gennembrud i motivationen?

Kontekst

Sp.13 Hvor foregår samtalerne, og hvilke iscenesættelser er at foretrække og hvorfor?

3. tema

Omverden

Sp.14 Hvordan oplever I jeres egen timing i forhold til at foreslå handlemuligheder?

Sp.15 Er der tilstrækkelige, "kendte" handlemuligheder?

Sp.16 I hvilket omfang er det muligt at skræddersy handlemuligheder, hvis det måtte være en fordel for barnet?

Sp.17 Hvordan foregår formidling af viden til samarbejdspartnere undervejs?

Sp.18 På hvilken måde bakker du eller andre samarbejdspartnerne op omkring den formidlede nye viden?

Interviewguide for fokusgruppe 2

Succeskriterier

Det er et meget komplekst problemfelt med fokus på de overvægtige børn i 0. klasse og deres familier. Sidst var I inde på, at det kan opleves at "fejle" som fagperson, hvis barnet tager på i løbet af projektperioden

Sp.1

Hvordan oplever du at du har forbedret din metode, når du ser på

- o barnet
- o forældrene
- o omverdenen

(fx hvordan er det blevet lettere for dig at få barnet til at tale om sin hverdag ... lav evt. en mapping/brainstorm)

Sp.2

Hvordan oplever du succes når du ud fra forandringsperspektiv ser på

- o barnet
- o forældrene
- o familien
- o omverdenen

(fx når den samlede familie har fået nye forståelser af døgnrytme og spisevaner, når barnet er vokset og ikke har taget på ... lav evt. en mapping/brainstorm)

Sp.3 Hvilken betydning har det for dig at FFF har synlige succeskriterier? Og hvem skal have kendskab til disse succeskriterier?

Sprog

Sidst talte I om, at det er vigtigt at tone sig ind på familiens og barnets eget sprog. Og at det er vigtigt at møde familien i åbenhed, lydhørhed og nærvær. I talte om at I ikke skal tolke på de fortællinger I får. Under prisme-interviewene talte vi om, at det kan være tabu at tale om at et barn er tykt.

Sp.4. Hvordan kan sundhedsplejersken tale om at barnet er overvægtigt

Sp.5 Hvordan kan sundhedsplejersken introducere, at der ud fra et sundhedsfagligt syn er brug for ændringer af familiens kostvaner og hverdagsrytme.

Sp.6 Hvilke ord kan man bruge, som knytter forældrenes forventning om forandring – til barnets måske ubevidste forventning om forandring. Hvordan kan man støtte begge parter til at se meningen og dermed tage ansvar og med-ansvar

Sp.7 Har det været muligt for jer at bruge forældrebevidning i forbindelse børnenes mind-map fortællingerne

Sp.8 På hvilken måde kan der sættes ord på de mellem-familieære-relationer. Går sundhedsplejersken for vidt, hvis hun kommer ind på at familierapi er en mulig hjælp

Overgange

Henvisningen fra skolesundhedsplejersken foregår i forbindelse med sundhedssamtalerne i indskolingen. Det er et tilbud, som forældrene selv vurderer om de vil benytte.

Sp.8 Hvordan foregår henvisningen.

Sp.9 Hvilken forskel har det, om forældrene selv ringer til FFF, eller om de bliver kontaktet af FFF.

Sp.10 Er der kontakt mellem FFF og henviser undervejs i forløbet? Hvorfor?

Sp.11 Hvordan er kontakten til henviser ved ophør i FFF, og hvorfor?

Sp.12 Hvilke sammenhæng ser du mellem afrapporteringskema og succeskriterier?

Varighed

Under prisme-interviewene talte forældrene om at det kunne vær til stor nytte at forløbet strakte sig over en længere periode, fx 1-2 år – for at holde familien på sporet.

Sp.13 Hvor mange hjemmebesøg er der i et FFF forløb, og hvordan oplever I antal besøg og tidsintervallerne mellem besøgene?

Sp.14 Hvordan ser I på spørgsmålet om forlængelse af varighed ... og med henholdsvis samme/forøget ressourceforbrug.

Sp.15 Hvis forældrene har "lært" at bevidne – vil den metodedel kunne bruges i forbindelse med nye forældregrupper ("gamle" forældre bevidner nye)

Ansvar

Sidst talte vi om FFF sundhedsplejerskens ansvar for kontekstsætningen, proces og tema afgrænsning under hjemmebesøget. Der blev talt om at forenkle det komplekse. Der blev også talt om at nogle børn blev presse til at "være ordentlige" under besøget. Og der blev talt om at nogle forældre var bange for at deres børn skulle få det dårligt med sig selv og føle sig forkerte under forløbet. Det er meget komplekst.

Sp.16 Hvordan kan I arbejde med at børnene får et med-ansvar, som svarer til deres alder og udvikling. Hvordan balancerer I i dette felt?

Sp.17 Hvordan sikrer I at jeres arbejdsmetode er tydelig for barn og familie.

Interviewguide for PRISME

Til sundhedsplejersken.

