

Omsorgssvigt?

Else Christensen

Omsorgssvigt?

**En rapport om de 0-3-årige baseret
på sundhedsplejerskers viden**

**SOCIAL
FORSKNINGS
INSTITUTTET**

**København 1992
Rapport 92:7**

Socialforskningsinstituttets skrifter kan frit citeres, dog med tydelig angivelse af kilden. Publikationer, der omtaler, anmelder, henviser til, gør uddrag af eller gengiver dele af Socialforskningsinstituttets skrifter, bedes tilsendt instituttet.

Fotos:

- s. 12 Thomas Wester/Billedhuset
- s. 29 Jo Selsing/Billedhuset
- s. 42 Thomas Wester/Billedhuset
- s. 50 Björn Myrman/Billedhuset
- s. 74 Ebbe Knudsen/Billedhuset
- s. 90 Søren Svendsen/Billedhuset

2. oplag, 1992

Socialforskningsinstituttet
Borgergade 28
DK-1300 København K
Tlf.: 33 13 98 11

ISSN 0903-6814
ISBN 87-7487-424-1
Reproset, København

FORORD

I forbindelse med Det Tværministerielle Børneudvalgs forskningsinitiativer blev Socialforskningsinstituttet anmodet om at foretage en undersøgelse af omsorgssvigt i aldersgruppen 0-3 år.

Resultater fra undersøgelsen er tidligere beskrevet i to delrapporter, Per Schultz Jørgensen og Morten Nissen: Det usynlige omsorgssvigt. Socialforskningsinstituttet, arbejdsnotat 1990:2 og Else Christensen: Trængte familier. Socialforskningsinstituttet, rapport 91:8. Denne rapport er den afsluttende fra undersøgelsen.

Rapporten indeholder en teoretisk afklaring af begrebet omsorgssvigt, en redegørelse for hvor hyppigt omsorgssvigt forekommer i gruppen af 0-3-årige, og for hvilken art omsorgssvigt der er mest udbredt. Endelig præsenteres nogle overvejelser om mulighederne for en forebyggende indsats med eksempler fra en række udvalgte forsøgsarbejder. Informationerne om hyppighed og art af omsorgssvigt er baseret på et postspørgeskema, der blev udsendt til alle landets sundhedsplejersker i forsommeren 1991. Overvejelserne om forebyggelse er baseret på rapporter fra de udvalgte forsøg.

I hele undersøgelsesperioden er metoder og resultater blevet drøftet med en arbejdsgruppe bestående af sundhedsplejerske Inga Axelsen, forstander Rita Friis, sundhedsplejerske Nina Hejnø, sundhedsplejerske Susanne Moe, ledende sundhedsplejerske Helene Mortensen, viceforstander Elisabeth Olsson, sundhedsplejerske Britta Sjøholm og sundhedsplejerske Marianne Wung-Sung. Gruppen har endvidere udarbejdet de fem case-beskrivelser, der indgår i rapporten. Sundhedsplejerske Wivian Fuglsang

og ledende sundhedsplejerske Kirsten Sandersen har desuden været behjælpelige ved udformningen af spørgeskemaerne.

Til den samlede undersøgelse "Småbørns tarv og velfærd" er der knyttet en følgegruppe bestående af ekspeditionssekretær Annemarie Fallesen, Kommunernes Landsforening, læge Søren Kalsoft, Holbæk, professor lic. med. Niels Michelsen, København, fuldmægtig Eva Pedersen, Socialministeriet, konsulent Oskar Plougmand, Socialministeriet og ledende sundhedsplejerske Kirsten Sandersen, Dansk Sygeplejeråd. Både følgegruppe og arbejdsgruppe takkes for råd og vejledning i løbet af projektperioden.

Undersøgelsen er finansieret af Socialministeriet, Sygekassernes Helsefond og Egmont H. Petersens Fond.

Undersøgelsen er gennemført af forsker mag. art. Else Christensen, først — frem til august 1991 — under ledelse af forskningsleder dr. phil. Per Schultz Jørgensen og derefter under ledelse af forskningsleder cand. jur. Vita Pruzan. Manuskriptet er læst og kommenteret af seniorforsker Merete Platz og af lektor Hanne Munck, Københavns Universitet. Sekretærarbejdet er udført af assistent Kirsten Bjørneboe og assistent Eva Christensen.

København, april 1992

Jan Plovsing / Inge Mærkedahl

INDHOLD

	Side
KAPITEL 1. Problemstilling, metode, hovedresultater	11
1.1. Problemstilling	11
1.1.1. Den stillede opgave	13
1.2. Metode	13
1.2.1. Begrænsninger ved metoden	15
1.2.2. Udvalgte forsøg	16
1.3. Hovedresultater	17
1.3.1. En begrebsmæssig afklaring	17
1.3.2. Sociale behovsbørn	18
1.3.3. Hvor mange er udsat for omsorgssvigt?	18
1.3.4. Omsorgssvigtets karakter	19
1.3.5. Sociale belastninger og hjælpeforanstaltninger . .	21
KAPITEL 2. At måle og tælle omsorgssvigt	23
2.1. En begrebsmæssig afklaring	23
2.1.1. Tarv og velfærd	25
2.1.2. Antallet af truede børn er ukendt	26
2.1.3. Velfærd — tarv — omsorgssvigt	27
2.1.4. Omsorgssvigt i "det virkelige liv"	28
2.1.5. Historien om Joy omsat til spørgeskema	35
2.1.6. At gøre omsorgssvigt måleligt	36
2.1.7. Aktivt fysisk omsorgssvigt	37
2.1.8. Passivt fysisk omsorgssvigt	38
2.1.9. Aktivt følelsesmæssigt omsorgssvigt	38
2.1.10. Passivt følelsesmæssigt omsorgssvigt	39
2.1.11. Sammenfatning om de observerbare tegn	40

	Side
KAPITEL 3. Hvor hyppigt findes omsorgssvigt?	41
3.1. Sociale behovsbørn	41
3.1.1. Flest sociale behovsbørn i København og på Frederiksberg	44
3.2. Omsorgssvigtede småbørn	45
3.2.1. Antal småbørn udsat for omsorgssvigt	46
3.2.2. Omsorgssvigt jævnt fordelt over landet	47
3.2.3. Et socialt behovsbarn er ikke nødvendigvis omsorgssvigtet	48
 KAPITEL 4. Karakteristik af omsorgssvigt	 49
4.1. Aktivt fysisk omsorgssvigt	51
4.1.1. Historien om Kamilla	53
4.2. Passivt fysisk omsorgssvigt	54
4.2.1. Historien om Nicky og Karina	56
4.3. Aktivt følelsesmæssigt omsorgssvigt	59
4.3.1. Historien om Linda, Tina og Jakob	61
4.4. Passivt følelsesmæssigt omsorgssvigt	65
4.4.1. Historien om Mark	66
4.5. Sammenfatning	68
 KAPITEL 5. Belastninger og hjælpeforanstaltninger	 70
5.1. Belastninger	71
5.1.1. Samme billede for hele landet	73
5.1.2. Små tal i relation til alle børn	75
5.2. Hjælpeforanstaltninger	77
5.2.1. Tilbud i forskellige dele af landet	80
 KAPITEL 6. En forebyggende indsats	 83
6.1. Forskellige niveauer i forebyggelsen	84
6.1.1. Almindelige problemer omkring graviditet og fødsel	85
6.2. Forsøg med et forebyggende perspektiv	86
6.2.1. Det skal være godt at være barn	87
6.2.2. Små børn i Ry Kommune	89
6.2.3. Forældreaftener for førstegangsførelse	92

6.2.4. Åbent hus	94
6.2.5. Hva' så?	97
6.2.6. Tidlig forebyggelse af omsorgssvigt	98
6.2.7. Vang-projektet	100
Litteratur	102
Rapporter fra forebyggelsesprojekter	108
Bilag. Spørgeskema	111
Socialforskningsinstituttets udgivelser om børn og unge ...	131
Socialforskningsinstituttets udgivelser siden 1.1.1991	136

KAPITEL 1

Problemstilling, metode, hovedresultater

1.1. Problemstilling

Hvordan lever Danmarks 0-3-årige? Har de et godt og trygt liv med deres forældre? Lever de et liv plaget af stressede forældre, mangel på kærlighed, tid og opmærksomhed? Bliver de udsat for forsømmelse, vanrøgt eller **omsorgssvigt**?

Det er svære spørgsmål at svare på. Hvem har den uomtvistelige definition af "et godt og trygt liv" og af alle de andre fine ord? Ingen har den endelige definition, men alle har et bidrag. Svaret vil altid være mangetydigt. Måske er et godt og trygt liv, det vi — den fælles kultur/det fælles samfund — bestemmer, det skal være.

I disse år er danskerne — igen — i gang med at diskutere og definere, hvad et godt og trygt liv er, også for de yngste. **Undersøgelsen Omsorgssvigt? — En rapport om de 0-3-årige baseret på sundhedsplejerskers viden** kan ses som et bidrag til en øget konkretisering af diskussionen. Undersøgelsen indeholder en begrebsmæssig afklaring af "omsorg" og "omsorgssvigt" samt en konkretisering af, hvilke handlinger eller mangel på handlinger fra forældrenes side det kan give mening at karakterisere som omsorgssvigt. Der er en optælling af, hvor mange danske småbørn der er udsat for det, undersøgelsen betegner som omsorgssvigt, en redegørelse for, hvor i landet disse børn bor, for hvilke hjælpeforanstaltninger der har været sat i værk, og for om børnenes familier er udsat for psykosociale belastninger.

Undersøgelsens definitioner er selvfølgelig heller ikke endegyldige, men systematiseringen og konkretiseringen er et nyt bi-



drag til forståelsen og forhåbentlig også til etableringen af mere fælles og mere klargørende rammer for diskussionen.

1.1.1. Den stillede opgave

Undersøgelsens formål er — via sundhedsplejerskers viden og erfaring — at belyse situationen med hensyn til omsorgssvigt over for gruppen af småbørn, det vil sige børn i 0-3-års alderen. Undersøgelsen baseres på sundhedsplejerskers viden og overblik med den begrundelse, at sundhedsplejersker gennem deres besøg i hjemmene opnår et nært og forholdsvis dybtgående kendskab til de enkelte familier.

Undersøgelsens formål er inden for aldersgruppen 0-3 år at belyse: 1) udbredelsen af omsorgssvigt, 2) arten af omsorgssvigt og 3) mulighederne for en forebyggende indsats over for omsorgssvigt. De to første formål belyses via et postspørgeskema og det sidste via en beskrivelse af udvalgte forsøg.

1.2. Metode

Undersøgelsens primære data er indhentet ved hjælp af et spørgeskema, der er sendt til alle landets sundhedsplejersker. Der blev udsendt i alt 1.319 skemaer. Ca. 90 pct. reagerede på skemaet. En del af modtagerne arbejdede ikke længere som sundhedsplejersker, havde barselsorlov eller var langtidssyge, og det var således ikke relevant at udfylde skemaet. Blandt de sundhedsplejersker, der på undersøgelsestidspunktet arbejdede aktivt som sundhedsplejersker, var der 83 pct. (1.031 sundhedsplejersker), der besvarede skemaet helt eller delvist.

Spørgeskemaet (se bilaget) var opbygget i fire dele. Den enkelte sundhedsplejerske blev først bedt om at udfylde nogle generelle spørgsmål om, hvilken aldersgruppe børn hun arbejdede med (undersøgelsen var afgrænset til de 0-3-årige, skolesundhedsple-

jersker kunne derfor ikke udfylde resten af skemaet), og om hvilken type kommune hun arbejdede i (by-land). Dernæst et spørgsmål om, hvor mange 0-årige, 1-årige, 2-årige og 3-årige børn i alt hun besøgte i sit distrikt. Disse tal angiver det samlede antal børn, som undersøgelsen omfatter.

Da det ville være helt uoverskueligt for sundhedsplejerskerne at besvare alle skemaets spørgsmål for samtlige børn i deres distrikt, handlede næste del af spørgeskemaet om at få afgrænset den gruppe børn af alle børn i undersøgelsen, hvor man erfaringsmæssigt måtte forvente, at der var størst sandsynlighed for at finde de børn, der eventuelt var udsat for omsorgssvigt. Første trin i afgrænsningen var, om sundhedsplejersken havde aflagt besøg hos barnet/familien af "sociale grunde". Dvs. om sundhedsplejersken havde besøgt familien flere gange end det almindelige antal forebyggende besøg, fordi familien af sociale grunde havde nogle særlige behov. I spørgeskemaet blev sociale grunde defineret som "grunde i forbindelse med fx dårlige boligforhold, trivselsproblemer, familieproblemer, økonomiske problemer, misbrugsproblemer eller andre forhold, som kan påvirke barnets tarv og velfærd". Ud over de nævnte sociale grunde skulle sundhedsplejersken således vurdere, at barnets tarv og/eller velfærd muligvis kunne være truet. Fremover i undersøgelsen er disse børn benævnt "**sociale behovsbørn**". Anden afdeling af spørgeskemaet sluttede med oplysninger om, hvor mange 0-årige, 1-årige, 2-årige og 3-årige sociale behovsbørn sundhedsplejersken i alt besøgte i sit distrikt.

Tredje og fjerde del af spørgeskemaet indeholdt kun spørgsmål vedrørende de sociale behovsbørn. I tredje del blev der spurgt efter forekomst af en række definerede tegn eller symptomer på omsorgssvigt, som det var muligt for sundhedsplejersken direkte at observere i kontakten med børnene og familierne. Disse oplysninger danner basis for opgørelsen af antal børn udsat for omsorgssvigt i kapitel 3 og for den indholdsmæssige karakteristik af omsorgssvigt i kapitel 4.

Fjerde og sidste del af spørgeskemaet afsluttede med en række spørgsmål om tilbudte hjælpeforanstaltninger og om psykosociale belastninger hos familierne. Disse forhold er beskrevet i kapitel 5.

På sidste side i spørgeskemaet var der desuden mulighed for at kommentere undersøgelsen og uddybe besvarelsen. Ca. en tredjedel benyttede sig af den mulighed og har givet fyldige kommentarer til skemaerne.

1.2.1. Begrænsninger ved metoden

Den anvendte metode har en række vanskeligheder og begrænsninger indbygget. For det første er det helt generelt svært at undersøge forhold som omsorgssvigt. Det er ikke som at undersøge arbejdstidens placering, indkomstforhold eller deltagelse i frivilligt socialt arbejde, for nu at give nogle eksempler. Selve det fænomen, der skal undersøges, kan ikke bruges til at stille spørgsmål. Hvis vi spurgte 1.000 sundhedsplejersker: "Hvor mange børn i dit distrikt er udsat for omsorgssvigt?", så ville vi måske nok kunne nå frem til et tal — og til et gennemsnitstal, men vi ville ikke vide, hvordan resultatet skulle forstås. Problemet er, at der ikke er nogen entydig og slet ikke nogen konkret definition af, hvad det er, der skal undersøges.

Den første opgave er derfor at definere begrebet og at konkretisere det til noget, der kan stilles spørgsmål om, og som man kan forvente forståelige svar på. Dette er indholdet i kapitel 2.

Næste vanskelighed er det almindelige metodeproblem ved spørgeskemaundersøgelser: er der overhovedet svaret på det, der er ment med spørgsmålene? Her klarer undersøgelsen sig nok bedre end så mange andre spørgeskemaundersøgelser. Skemaerne er udelukkende besvaret af sundhedsplejersker, og der er udelukkende tale om spørgsmål, der har at gøre med sundhedsplejerskers fælles arbejdsmæssige viden og erfaring. Et forhold, der yderligere har medvirket til at minimere problemerne på dette område, er, at der i forbindelse med udformningen af de konkrete

te spørgsmål har været et intensivt samarbejde med en gruppe sundhedsplejersker, der har fulgt undersøgelsen fra starten. Der er således taget højde for at bruge det sprog og de begreber, sundhedsplejersker plejer at anvende.

Et tredje — ligeledes principielt — problem er, at der er indsamlet informationer via nøglepersoner. Hver sundhedsplejerske har udfyldt skemaet for alle de børn, hun har i sit distrikt, dvs. hvert skema indeholder oplysninger om flere børn. Det betyder for det første, at alle informationer er filtreret gennem sundhedsplejerskens forståelse af forholdene. For det andet betyder det, at der kun er oplysninger om, hvad sundhedsplejersken ved. Forhold, der ikke med sikkerhed er kendt af hende, er ikke med i undersøgelsen.

I forbindelse med databearbejdningen er der desuden den begrænsning, at det ikke er muligt at undersøge sammenhænge i materialet, når det drejer sig om det enkelte barn eller den enkelte familie. Det er kun muligt at få oplyst antal børn, der har været ude for omsorgssvigt, som undersøgelsen definerer det og at fordele oplysningerne efter kommunetype.

1.2.2. Udvalgte forsøg

Rapportens sidste kapitel indeholder en række overvejelser om forebyggelse samt en beskrivelse af udvalgte forsøg med et forebyggende sigte. Beskrivelsen er baseret på forskellige udvalgte forsøgsarbejder.

Forsøgene skal betragtes om eksempler og ikke som nogen udtømmende beskrivelse. Udvælgelsen er sket under hensyntagen til, at der skulle være tale om forskellige tilgange til forebyggelse, og at der skulle være eksempler fra både store og små kommuner. I udvælgelsen blev der desuden lagt vægt på, at der skulle foreligge skriftlige evalueringsrapporter om arbejdet. Gennemgangen er således baseret på skriftligt materiale udarbejdet af

andre (eventuelt af forsøgsmagerne selv), suppleret med informationer fra foredrag og personlige samtaler.

1.3. Hovedresultater

1.3.1. En begrebsmæssig afklaring

I undersøgelsen skelnes der mellem fire forskellige former for omsorgssvigt: aktivt fysisk, passivt fysisk, aktivt følelsesmæssigt og passivt følelsesmæssigt omsorgssvigt. Ved **aktivt fysisk omsorgssvigt** forstås, at børn påføres skader ved aktive handlinger fra den voksnes side fx ved slag eller andre voldelige/skadende handlinger. Ved **passivt fysisk omsorgssvigt** forstås, at børn udsættes for alvorlige forsømmelser fra den voksnes side, forsømmelser hvor der kan være tale om, at barnets sundhedstilstand er i fare. **Aktivt psykisk eller følelsesmæssigt omsorgssvigt** viser hen til, at barnet udsættes for en aktiv skadende handling af ikke-fysisk karakter, fx hvis barnet fra den voksnes side konstant udsættes for verbal krænkning, indespærring, konstante trusler og afvisning. Ved **passivt psykisk eller følelsesmæssigt omsorgssvigt** er der tale om alvorlige forsømmelser af psykisk eller følelsesmæssig art på grund af forældres manglende evne til at give tryghed, omsorg og kærlighed, fx på grund af psykisk sygdom, stofmisbrug (alkohol, medicin, narkotika) sociale vanskeligheder mv.

De fire omsorgssvigt-kategorier er i undersøgelsen konkretiseret til en række observerbare tegn eller symptomer, som det vil være muligt for sundhedsplejersken at bemærke i den almindelige kontakt, hun har med familien. Undersøgelsen beder således ikke sundhedsplejersken om en udtalelse om, hvorvidt hun tror, et større eller mindre antal børn er udsat for omsorgssvigt. Der er lagt vægt på at spørge efter en række konkrete forhold, som sundhedsplejersken med sikkerhed kan vide, om hun har observeret eller ej. Forhold der hver for sig kan tages som et muligt tegn på omsorgssvigt ud fra den eksisterende psykologiske og

socialmedicinske viden om emnet. Den konkrete formulering af de observerbare tegn eller symptomer har i høj grad bygget på "The Encyclopedia of Child Abuse" (Clark & Clark, 1989).

1.3.2. Sociale behovsbørn

Begrebet **sociale behovsbørn** har i undersøgelsen den funktion, at det afgrænser den gruppe børn, hvor der muligvis forekommer omsorgssvigt, som undersøgelsen definerer det. Med begrebet **sociale behovsbørn** er der skabt en ny kategori, hvor hovedvægten er lagt på kombinationen af sociale grunde (psykosociale belastninger) og en bekymring for barnets tarv og velfærd (jf. afsnit 1.2).

Kombinationen af sociale grunde (psykosociale belastninger) og en bekymring for barnets tarv og/eller velfærd betyder, at der er tale om en begrænsning i brugen af begrebet "behovsbørn" i forhold til, hvad man plejer at karakterisere som behovsbørn, nemlig børn (og familier) der har brug for særlige foranstaltninger. Børn, hvor behovet for særlige foranstaltninger alene skyldes sygdom eller handicap, er ikke taget med i begrebet sociale behovsbørn.