Sp.1 [shpl navn] Hvilke tanker gjorde du dig, før du kontaktede [morens navn] om at medvirke i det her interview?

Sp.2 Hvordan tror du [morens navn] har opfattet den måde, du har taget [barnets navn] med ind i det her?

Sp.3. Hvad gjorde du specielt for at inddrage [barnets navn]?

Til moren

Sp.4 [morens navn], hvad hæfter du dig specielt ved af det som [shpl navn] har snakket om nu?

Tema: Kontakt, sprog, lytning

Til barnet

Sp.5 Hvad tænker du om det, de lige har sagt til mig? Er der noget mere du gerne vil sige?

Tema: Etablere kontakt til barnet.

Til sundhedsplejersken

Sp.6 Hvad tænker du om de informationer [morens navn] fik inden hun sagde ja og I gik i gang?

Til moren

Sp.7 [morens navn], hvad tænker du om det som [shpl navn] fremhæver?

Sp.8 [morens navn], fortæl lidt om den telefonsamtale, du havde med [shpl navn] hvor I aftalte det første besøg?

Sp.9 Hvordan oplever du det første besøg?

Sp.10 Har du på noget tidspunkt følt, at du spildte din tid, at [shpl navn] kunne have gjort det lidt anderledes eller?

Til barnet

Sp.11 [barnets navn], kan du huske, hvordan de voksne snakkede om, at du gerne måtte være med? Det var jo ligesom dig, der skulle være med i noget også.

Flere kontaktspørgsmål til barnet.

Til sundhedsplejersken

Sp.12 [shpl navn] Tror du, at [barnets navn] synes, at det var en mærkelig måde at tale sammen på, jeg tænker på flipoveren ved spisebordet? Du kan jo spørge hende?

Sp.13 Var der nogle ord omkring FFFS, som du bevidst undgik? Jeg mener, var der nogle ting, du synes, I ikke kunne tale om?

Sp.14 Hvad lavede [barnets navn], mens du og [morens navn] snakkede voksensnak?

Til moren

Sp.15 [morens navn] Hvordan kom [shpl navn] til at tale om kost?

Sp.16 [morens navn] Følte du på noget tidspunkt, at [shpl] var belærende omkring kost og motion

Sp.17 [morens navn] Hvad mener resten af familien om mødet med FFFS og [shpls navn]? Det kunne jo også påvirke deres hverdag?

Sp.18 [morens navn] Hvilken betydning synes du [shpl navn] hjemmebesøg har haft for dig og jeres familie?

Sp.19 [morens navn], hvis har I afsluttet FFFS forløbet, hvis I skulle starte forfra, hvad kunne du så godt tænke dig blev lidt anderledes?

Systematisering af rådata

Pilotprojektet har kørt i ca. 1 år, fra medio 2008 til medio 2009.

I alt har 41 familier og 7 sundhedsplejersker medvirket i pilotprojektet FFFS.

I evalueringen deltog 4 af de 7 sundhedsplejersker i begge fokusgruppeinterview.

2 sundhedsplejersker deltog kun i det ene fokusgruppeinterview.

1 sundhedsplejersker deltog kun i det andet fokusgruppeinterview.

3 familier (mor og barn) deltog sammen med hver deres sundhedsplejerske (3 forskellige sundhedsplejersker) i 3 PRISME-interview (familieinterview). Der har altid været én sundhedsplejerske fra FFFS-teamet bag skærm.

Om familierne

Familie 1: er fra Viby, Moren er 36 år, barnet er yngste barn af 2, broren er 12 år, Vestergårdsskolen.

Familie 2: er fra Højbjerg, Moren er 42, barnet er yngste barn af 2, sammenbragt familie med 4 børn, Forældreskolen.

Familie 3: er fra Malling, enlig mor på ?, barnet er midterste barn af 3 børn, Malling skole.

Validitet og reliabilitet

Rådata: 10% af familierne og 50% af sundhedsplejerskerne i pilotprojektet har indgået som informanter i det kvalitative familieinterview PRISME.
57% af sundhedsplejerskerne i pilotprojektet har indgået som informanter i de to fokusgruppeinterview.
43% af sundhedsplejerskerne i pilotprojektet har indgået som informanter i ét fokusgruppeinterview.
Projektlederen i pilotprojektet har deltaget som informant.
Alle interview er gennemført af Bodil og Poul Burian
Evalueringsfamilierne er fra 3 forskellige forstadsområder til Århus, 2 af børnene går på kommuneskoler, og 1 barn går på privatskole.
Alle rådata er båndet og foreligger på transkriberet form.
PRISME-interview (familieinterview) er optaget på video.

Ud fra ovenstående oplysninger betragter vi rådatamaterialet som validt og reliabelt.

Spørgsmål til forældrene ved det afsluttende besøg

Udfyldt af:

Familiens navne:

I hvor høj grad er der opnået forbedringer mht.

	Slet ikke	I ringe grad	I nogen grad	I høj grad	I højeste grad
Trivsel i familien					
Familiens samtalevaner					
Barnets sociale kompetence					
Familiens motionsvaner					
Barnets motionsvaner					
Barnets kostvaner					
Familiens kostvaner					

Hvis I som familie har oplevet forbedringer, i hvor høj grad kan det tilskrives hjemmebesøgene?