Undersøgelsen viser, at der **blandt de 0-årige børn er 10 pct., der kan betegnes som sociale behovsbørn**, dvs. der er 10 pct. af de 0-årige, hvor sundhedsplejersken mener, at der er grund til at være bekymret for, om barnets tarv og velfærd i rimelig grad bliver tilgodeset, og hvor der har været aflagt besøg af sociale grunde.

1.3.3. Hvor mange er udsat for omsorgssvigt?

Antallet af sociale behovsbørn kan ikke uden videre betragtes som identisk med antallet af børn udsat for omsorgssvigt. Der er situationer, hvor et barns tarv og velfærd har været truet, uden at

man kan tale om omsorgssvigt fra forældrenes side. Fx i forbindelse med usunde boligforhold eller akutte kriser i familien. Det er således ikke alle de børn, der modtager ekstra besøg ud fra en bekymring for barnets tarv og velfærd, hvor der nødvendigvis er tale om omsorgssvigt, som undersøgelsen definerer det.

Undersøgelsen viser, at **mindst 4 pct. af en årgang 0-årige er udsat for omsorgssvigt**. 1 pct. er udsat for aktivt fysisk omsorgssvigt, 4 pct. for passivt fysisk omsorgssvigt, 2 pct. for aktivt følelsesmæssigt omsorgssvigt og 4 pct. for passivt følelsesmæssigt omsorgssvigt. Det er ikke muligt at sige, hvor mange børn der har været udsat for mere end én form for omsorgssvigt.

Det fremgår, at der er flest børn, der har været udsat for en af de passive former for omsorgssvigt. Dernæst følger aktivt psykisk omsorgssvigt og endelig aktivt fysisk omsorgssvigt, som der er færrest børn, der har været udsat for.

I og med at der gennem de senere år er blevet talt mere om omsorgssvigt, må man antage, at de passive former, der hidtil har været de mest usynlige, i højere grad er blevet noget, man er opmærksom på. Man kan derfor forvente, at **tendensen for de kommende år vil være, at de passive former for omsorgssvigt får stadig større synlighed**. Konsekvensen af dette er bl.a., at man i det generelle forebyggende arbejde i højere grad må tage højde for disse former for omsorgssvigt, når indsatsen skal tilrettelægges.

Undersøgelsen viser desuden, at omsorgssvigt ifølge sundhedsplejerskernes observationer forekommer omtrent lige hyppigt i de store byer og i landdistrikterne. Dvs. at **urbaniseringsgraden tilsyneladende ikke har nogen indflydelse på omfanget af omsorgssvigt over for de 0-årige**.

1.3.4. Omsorgssvigtets karakter

På basis af spørgeskemaerne er det muligt at beskrive, hvilke iagttagelser der er de mest almindelige inden for de fire omsorgs-

svigt-kategorier og således herudfra give en kort karakteristik af det hyppigst observerede inden for kategorien.

Når det drejer sig om aktivt fysisk omsorgssvigt, er det hyppigst observerede blå mærker og andre tegn på slag eller vold. Dvs. tegn/symptomer, der viser hen til den klassiske beskrivelse af børnemishandling.

Inden for kategorien passivt fysisk omsorgssvigt er det mest almindeligt at se tegn/symptomer på forsømthed i forbindelse med mangelfuld ernæring, utilstrækkelig påklædning og manglende omsorg i forbindelse med fx de forebyggende lægeundersøgelser. Dvs. tegn/symptomer, der minder om tidligere tiders miseriesprægede børn. Det bør give anledning til overvejelse, at der faktisk er **4 pct. af en generation af 0-årige, der har klassiske miseries-tegn** (dvs. er præget af elendige og fattige levekår med mangelsydomme og/eller forsømthedstegn).

Inden for kategorien aktivt følelsesmæssigt omsorgssvigt er det hyppigst observerede tegn/symptomer, der viser hen til, at forældrene i høj grad har en negativt ladet kommunikation med barnet. En kropslig og sproglig kontaktform, hvor de formidler en række negative signaler, der tilsammen fortæller barnet, at det ikke er noget værd, at dets behov ikke betyder noget, og at det ikke skal være alt for sikker på, at der er nogen, der kan lide det. Dvs. tegn/symptomer, der viser hen til et følelsesmæssigt negligeret og kontaktforsømt barn.

Den sidste kategori er passivt følelsesmæssigt omsorgssvigt, hvor observationerne peger i retning af forældre, der ikke er i stand til at aflæse deres barns verbale og kropslige signaler, og forældre der ikke er i stand til i nødvendigt omfang at tilsidesætte deres egne behov for barnets, måske er de heller ikke i stand til at skelne mellem deres egne behov og barnets. Dvs. at der er tale om et følelsesmæssigt negligeret barn, hvor barnets opvækstmiljø ikke giver det mulighed for at etablere en meningsfuld (verbal eller nonverbal) dialog med det omgivende miljø, hvori barnets egne følelser og/eller behov kan indgå som en del af udgangspunktet.

1.3.5. Sociale belastninger og hjælpeforanstaltninger

Erfaringsmæssigt vides det, at der er en ophobning af psykosociale belastninger i de familier, hvor der er grund til bekymring for barnets tarv og/eller velfærd — eller også er det de familier, der er mest synlige. I undersøgelsen blev der spurgt efter en række kendte psykosociale belastninger blandt de sociale behovsbørns forældre. Undersøgelsen viser, at 80 pct. af de sociale behovsbørns familier ifølge sundhedsplejerskerne kan karakteriseres ved, at de lever af overførselsindkomster og/eller ved belastningerne: svag begavelse, alkoholmisbrug, fysisk mishandling af moderen, psykisk sygdom, fysisk sygdom og stofmisbrug. Men man skal være opmærksom på, at når de nævnte belastninger karakteriserer 80 pct. af de sociale behovsbørns forældre, så er der stadigvæk 20 pct. af de sociale behovsbørn, hvis forældre ikke kan karakteriseres ved disse belastninger. I Københavns og Frederiksberg Kommune drejer det sig om 16 pct. af de sociale behovsbørns familier, i landkommunerne om 24 pct. af børnenes familier.

Dvs. man bør være opmærksom på, at **der findes en gruppe sociale behovsbørn og en gruppe omsorgssvigtede småbørn, hvor familien ikke umiddelbart vil være iøjnefaldende som en familie med økonomiske og psykosociale problemer.**

4/5 af de sociale behovsbørns forældre forsørges via overførselsindkomster. Mest almindeligt i øvrigt er svag begavelse hos en af forældrene, alkoholmisbrug hos en eller begge forældre og fysisk mishandling af moderen. Heraf er alkoholmisbrug hos en eller begge forældre og fysisk mishandling af moderen lige hyppig i alle dele af landet (henholdsvis 3 pct. og 2 pct. af alle børn), mens svag begavelse hyppigere bliver nævnt i landkommunerne.

Når det drejer sig om hjælpeforanstaltninger, bærer disse i høj grad præg af, at man satser på, at familien skal forblive samlet i det hjemlige miljø. Det er kun ganske få børn (0,6 pct. af alle børn), hvor der er iværksat en hjælpeforanstaltning uden for eget hjem. De mest almindelige hjælpeforanstaltninger er pålæg/hen-

stilling om daginstitution, tildeling af personlig rådgiver og rådgivning/terapi ved psykolog eller anden uddannet person på et rådgivningscenter.

KAPITEL 2

At måle og tælle omsorgssvigt

2.1. En begrebsmæssig afklaring

I undersøgelsen "Trængte familier" (Christensen, 1991, p. 59) defineres omsorg generelt "som det at tilgodese barnets fysiske og psykiske behov, så det kan vokse op som et nogenlunde harmonisk menneske. Dvs. tilgodese barnets behov for mad, husly, klæder, undervisning, kærlighed".

I bogen "Omsorg og udvikling" (Diderichsen & Thyssen, 1991) beskrives omsorg ved nogle af de samme begreber. Fx p. 19 "Omsorg er en virksomhed, hvor omsorgspersonen tager udgangspunkt i et andet menneskes (barnets) behov og handler på en måde, der søger at imødekomme det andet menneskes behov". I samme sammenhæng beskrives kommunikation som et nøglebegreb i forbindelse med omsorgen. Hvis omsorgspersonen ikke imødekommer barnets behov, dvs. ikke lever op til sit ansvar for at give barnet den nødvendige pleje, kærlighed og omsorg, og ikke er i stand til at opbygge den nødvendige kontakt og kommunikation med barnet (så barnet kan komme i dialog med og lære af sine omgivelser), svigter personen sin omsorgsopgave, og man kan tale om omsorgssvigt.

Omsorgssvigt kan derfor helt bredt betegnes som ikke at leve op til omsorgsforpligtelsen over for barnet. Denne generelle karakteristik understreger det normative i omsorgssvigt-begrebet, noget der også fremgår af en af de mest gængse og internationalt benyttede definitioner, som fx i Kempe & Kempe, 1983, hvor der tales om, at omsorgssvigt eller børnemishandling "foreligger, når børn påføres skader, ofte gentagne, ved aktive handlinger eller

alvorlige forsømmelser fra forældres eller foresattes side, og handlingerne er i strid med samfundets normer eller love vedrørende omsorg for børn og unge og øvrige samfundsborgere, og når det ikke er resultatet af et hændeligt uheld" (her i oversættelse fra Michelsen et al., 1985a, p. 9).

Omsorgssvigt kan ikke betragtes som én afgrænset handling eller ét afgrænset felt af virkninger. Omsorgssvigt må karakteriseres som handlinger, der befinder sig på et kontinuum, hvor man i den ene ende kan tale om forældre, der mere eller mindre passivt undlader at give børnene den tilstrækkelige omsorg og derved kommer til at skade dem. Mens der i den anden ende af spektret er tale om forældre, der aktivt påfører deres barn skader, enten fysiske skader i form af fx vold, mishandling, seksuelt misbrug eller psykiske skader i form af fx angstfremkaldende indespærring på uhyggelige steder, nedværdigende eller ydmygende behandling, verbal chikane eller trusler.

Den aktivt påførte fysiske skade har nogle virkninger, som er umiddelbart iagttagelige og forudsigelige. Når det drejer sig om den psykiske skadevirkning, findes der også en omfattende viden om, hvilke konsekvenser det kan have for børn at blive udsat for omsorgssvigt. Der er en skadevirkning både på den grundlæggende personlighedsudvikling og på kontakten med andre mennesker (se fx Christensen, 1991). Skader, som man ved — alt andet lige — vil give det pågældende barn vanskeligere vilkår at leve sit liv under.

På Nordisk Børneforsorgskongres i København, juni 1991, talte Bengt Börjeson (Börjeson, 1991) blandt andet om vigtigheden af i højere grad at fokusere på **relationen** mellem barn og forældre, når man skal vurdere det skadelige i et eller andet svigt i forældreomsorgen (se også Sloth, 1991). Det vil sige, at han understregede betydningen af ikke bare at se på de fysiske skadevoldende handlinger. De ikke-fysiske handlinger, der i høj grad karakteriseres af relationen mellem barn og forældre, er lige så vigtige, når man taler om omsorgssvigt. Og taler man om mulighederne for forebyggelse af omsorgssvigt eller af en senere skade-

virkning som følge af omsorgssvigt, er relationen måske endnu vigtigere. Er der fx en relation mellem barn og forældre, som også indeholder positive elementer for barnet og dets udvikling? Er der tale om, at forældrene, på grund af egne misbrugsproblemer eller egen miserabel tilstand, ikke er i stand til at få øje på deres børn som levende væsner? Eller er der tale om en direkte fjendtlighed fra forældrene rettet mod børnene? I de to første tilfælde kan man tale om passive former for omsorgssvigt ("undladelsessynder"), mens man i det sidste tilfælde må tale om aktivt omsorgssvigt, der kan sammenlignes med den aktive fysiske mishandling.

Svarene på spørgsmålene om relationen er afgørende for, hvordan man vil forstå omsorgssvigt og dermed også afgørende for, hvilken indsats man mener, der bør sættes ind for at forbedre barnets chancer for en almindelig god tilværelse.

2.1.1. Tarv og velfærd

I definitionen er det vigtigt at understrege det normative i begrebet omsorgssvigt. At begrebet er normativt betyder bl.a., at det er forankret i den almindelige sociale lovgivning og tankegang. I Danmark er det ordene "tarv" og "velfærd", der er de væsentlige ord i lovgivningen, når det drejer sig om at sikre børn og unge så god en opvækst som mulig.

Hvis man mener, at et barns **tarv** er truet, betyder det, at der er tale om et barn, der "har vanskeligheder i forhold til sine daglige omgivelser, skolen eller samfundet, eller når barnet i øvrigt lever under utilfredsstillende forhold." (Cirkulære af 12.12.86 om rådgivning og tilsyn efter bistandsloven, her citeret fra Olsen, 1988). I den situation skal der iværksættes hjælpeforanstaltninger over for barnet og dets familie med henblik på at støtte "opdragelsen i videste forstand med alle de forpligtelser, som dette indebærer" (ibid.). Tilbuddet skal iværksættes i samarbejde med forældrene, og det er frivilligt, om de ønsker at tage imod tilbuddet.

Hvis et barns **velfærd** er truet, er situationen betydelig mere alvorlig, og det offentlige har en pligt til at gribe ind, uanset om forældrene ønsker det eller ej. Der er her tale om en alvorlig trussel mod barnets opvækst under betryggende forhold, i loven udtrykt ved, at det anses for at "være absolut påkrævet af hensyn til barnets velfærd" (ibid.), at der bliver sat hjælpeforanstaltninger i værk. Alvoren i nødvendigheden af hjælpeforanstaltninger (såfremt disse skal iværksættes uden forældrenes samtykke, i sidste instans ved at barnet anbringes uden for hjemmet) understreges i høj grad i såvel love som cirkulærer: "Så snart der bliver tale om hjælpeforanstaltninger uden samtykke, må der stilles strengere krav til grundlaget for en beslutning om iværksættelse af hjælpeforanstaltninger. Som udgangspunkt må tages, at det i almindelighed ikke vil være tilstrækkeligt, at enkeltstående handlinger eller forsømmelser viser, at de forsørgelsesmæssige og opdragelsesmæssige problemer ikke er løst helt tilfredsstillende. De forhold, der kan begrunde hjælpeforanstaltningens iværksættelse uden for hjemmet uden samtykke, må i højere grad være udtryk for en adfærd fra barnets eller forældrenes side, dvs. de må have manifesteret sig i en række handlinger eller forsømmelser, der viser, at der er tale om alvorlige problemer for barnet eller den unge." (ibid.).

2.1.2. Antallet af truede børn er ukendt

Der findes ikke nogen opgørelser over, hvor mange børn der må antages at være udsat for trusler mod tarv og/eller velfærd. Når det drejer sig om trusler mod velfærden, har man nogle skønsmæssige vurderinger baseret på antallet af børn anbragt uden for eget hjem. Schultz Jørgensen et al., 1989, beregner, at der i 1987 blandt de i alt 15.607 børn og unge, der er anbragt uden for eget hjem (med eller uden forældrenes samtykke), er 6.500 — 7.000 børn, hvor man må antage, at paragrafferne om tarv og især velfærd har været taget i anvendelse. Der er tale om, at disse

6.500-7.000 børn i modsætning til de øvrige godt 8.000 anbragte børn, hverken er anbragt af forsørgelsesmæssige grunde (fx forældres død eller sygdom), på grund af fysisk eller psykisk handicap eller anbragt på efterskoler eller lignende på grund af generelle konflikter i familien, knyttet til 15-17-års alderen. De skriver, at man "for denne gruppe må regne med, at der er tale om et såkaldt anbringelsesgrundlag, der har en stærk sammenhæng med belastende familieforhold i egentlig og alvorlig forstand." Dvs. forhold, som i bistandslovens forstand kan tolkes som en trussel for barnets velfærd.

Når det drejer sig om, hvor mange børn hvis tarv er truet, dvs. hvor mange børn, hvor der er tale om, at det offentlige skal træde til med et tilbud om hjælp, råd og vejledning, er det endnu sværere at sætte tal på. Generelt må man antage, at der er flere børn, der er truet med hensyn til tarv end med hensyn til velfærd, men når det drejer sig om at fremsætte et skønsmæssigt tal, er der mange vanskeligheder. Man kan ikke uden videre forsøge at beregne antallet af børn ud fra bestemte iværksatte hjælpeforanstaltninger. Dels er det frivilligt for forældrene, om de vil tage imod hjælpen, dels er det svært at gøre op, fordi der er tale om mange forskellige handlinger, symptomer eller reaktioner, der kan føre til mange forskellige tilbud. En tredje vanskelighed er, at det desuden er svært at definere, hvad og eventuelt hvor meget der skal til, for at man kan tale om, at et barns tarv er truet. Når loven skal bruges, kræver det en fortolkning af begrebet tarv (og selvfølgelig også af begrebet velfærd). Hvad er det for vanskeligheder, der tænkes på — helt konkret — og hvilke forhold i øvrigt er det, der må anses for utilfredsstillende?

2.1.3. Velfærd — tarv — omsorgssvigt

Nogle af de ord der bruges, når man taler om forhold, hvor barnets tarv (og i nogle situationer også velfærd) er truet, er udtryk som "mishandling", "vold", "fysisk overgreb", "fysisk overlast", "for-

sømthed", "vanrøgt", "manglende forældre-evne" (Schultz Jørgensen & Nissen, 1990).

Et bredere og mere generelt begreb er begrebet "omsorgssvigt", der af Schultz Jørgensen & Nissen (ibid.) karakteriseres som et begreb, hvor der ikke skelnes "mellem tilsigtede og ikke-tilsigtede handlinger eller mellem forsømmelighed i omsorgen, der har sin baggrund i større eller mindre forældre-evne". Når det drejer sig om forhold vedrørende børns tarv, må begrebet anses for mere velegnet til at karakterisere det, der sker, end udtryk som mishandling, vold etc., der alle underforstået implicerer en hensigt. Schultz Jørgensen & Nissen (ibid.) mener, begrebet bør videreudvikles, hvis det skal bruges mere specifikt. Med Goll & Harder (1986) mener de, at begrebet med sin bredde og sin u-præcighed måske er mindre anvendeligt, når det drejer sig om at diagnosticere, intervenere og behandle, fortrinsvis med udgangspunkt i social- og sundhedsforvaltninger. Samtidig lægger de dog vægt på, at begrebet muligvis med fordel vil kunne videreudvikles og citerer her Merrick (1984) for at fremhæve, at begrebet har en fordel frem for andre misbrugs/overgrebs-udtryk, fordi det beskriver en situation, hvor en forælder eller en anden voksen "svigter sit ansvar over for et barn". Nemlig ansvaret forbundet med omsorg. Det er denne sidste brug af begrebet omsorgssvigt, der bygges videre på i undersøgelsen af omsorgssvigt blandt de 0-3-årige.

2.1.4. Omsorgssvigt i "det virkelige liv"

Efter alle disse ord får nogle sikkert trang til at spørge: "Jamen hvordan ser det ud, hvad er omsorgssvigt — i det virkelige liv?" I undersøgelsens univers er "det virkelige liv" defineret som det, sundhedsplejersker møder, når de mener, de står over for et barn, der er udsat for omsorgssvigt, et barn, hvis tarv eller velfærd er truet. Så lad os prøve at se, hvordan den gruppe sundhedsplejersker, der har fulgt projektet, har beskrevet deres op-



levelser i "det virkelige liv" i et eksempel konstrueret til brug for undersøgelsen. Eksemplet er baseret på konkrete erfaringer, men alle informationer og navne, der eventuelt ville kunne bruges til at identificere familien, er ændret.

Joy 8 dage.

"Jeg hører moderen fortælle om fødslen, om hvor lang tid det tog, og hvor ondt det havde gjort osv., samtidig med at hun fortæller om hunden, de har, og om, hvor sært den nu opfører sig. Faderen siger ikke noget.

Da der er gået 15 min. med det, prøver jeg at dreje samtalen hen på deres nyfødte barn. Jeg spørger, om jeg må få lov til at se barnet.

Jeg ser, at dette virker provokerende på dem begge. I stedet for at hente barnet sidder de stift og småskændes om, hvem der skal gå ned på gaden og hente barnet op. Barnet har stået nede 1 times tid, efter at de var i byen. Det er 10 grader udenfor.