Familiens eventuelle kommentarer til det samlede FFFS – program:

	1.hjemmebesøg	2.hjemmebesøg	3.hjemmebesøg	4.hjemmebesøg
Dato				

NOTER til mindmapping afsnittet

A

De seks kriterier for mind som tænkeprocesser, som Gregory Bateson opstillede, indeholder sætninger, som hører til i den systemiske terminologi. F.eks. "En forskel der gør en forskel". "Vi er hinanden årsag", "Kortet er ikke landskabet", "Et budskab kan være metabudskab til et andet".

1. **MIND.** Mind er et system af dele som interagerer (som går i samspil). Det er således større end den mindste del i et system. Det betyder at MIND er et træk ved en helhed (holistisk) og ikke en enkelt del. Den mentale proces er altid en følge af samspil *mellem* dele.
2. **MIND.** Interaktionen mellem de enkelte dele ved mind bliver udløst af forskelle. Al sansning og oplevelse beror på forskelle, kontraster og forandringer. Det sker, når en relation mellem to dele af et system aktiverer en tredje part. Der er derved en forskel, der gør en forskel. Det uforanderlige kan ikke sanses, medmindre man selv bevæger sig i forhold til det.
3. **MIND.** Mind og dermed en mental proces kræver en sideordnet energi. De mentale processer udløses af forskelle, men forskellene rummer ikke energi. Mind har selv energi i sig. Ved mentale processer er der altid tale om to systemer; et mentalt system som kan regulere og beslutte selv, og et sideordnet system som kan regulere det mentale system. Når vi sparker hunden, ved vi ikke om den løber væk eller angriber. Dens egen energi er sideordnet energien i vores spark.
4. **MIND.** Mentale processer kræver cirkulære årsagskæder. Vi er hinanden årsag. Hvert element i kæden påvirker de resterende elementer i kæden. Når årsagskæden kommer tilbage til udgangspunktet, skal to ændringer pludselig sammenlignes med hinanden og bruges som udgangspunkt i næste fase.
5. **MIND.** I den mentale proces skal virkningerne af en forskel betragtes som transformationer. Der sker en omformning mellem det som gik forud, og det som nu er. "Kortet er ikke landskabet", (kortet er et omformet billede af landskabet).
6. **MIND.** Beskrivelsen og klassificeringen af disse transformations-processer afslører et hierarki af logiske typer, som er foldet ind i fænomenerne. Der er forskel på forskelle. Enhver forskel virker klassificerende. Et budskab kan være metabudskab til et andet.

Hvert enkelt kriterium kan forklares og relateres yderligere til mind som begreb i mind-mapping. Men hvis vi i stedet forsøger at fokusere og sammenfatte kan "mind" defineres som: Cirkulære og komplekse kredsløbs-strukturer med selvregulering og selvkorrektion. Og det er kortlægningen af disse mange kredsløbsstrukturer en mind-mapping består af.

B

Den canadiske psykiater Karl Tomm har udviklet et diagram over forskellige **spørgsmålstyper**. Han fremhæver, at de spørgsmål, vi stiller som behandlere (psykologer, socialrådgivere, sundhedsplejersker m.fl.) er baseret på antagelser som er lineære eller cirkulære, og spørgsmålene har samtidig en hensigt, som er at orientere os eller at påvirke den anden.

1. Lineære spørgsmål: Hensigten er at undersøge klientens forhold. Behandleren er "detektiv". De er baseret på lineære antagelser og søger ét svar. Fx "Hvem er han", "Hvad er klokken", "Hvornår kom du hjem" "Hvor bor du".
2. Cirkulære spørgsmål: Behandleren er optaget af at udforske, hvordan tingene hænger sammen som mønstre, der forbinder personer, handlinger, begivenheder, følelser, normer m.m., og behandleren antager at mønstrene skaber tilbagevendende kredsløb. (kybernetisk kredsløb). Behandleren er "opdagelsesrejsende". Fx "Hvem tror du er mest bekymret for det, som sker". Der er mange mulige svar.
3. Refleksive spørgsmål: Behandleren ønsker at påvirke familien og fremme ændringer. Spørgsmålene er fremtidsrettede og skaber perspektiver og rum til nye forståelser. Behandleren er "guide". Fx "Hvis denne depression forsvandt, hvordan ville jeres liv blive anderledes". Der er mange mulige svar.
4. Strategiske spørgsmål: Behandleren ønsker, at påvirke familien i den retning han mener, vil gavne. Behandleren er "dommer". Fx "Hvorfor taler du ikke med ham om dine bekymringer i stedet for med børnene". Behandleren går efter ét svar.

Den sandsynlige virkning af de fire spørgsmålstyper er 1. de lineære giver en platform, men kan efterhånden virke fastlåsende. 2. de cirkulære kan virke frigørende. 3. de refleksive kan virke udviklende., og 4. de strategiske kan virke begrænsende.