Jeg tænker: træthed, manglende nattesøvn, problemer med arbejdsdeling, risiko ved at så lille et barn er uden opsyn i 1 time, og på hvordan de adskiller deres egne behov fra barnets og fra hundens.

Da barnet bliver hentet, ser jeg et lille blegt, sovende barn. Da moderen tager tøjet af barnet, ser jeg, at moderen er meget usikker på, hvordan hun skal håndtere sit barn. Pigen vågner op, og moderens usikre bevægelser ser ud til at få alle reflekser til at udløses. Hun vifter vildt i luften med arme og ben og sætter i med at skringe.

Moderen kan ikke få barnet til at holde op med at græde. Tværtimod kan jeg se, at barnets gråd får hende til at blive lidt irriteret. Moderen rækker barnet over til mig.

Sammen får vi barnet til at falde til ro, ved at **jeg forklarer og viser**, hvordan barnet har behov for at blive holdt omkring med moderens hænder og arme.

Da jeg ser barnet uden tøj, ser jeg et magert, blegt barn, der stadig er 200 g under fødselsvægten for 8 dage siden (2.300 gram). Den fysiske undersøgelse, jeg altid laver ved mine besøg, omfatter hele barnets krop, helhedsindtryk af styrke, symmetri og bevægemønstre.

Pigen har et livligt blik, som kigger mig lige i øjenene, lidt langsomme ens reflekser, navlen let blødning og der sidder stadig en lille stilk fugtig navlestreng. I huden er der lidt knopper omkring endeballerne. Hun er i øvrigt velskabt, men i underskud med væske og virker lidt forsømt. Det samlede helhedsindtryk af dette barn og dets familie er lige nu, at de ikke har fundet ud af hinandens behov og ikke ved, hvordan de skal arbejde med at finde ud af det.

Faderen rækker mig udskrivningspapirene fra hospitalet, og af dem fremgår det, at barnet bliver ammet, og at der ikke har været nogen problemer de fem dage, mor og barn var i afdelingen. Vi læser det, der står, sammen.

Imens jeg undersøger barnet, forklarer jeg hele tiden forældrene (dvs. det meste af tiden er det kun moderen, der ser til), hvad det er, jeg foretager mig og svarer på moderens spørgsmål, og viser bl.a. hvordan hun skal gøre med navlen.

På nuværende tidspunkt er både mor og barn faldet til ro, og faderen er gået tur med hunden.

Efter at barnet har fået tøj på igen, sætter vi os ind i stuen, og moderen får ild på en cigaret.

Med udgangspunkt i det forældrene fortalte i begyndelsen af besøget, de observationer jeg gjorde, mens barnet ikke havde tøj på, og det moderen nu vil snakke om, som bl.a. er, at hun er i tvivl, om barnet får nok at spise, fortsætter næste del af besøget.

***Mine bestræbelser** går nu ud på — i forlængelse af forældrenes ønsker — at få dem til at forstå og tyde barnets ønsker og behov og at reagere hensigtsmæssigt på disse.*

I dette besøg var det væsentligste af det, vi drøftede, at sikre, at forældrene har forstået barnets behov for væske og mad. Afklaring om hel eller delvis amning, hvordan amning stimuleres, og i hvilke situationer forældrene skal beslutte sig for at give tilskud til amningen, samt på hvilke forskellige måder barnet i øvrigt kan beroliges. Familiens nye døgnrytme og samvær.

Jeg bruger moderens (og faderens) kropssprog og uddybende spørgsmål som tegn på, at de forstår det, vi snakker om, men også som indikator på, hvornår vi skal slutte drøftelsen.

Som en afslutning på besøget skriver vi sammen et dagbogsnotat i "Barnets bog" om de ting, familien vil huske fra besøget, og vi laver aftale for næste besøg.

På vej ned ad trappen tænker jeg på de løse ender i besøget: Familiens netværk? — Forældrenes fælles interesse i barnet? — Moderens fysik? — Barnets fysik, livsvilje eller problemer? — Familiens måde at strukturere deres dagligdag, deres boligmiljø og deres indbyrdes arbejdsdeling? — Forældrenes tålmodighed? — Tiden til kærlighed? Hvordan var deres forhold, før barnet blev født? Hvordan har de tænkt sig nu at prioritere? — Økonomi, arbejdssituation? — Dette er en af de familier, hvor jeg kommer til at tale med sagsbehandleren."

Joy 6 måneder.

"Siden det allerførste besøg i hjemmet kan jeg se, at Joy nu har lært at rulle rundt på gulvet, række usikkert ud efter alting og stoppe alting i munden, inklusive hundens kødben og madskål. Hun er mager, vægtøgningen fra sidst er ikke tilfredsstillende. Huden er bleg, omkring halen er hun hudløs og fyldt med knopper. Jeg lægger mærke til, at hun lugter stærkt af urin og sur mad, fordi hendes tøj og hendes hud ikke er vasket. Hun kigger på en med store øjne, men er ikke "til at slå et smil af". Jeg kan i øvrigt se, at moderen sidder på sofaen, og at barnet, der er stablet op i hjørnet af samme, er ved at falde ned på siden. Jeg hører på det, moderen fortæller mig, at hun er godt gal i hovedet på vuggestuepersonalet, fordi de har indkaldt hende til samtale om Joys hygiejne, "de siger, hun lugter af tis".

Da Joy, efter flere forsøg på at tiltrække sig moderens opmærksomhed, med en opgivende klynken falder helt ned på kanten af sofaen, hiver moderen hende op med et ryk i den ene arm. Joy reagerer ikke særligt på den ligegyldige håndtering, men efter et øjeblik klynker hun lidt igen.

Jeg fortæller moderen, at vuggestuens personale også har kontak- tet mig angående deres bekymring for Joys dårlige hygiejne og de spiseproblemer, de oplever, Joy har, medens jeg sætter mig over i

sofaen og sætter Joy ind mellem os, holder hende på maven og støtter overkroppen.

Jeg kan mærke, at moderen nu bliver på vagt over for mig, og jeg må endnu engang forklare om mit tætte samarbejde med vuggestuen og om det, vi aftalte ved sidste besøg, at jeg godt måtte kigge ind til Joy i vuggestuen af og til. **Moderen fortæller, at hun har det dårligt med at høre, at vi taler om dem "bag hendes ryg", og jeg foreslår derfor, at vi går sammen i vuggestuen en dag og laver nogle aftaler. Moderen er ikke meget motiveret, hun har holdt Joy hjemme de sidste 14 dage, efter at personalet beskyldte hende for ikke at passe Joy ordentligt.**

Endnu en gang må jeg minde moderen om, hvorfor vi **i sin tid blev enige om**, at det er vigtigt, at Joy kommer i vuggestue. Joy sluger sin mad alt for voldsomt, hun gylper meget efter hvert måltid, og hun har ikke taget på i vægt. Moderen har udtrykt ønske om at have dagen til sin egen rådighed, og at jeg har vejledt dem om Joys behov for daglig stimulation, samt at dette kan forældrene få hjælp til fra pædagogerne.

Denne drøftelse afsluttes med, at moderen beslutter, at Joy kommer i vuggestue i morgen, og at vi mødes derhenne kl. 15, for at vi begge kan deltage i drøftelsen med pædagogerne om Joys trivsel.

Vi snakker så om Joys motoriske udvikling, og jeg roser familien for, at de lader hende udfolde sig på gulvet, men jeg giver udtryk for min tvivl om, hvor hensigtsmæssigt det er, at Joy og hunden deles om madskål og kødben!

Herefter kommer vi til at drøfte Joys spiseproblemer, da moderen netop har hentet en flaske til hende. Joy bliver lagt helt ind i sofa-hjørnet og får flasken i munden og en pude under til at støtte den. Moderen rækker ud efter sin cigaret og kigger afventende på mig. Jeg spørger, hvor meget hun får i flasken ad gangen, og hvor mange flasker i alt? Det viser sig, at hun får knap 1½ l færdigblandet modermælkserstatning i døgnnet og lidt vælling af og til. Hun smager på familiens mad til aften, når de får noget, der kan moses. I løbet af ingen tid har Joy slugt sin flaske, den er trillet på gulvet, hvor hunden forlyster sig med den. Nu gylper Joy ud over sofapuden og mine

bukser, og moderens reaktion er: "Der kan du se, hun gylper hver gang". Jeg har lyst til at sige: "Det tror da fanden, når hun får mad fladt på ryggen, uden bøvsepavser og sluger den så hurtigt". Men vi har snakket om dette her så ofte, så jeg vælger denne gang at spørge moderen om, hvorfor hun lægger Joy ned at spise? "Jeg har prøvet at sætte hende i den skrå stol med sutteflaske, men så gylper hun endnu mere", siger moderen.

Endnu en gang viser jeg moderen, hvordan man kan gøre måltidet hyggeligere for Joy ved at tage hende på skødet og forklarer, hvordan hun kan styre, hvor meget barnet skal spise ad gangen, og at hun skal have rigeligt med bøvsepavser. Nu vælger jeg at gå **dybere ind i problematikken** og spørge moderen, hvad hun tænker om gylperiet. Tror hun, der er noget galt med Joys mave, med maden, eller kender hun andre børn, der gylper — og hvorfor gør de det? **Jeg siger, at jeg tror, at en af årsagerne til, at Joy gylper, er, at hun ligger alene med sutteflasken, og at hun har brug for at være i arm med mulighed for øjenkontakt, mens hun spiser.**

Moderen viser tydeligt ubehag ved at snakke om spiseproblemerne på denne måde, og jeg går derfor over til **at vejlede konkret om, at nogle børn holder op med at gylpe, når de får mostilskud, mens andre gylper længe.**

Det lykkedes altså kun i denne omgang at få snakket lidt om moderens og barnets kontakt med hinanden.

Afslutningsvis skal Joy nu skiftes, og jeg ser muligheden for at **demonstrere** en grundig vask af hale og hudpleje. Samtidig viser moderen mig, hvordan hun kan få Joy til at grine ved at stikke hovedet helt ned til hende og grine bredt.

Den sidste del af besøget vælger jeg at koncentrere mig om kontakten mellem mor og barn og de øvrige forhold: gylperiet, spiseproblemerne og hygiejnen aftaler vi at drøfte videre sammen med moderen og vuggestuepersonalet i morgen.

Hvilke **ressourcer** ser jeg hos denne familie, der kan inddrages i det videre samarbejde? — Umiddelbart kan jeg se, at moderen er **modtagelig** for at bruge mig som **samarbejdspartner** i forhold til de konflikter, hun giver udtryk for at have med **vuggestuepersonalet**.

Ud over dette tænker jeg på, om hun kunne bruge de andre tilbud, sundhedsplejerskeordningen har. Fx om hun har lyst til og tror, at hun vil få udbytte af at være sammen med andre unge og voksne mennesker, som har småbørn og er uden arbejde. Eller om hun kunne blive motiveret til og med omsorg og støtte at kunne bruge tilbuddene i en daghøjskole?

2.1.5. Historien om Joy omsat til spørgeskema

Når man læser historien om Joy, står det klart, at der er tale om nogle forældre, der af forskellige grunde ikke er i stand til at give deres barn den nødvendige omsorg. Dvs., at Joy er et af de børn, der er udsat for omsorgssvigt. Historien fortæller også om nogle af de følelser, der opstår hos sundhedsplejersken, hvor svært det kan være at hjælpe, og hvor magtpåliggende det føles alligevel at støtte så godt som muligt.

Hvis undersøgelsen var en kvalitativ undersøgelse, ville historien om Joy, sammen med en række andre — anderledes eller tilsvarende — historier, kunne være det datamateriale, der skulle analyseres ud fra. Analysen ville så handle om fx de indholdsmæssige aspekter i den form for omsorgssvigt, Joy er udsat for, om forældrenes situation og om hjælpernes muligheder. Analysen ville på den måde bidrage til en øget forståelse af omsorgssvigt.

Men nu er der tale om en kvantitativ undersøgelse — en måling af omfanget af omsorgssvigt — og opgaven er derfor en anden. Opgaven er at omforme indholdet i Joys (og andres) historie til noget, der kan måles, til noget, der kan formuleres til spørgsmål og dermed til noget, man kan undersøge omfanget af. Er Joy det eneste barn i Danmark, der har det sådan, eller er der 10 børn, 100 børn, 1.000 børn eller 10.000 børn, der lever som Joy?

Sagt på en anden måde betyder det, at begrebet omsorgssvigt skal konkretiseres til en række handlinger eller forhold, som det umiddelbart vil være muligt for sundhedsplejersken at iagttage, og

som i princippet en hvilken som helst sundhedsplejerske ville kunne se, hvis hun besøgte familien.

2.1.6. At gøre omsorgssvigt måleligt

Arbejdet med at gøre omsorgssvigt til noget, der kan måles, bygger på eksisterende danske analyser og undersøgelser af omsorg, manglende omsorg, omsorgssvigt og børnemishandling eller vold mod børn (se fx Christensen, 1990; Dalgaard et al., 1983; Merrick, 1984; Michelsen et al., 1985a; 1985b; Vesterdal, 1978). I undersøgelseerne skelner man mellem, om en skadevirkning er aktivt eller passivt påført barnet, og om skadevirkningen kan karakteriseres som fysisk eller psykisk. Michelsen et al. 1985a skelner mellem aktiv og passiv **vold** og mellem vold og **omsorgssvigt**.

I den foreliggende undersøgelse er ordet omsorgssvigt brugt som det overordnede begreb. Der skelnes mellem, om omsorgssvigtet skyldes en aktiv eller passiv handling fra forælders side og mellem, om den aktive eller passive handling primært har været i strid med den fysiske eller den psykiske/følelsesmæssige omsorg for barnet. Analogt med at der i Michelsen et al. 1985a skelnes mellem fire former for vold mod børn, skelnes der her mellem fire former for omsorgssvigt, fire omsorgssvigt-kategorier. Der skelnes mellem **aktivt fysisk omsorgssvigt**, når børn påføres skader ved aktive handlinger fra den voksnes side, **passivt fysisk omsorgssvigt**, når børn udsættes for alvorlige forsømmelser fra den voksnes side, **aktivt psykisk eller følelsesmæssigt omsorgssvigt**, når barnet fra den voksnes side konstant udsættes for verbal krænkning, indespærring, konstante trusler og afvisning, samt **passivt psykisk eller følelsesmæssigt omsorgssvigt**, når børn udsættes for omsorgssvigt eller understimulation på grund af forældres manglende evne til at give tryghed, omsorg og kærlighed, fx på grund af psykisk sygdom, stofmisbrug (alkohol, medicin, narkotika) sociale vanskeligheder mv.

De fire omsorgssvigt-kategorier er i undersøgelsen konkretiseret til en række observerbare tegn eller symptomer, som det vil være muligt for sundhedsplejersken at bemærke i den almindelige kontakt, hun har med familien. Undersøgelsen beder således ikke sundhedsplejersken om en udtalelse om, hvorvidt hun tror et større eller mindre antal børn er udsat for omsorgssvigt. Der er lagt vægt på at spørge efter en række konkrete forhold, som sundhedsplejersken med sikkerhed kan vide, om hun har observeret eller ej. Forhold der hver for sig kan tages som et muligt tegn på omsorgssvigt ud fra den eksisterende psykologiske og socialmedicinske viden om emnet. Den konkrete formulering af de observerbare tegn eller symptomer har i høj grad bygget på "The Encyclopedia of Child Abuse" (Clark & Clark, 1989).

2.1.7. Aktivt fysisk omsorgssvigt

Aktivt fysisk omsorgssvigt er i undersøgelsen karakteriseret som handlinger fra forælderen, som ikke er hændelige uheld, og hvor barnet aktivt påføres skade. Det er ofte skader, der medfører mærker eller andre tegn, som fx knoglebrud, bløddelslæsioner, brandsår, blå mærker eller blødning under den hårde hjernehinde.

Det aktive fysiske omsorgssvigt er konkretiseret til otte forskellige observerbare tegn eller symptomer, som der blev spurgt efter (se spørgsmål 13 i spørgeskemaet):

1. brud på arme, ben, ribben el. andet,
2. blå mærker på krop, lemmer, ansigt,
3. brændemærker (varmekilder, cigaretter, skoldning),
4. mærker efter fysisk afstraffelse (sæde, kinder, lemmer),
5. mærker efter menneskebid,
6. rifter eller hudafskrabninger ved mund, læber, gummer, øjne,
7. rifter eller hudafskrabninger på ydre genitalia, samt
8. kraftig rødmen og irritation omkring mund eller ydre genitalia.

2.1.8. Passivt fysisk omsorgssvigt

Passivt fysisk omsorgssvigt er i undersøgelsen karakteriseret som alvorlige forsømmelser fra den voksnes side, hvor der er tale om manglende tilfredsstillelse af fysiske behov, så barnets sundhedstilstand er i fare.

De konkret observerbare tegn/symptomer, der spørges efter, er følgende (se spørgsmål 15 i spørgeskemaet):

1. bliver i perioder (1-2 timer el. mere) overladt til sig selv uden voksent opsyn,
2. er gentagne gange ikke blevet afhentet fra daginstitution eller dagpleje,
3. har været forladt af forældre i periode på flere dage,
4. er forkert ernæret i form af underernæring, for lidt eller for uregelmæssig mad,
5. er forkert ernæret i form af for meget mad,
6. bliver forsømt mht. nødvendige lægebesøg ved sygdom eller forebyggende undersøgelser,
7. barnet er usædvanligt slapt eller træt,
8. barnet virker upasset, usigneret, oplejet eller snavset, samt
9. barnet er ikke klædt på passende til årstid og vejrlig.

2.1.9. Aktivt følelsesmæssigt omsorgssvigt

Aktivt psykisk eller aktivt følelsesmæssigt omsorgssvigt karakteriseres ved, at barnet fra forælderen udsættes for en skadende handling af ikke-fysisk karakter.

Den operationaliserede karakteristik består af følgende observerbare forhold (se spørgsmål 17 i spørgeskemaet):

1. barnet bliver i perioder holdt indespærret,
2. barnet bliver truet med vold/tæv,
3. barnet bliver truet med tab af kærlighed eller af vigtige relationer,

4. barnet bliver tiltalt eller omtalt på en krænkende måde (ond/dum/grim/umulig/et barn ingen kan lide),
5. forældrene forholder sig i perioder direkte fjendtligt til barnets behov, (ser barnet som en modstander, en der modarbejder forældrene),
6. barnet bliver i perioder aktivt ignoreret af forældrene. De vil ikke høre barnet/ikke tale til det,
7. barnet bliver aktivt forhindret i samvær med andre børn og/eller voksne,
8. barnet bliver passet af et stort antal skiftende eller tilfældige voksne,
9. barnet bliver mest passet af ikke-voksne større søskende.

2.1.10. Passivt følelsesmæssigt omsorgssvigt

Passivt psykisk eller passivt følelsesmæssigt omsorgssvigt karakteriseres i undersøgelsen ved at barnet udsættes for alvorlige forsømmelser af psykisk karakter på grund af forældrenes manglende evne til at give tryghed, omsorg, kærlighed. Mangler som medfører risiko for udviklingsmæssige skader.

Konkret er det passive følelsesmæssige omsorgssvigt operationaliseret til følgende forhold i barnets liv (se spørgsmål 19 i spørgeskemaet):

1. barnet har overværet fysisk mishandling af mor eller anden vold i hjemmet,
2. barnet har ofte været passet af voksne, der har været påvirkede af alkohol, narkotika, piller,
3. barnets dagligdag i hjemmet er præget af uforudsigelighed,
4. barnets forældre er kun i begrænset omfang i stand til at reagere på barnets følelser, de reagerer primært på, hvordan de selv har det,
5. barnets forældre er kun i begrænset omfang i stand til at aflæse barnets kropslige signaler om lyst/ulyst og grænser,
6. barnet bliver hyppigt afvist følelsesmæssigt af forældrene.

De sidste tre tegn/symptomer tenderer mod at indeholde en højere grad af vurdering fra sundhedsplejerskens side.

2.1.11. Sammenfatning om de observerbare tegn

I spørgeskemaundersøgelsen er omsorgssvigt defineret ved de ovenfor beskrevne tegn/symptomer inddelt i de fire omsorgssvigt-kategorier: aktivt fysisk omsorgssvigt, passivt fysisk omsorgssvigt, aktivt følelsesmæssigt omsorgssvigt og passivt følelsesmæssigt omsorgssvigt. Det er det, der er spurgt efter, og det er det, der danner basis for den foretagne analyse.

Ser man de enkelte observerbare tegn eller symptomer under de fire omsorgssvigt-kategorier isoleret — og uden for konteksten "omsorgssvigt", kan man selvfølgelig diskutere, hvad det fører hen til. Men præsenteret i sammenhængen "omsorgssvigt", vil det for hvert enkelt af de beskrevne tegn/symptomer fagligt kunne dokumenteres, at det er meningsfuldt at bruge det som et forhold, der viser hen til et muligt forekommende omsorgssvigt. De fleste sundhedsplejersker vil have denne faglige baggrundsviden og vil vide, hvad tegnet/symptomet må formodes at vise hen til. I de følgende analyser er omsorgssvigt derfor defineret ved det beskrevne med de mangler, det eventuelt måtte indebære.

KAPITEL 3

Hvor hyppigt findes omsorgssvigt?

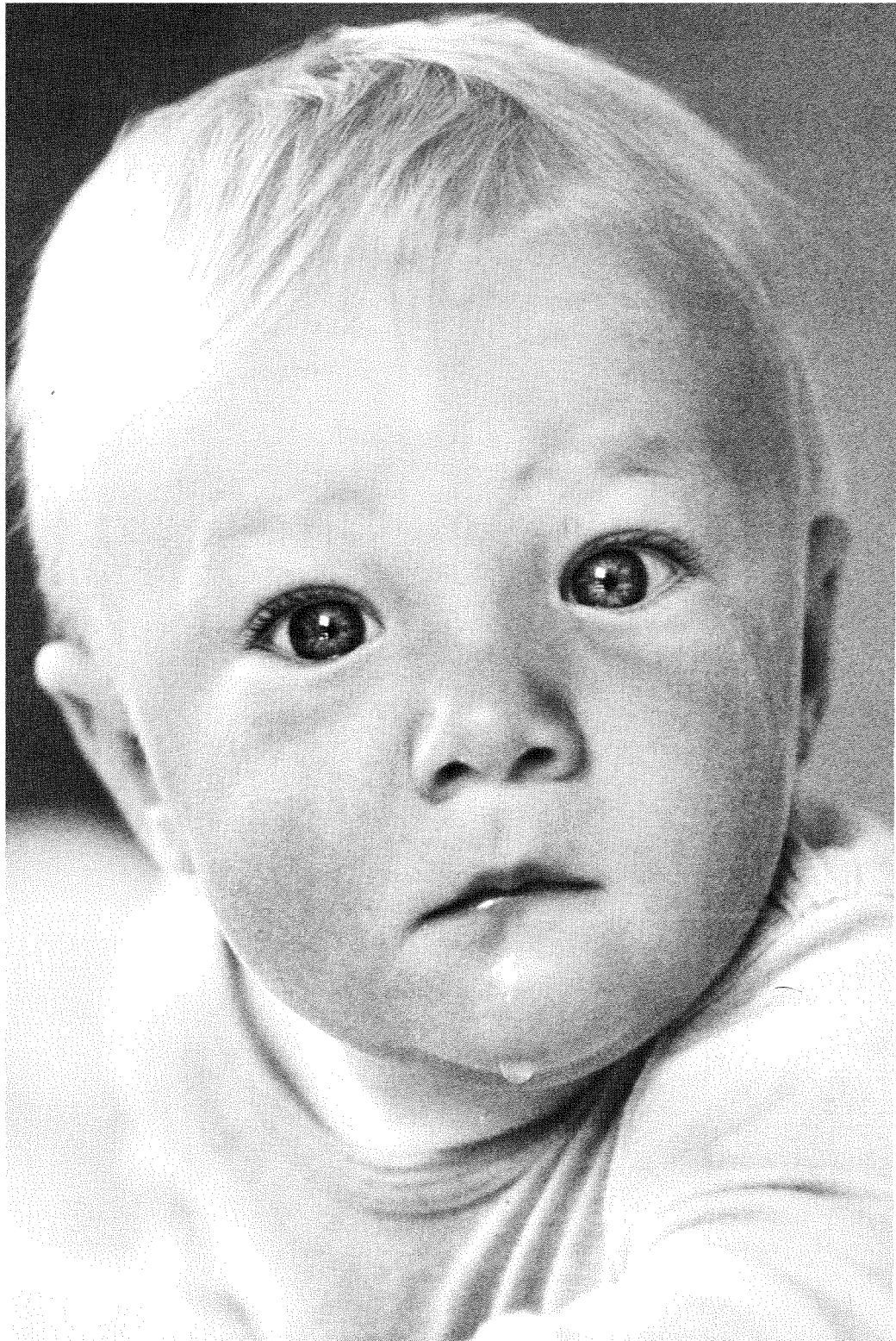
I de udfyldte spørgeskemaer er der oplysninger om i alt 78.625 børn, fordelt med 50.151 0-årige, 18.042 1-årige, 6.798 2-årige og 3.634 3-årige. Tallene afspejler sundhedsplejerskeordningen, som den er i de fleste kommuner, hvor de faste besøg, der tilbydes alle børn, som regel afsluttes inden for det første leveår. Børn med særlige behov kan derefter tilbydes flere besøg helt indtil 6-årsalderen, dog med en forventet nedgang i antallet af børn, der modtager besøg, jo ældre børneårgangen bliver.

Hvis man regner med, at en børneårgang består af ca. 55.000 børn, betyder det, at oplysningerne for de 0-årige vedkommende dækker ca. 90 pct. af hele årgangen.

Oplysninger om forekomst og art af omsorgssvigt for de 0-årige kan derfor betragtes som repræsentative for en børneårgang, mens tallene for de 1-3-årige må betegnes som minimumstal, da man må antage, at der også er omsorgssvigtede 1-3-årige, hvor der ikke længere er kontakt til sundhedsplejersken. I det omfang, det er muligt ud fra datamaterialet, vil alle sammenligninger på landsplan derfor blive foretaget på basis af de 0-årige.

3.1. Sociale behovsbørn

Spørgeskemaet var opbygget sådan, at sundhedsplejersken først blev bedt om at oplyse, hvor mange børn i 0-3-års alderen hun i alt besøgte i sit distrikt. Dernæst var der et "filter" i spørgeskemaet, dvs. en tekst der skulle afgrænse, hvilke børn de resterende spørgsmål skulle besvares for. I teksten blev der lagt vægt på to forhold: børn hvor sundhedsplejersken havde aflagt (eller havde



ønsket at aflægge) besøg af "sociale grunde", og børn hvor de ekstra besøg var begrundet i forhold, der kunne vække bekymring for barnets tarv og/eller velfærd. Kombinationen af sociale grunde og bekymring for tarv og/eller velfærd som baggrund for ekstra besøg afgrænsede den gruppe børn, hvor man i særlig grad måtte forvente, at barnet kunne være udsat for omsorgssvigt. Afgrænsningen var en praktisk nødvendighed for at gøre det mere overskueligt for sundhedsplejersken at udfylde spørgeskemaet. En sundhedsplejerske har måske 76 børn i sit distrikt i alt, men kun fx 14 børn at udfylde skemaet for efter den beskrevne afgrænsning.

Børn, der modtager ekstra besøg af sundhedsplejersken, er børn med særlige behov, dvs. børn (eller familier), hvor der er brug for særlige foranstaltninger. I undersøgelsen afgrænses børn med særlige behov til børn, hvor de ekstra besøg udløses af sociale grunde. I spørgeskemaet blev "sociale grunde" karakteriseret som "fx boligproblemer, trivselsproblemer, familieproblemer, økonomiske problemer, misbrugsproblemer eller andre forhold, som kan påvirke barnets tarv og velfærd". Der er således i forhold til den almindelige praksis inden for sundhedsplejen tale om en lidt udvidet brug af begrebet "sociale grunde". Samtidig er der tale om en begrænsning i brugen af begrebet "børn med særlige behov" i forhold til, hvad man plejer at karakterisere som "behovsbørn". Børn, hvor de særlige behov alene skyldes sygdom, handicap eller akutte familiekriser, er ikke taget med. Til brug for undersøgelsen er der således skabt **en ny kategori**, hvor hovedvægten er lagt på kombinationen af sociale grunde i den ovennævnte forstand og en bekymring for barnets tarv og velfærd. Afgrænsningen er baseret på erfaringer fra undersøgelsen "Trængte familier" (Christensen, 1991). I det følgende kaldes disse børn "**sociale behovsbørn**".

Tabel 3.1 viser de sociale behovsbørn fordelt på aldersgrupper. Det fremgår, at jo ældre børnene er, jo større er andelen af sociale behovsbørn blandt de børn, sundhedsplejersken kommer hos. Fordelingen afspejler således den gængse praksis, hvor det i høj

grad er børn med særlige behov, der modtager besøg efter de første 12 levemåneder.

Tabel 3.1. Andel 0-3-årige sociale behovsbørn i forhold til alle børn fordelt på aldersgrupper. Procent og antal.

Aldersgruppe	Sociale behovsbørn pct. af alle børn	Antal sociale behovsbørn	Antal børn i alt
0-årige	10	4.971	50.151
1-årige	18	3.239	18.042
2-årige	32	2.168	6.798
3-årige	41	1.467	3.634
Alle børn	15	11.845	78.625

Gennemsnitligt har hver sundhedsplejerske givet oplysninger om 14 sociale behovsbørn, men variationen er meget stor. Dels er der forskellig praksis i kommunerne med hensyn til antal besøg og til prioritering af sociale behovsbørn, dels er der forskel på hvor mange timer sundhedsplejersken arbejder (mange er deltidsansatte), og dels arbejder sundhedsplejerskerne i nogle kommuner i de såkaldte "kombinationsstillinger", hvor en del af deres tid bruges i småbørnssundhedsplejen og den resterende tid i skole-sundhedsplejen.

3.1.1. Flest sociale behovsbørn i København og på Frederiksberg

I alle aldersgrupper er der flest sociale behovsbørn i Københavns og Frederiksberg Kommune og færrest i landkommunerne. Forstadskommunerne til København, Aalborg, Odense og Århus, samt de øvrige bykommuner har procentvis lige mange sociale behovsbørn. Tabel 3.2 viser andelen af sociale behovsbørn blandt de 0-årige fordelt på kommunetype.

Tabel 3.2. Andel sociale behovsbørn blandt de 0-årige fordelt på forskellige kommunetyper. Procent.

Kommunetype	Sociale behovsbørn
København eller Frederiksberg	14
Forstadskommune til København	11
Aalborg, Odense, Århus	11
Andre bykommuner	10
Landkommune	9
Hele landet	10
Antal	4.971*

* Kommune uoplyst: 418.

Forskellen mellem Københavns og Frederiksberg Kommune og landkommunerne er markant, ellers er forskellene små. For landet som helhed gælder det, **at der blandt de 0-årige børn er 10 pct., hvor sundhedsplejersken mener, at der er grund til at være bekymret for, om barnets tarv og velfærd i rimelig grad bliver tilgodeset.**

3.2. Omsorgssvigtede småbørn

Bekymring for et barns tarv og/eller velfærd behøver ikke nødvendigvis at være ensbetydende med, at barnet er udsat for enten aktivt eller passivt omsorgssvigt fra forældrenes side. Der kan fx være tale om utilstrækkelige boligforhold, eller at andre af de forhold, der giver rammen for familiens liv, kan være truende for barnets sundhed, samtidig med at barnets forældre faktisk gør, hvad der er muligt for at kompensere for de dårlige forhold. Der kan være tale om børn, der hyppigt bliver hospitalsindlagte pga. mange infektioner, eller der kan være tale om børn, hvor forældrene i en periode ikke har ressourcer til børnene på grund af akutte tab eller kriser, uden at der er tale om et permanent svigt i omsorgsfunktionen. Alt sammen forhold der kan give anledning til bekymring, og som kan udløse ekstra besøg fra sundhedsplejer-

sken, uden at der på nogen måde er tale om omsorgssvigt, som undersøgelsen definerer det. **Antallet af sociale behovsbørn kan derfor ikke betragtes som identisk med antallet af børn udsat for omsorgssvigt.**

De børn, der i undersøgelsens forstand har været udsat for omsorgssvigt, er børn, hvor sundhedsplejersken har observeret et eller flere af de tidligere beskrevne tegn/symptomer/forhold inden for en af de fire omsorgssvigt-kategorier.

Opgørelsen er foretaget på den måde, at sundhedsplejersken i spørgeskemaet (se bilaget) har angivet det antal børn, hvor hun har observeret hvert af de beskrevne tegn/symptomer/forhold inden for hver af de fire omsorgssvigt-kategorier.

3.2.1. Antal småbørn udsat for omsorgssvigt

Mindst 4 pct. af en årgang 0-årige er udsat for omsorgssvigt. Af tabel 3.3 fremgår det endvidere — ikke særlig overraskende — at andelen af omsorgssvigtede blandt de børn, som sundhedsplejersken har kontakt med, er stigende, jo ældre børnene er.

Tabel 3.3. Andelen af 0-3-årige børn, der har været udsat for én af de fire former for omsorgssvigt, særskilt for hver aldersgruppe. Procent.

Omsorgssvigt-kategori	0-årige	1-årige	2-årige	3-årige	Alle børn
Aktiv fysisk	1	1	2	2	1
Passiv fysisk	4	7	13	16	6
Aktiv følelses- mæssigt	2	6	13	17	5
Passiv følelses- mæssigt	4	7	15	21	6
Antal børn	50.151	18.042	6.798	3.634	78.625

Det fremgår desuden, at der er **flest børn, der har været udsat for en af de passive former for omsorgssvigt.** Dernæst følger ak-

tivt psykisk omsorgssvigt og endelig aktivt fysisk omsorgssvigt, som der er færrest børn, der har været udsat for.

Det er bemærkelsesværdigt, at **fysisk mishandling** med fx tæv, der giver mærker, eller andre mere voldsomme former for fysiske overgreb er **relativt sjældent forekommende**. Dette kan selvfølgelig helt reelt skyldes, at det er den sjældnest forekommende form for omsorgssvigt. Men det kan også have en sammenhæng med, at det som hovedregel vil være den form for omsorgssvigt, som det er lettest for forældrene at skjule. Hvis ens barn har synlige mærker efter slag eller andet, kan forældrene aflyse sundhedsplejerskens besøg og først aftale et nyt besøg, når mærkerne er forsvundet.

Undervejs i undersøgelsen har dette delresultat været drøftet med behandlere fra forskellige faggrupper med erfaring fra børnemishandlingssager. Reaktionen har samstemmende helt entydigt været, at dette resultat afspejler erfaringerne fra det praktiske kliniske arbejde, nemlig at der inden for de seneste år formentlig har været tale om en relativ nedgang i antallet af børn (0-16 år), der bliver udsat for aktivt fysisk omsorgssvigt i forhold til antallet af børn, der bliver udsat for en af de passive former for omsorgssvigt.

3.2.2. Omsorgssvigt jævnt fordelt over landet

Tabel 3.4 viser andel omsorgssvigtede 0-årige af alle børn i de forskellige kommunetyper. Det fremgår, at **observeret omsorgssvigt findes omtrent lige hyppigt i alle kommunetyper**.

Andelen af omsorgssvigtede 0-årige børn er en anelse højere i København og Frederiksberg end i resten af landet. Men tallene er så små, at man ikke kan tale om en signifikant forskel.

En antagelse har nok været, at andelen af omsorgssvigtede børn steg med tiltagende urbanisering. Denne antagelse bekræftes ikke af undersøgelsen. Man kan derfor konkludere, at **urbaniseringsgraden ikke har nogen indflydelse på omfanget af om-**

sorgssvigt over for de 0-årige. Det interessante ved denne konklusion er, at ingen kommuner herefter kan negligere et forebyggende arbejde over for omsorgssvigt ud fra den betragtning, at "sådan noget findes ikke hos os, det er kun i de store byer, det sker".

Tabel 3.4. Andelen af de 0-årige børn, der har været udsat for én af de fire former for omsorgssvigt, særskilt for forskellige kommunetyper. Procent.

Omsorgssvigt-kategori	Kbh. og Frederiksberg	Forstads-kommuner til Kbh.	Aalborg, Odense, Århus	Andre bykommuner	Landkommuner	Hele landet
Aktiv fysisk	1	1	–	1	–	1
Passiv fysisk	5	4	4	4	4	4
Aktiv følelsesmæssigt	3	2	2	2	2	2
Passiv følelsesmæssigt	4	4	4	4	3	4
Antal børn	4.709	7.169	6.244	14.612	16.999	50.151*

Anm.: – betyder mindre end 1 pct.

* Kommune uoplyst: 418.

3.2.3. Et socialt behovsbarn er ikke nødvendigvis omsorgssvigtet

Undersøgelsen viser, at der er markant flere sociale behovsbørn i København og på Frederiksberg, end der er i landkommunerne. Når der ikke findes en tilsvarende forskel i andelen af omsorgssvigtede 0-årige, er forklaringen nok den, at relativt flere børn fra hovedstadsområdet har levekår, der giver anledning til bekymring for tarv og/eller velfærd, uden at disse børn ifølge sundhedsplejerskernes observationer udsættes for omsorgssvigt fra deres forældres side. Tallene peger således i retning af, at **der ikke uden videre kan sættes lighedstegn mellem belastninger/social nød og omsorgssvigt.**

KAPITEL 4

Karakteristik af omsorgssvigt

I det følgende tegnes der et billede af de indholdsmæssige aspekter i omsorgssvigtet inden for hver af de fire kategorier. Billedet er baseret dels på sundhedsplejerskernes observationer, dels på fire cases, som er udarbejdet til brug for undersøgelsen af den gruppe sundhedsplejersker, der har fulgt undersøgelsen fra starten. Casene er baseret på erfaringer med virkelige familier. I beskrivelsen er dog alle oplysninger, der ville kunne identificere familierne, udeladt, ligesom alle navne er opdigtede. Casene er taget med for at uddybe billedet af, hvad der tales om i undersøgelsen og for at understrege, at de observerede tegn/symptomer/forhold inden for de fire omsorgssvigt-kategorier er af en så alvorlig karakter, at sundhedsplejersken ud fra en faglig vurdering mener, at der er grund til bekymring for barnets tarv og/eller velfærd. Der er således ikke tale om observationer, hvor sundhedsplejersken mener, at forældrene "tjatter" barnet over fingrene, giver det den "forkerte" slags mos, taler for hårdt til det, eller har almindelige ægteskabelige skænderier, som barnet hører. Der er tale om forældre, der fx slår barnet, så der er mærker, børn der er regulært underernærede, forældre der verbalt nedgør og chikanerer deres børn, og familier hvor moderen bliver mishandlet for øjnene af barnet, for at tage de samme eksempler i deres alvorlige udgave. Oplysningerne er ikke differentieret efter alder, det er derfor kun muligt at give et samlet billede for undersøgelsens 0-3-årige.



4.1. Aktivt fysisk omsorgssvigt

I alt er der 632 børn, hvor sundhedsplejerskerne har observeret tegn/symptomer på aktivt fysisk omsorgssvigt. Disse børn udgør mindre end 1 pct. af samtlige 0-3-årige, som sundhedsplejerskerne har kontakt med. Også blandt de sociale behovsbørn er tegnene/symptomerne på fysisk omsorgssvigt sjældent forekommende. Se tabel 4.1.

Tabel 4.1. Den procentvise andel 0-3-årige børn, hvor sundhedsplejersken har observeret de nævnte tegn/symptomer på aktivt fysisk omsorgssvigt, særskilt for børn i kategorien aktivt fysisk omsorgssvigt, for alle sociale behovsbørn og for alle børn i undersøgelsen.

Aktivt fysisk omsorgssvigt	Børn i kate- gorien	Sociale behovs- børn	Alle børn
Tegn/symptom			
Brud på arme/ben, ribben el. andet	5	-	-
Blå mærker på krop/lemmer/ansigt	45	2	-
Brændemærker (varmekilder, cigaretter, skoldning)	14	1	-
Mærker efter fysisk afstraffelse (sæde/kinder/lemmer)	18	1	-
Mærker efter menneskebid	2	-	-
Rifter eller hudafskrabninger ved mund, læber, gummer, øjne	11	1	-
Rifter eller hudafskrabninger på ydre genitalia . .	4	-	-
Kraftig rødmen og irritation omkring mund eller ydre genitalia	21	1	-
Mindest ét af de nævnte tegn/symptomer	100	5	1
Antal børn	632	11.845	78.625

Anm.: - betyder under 1 pct.

To af de hyppigst observerede tegn/symptomer er "blå mærker på krop, lemmer, ansigt" og "mærker efter fysisk afstraffelse (sæde, kinder, lemmer)". Dvs., at **det hyppigst observerede er de tegn/symptomer, der viser hen til den klassiske beskrivelse af**

børnemishandling i form af mærker efter aktiv fysisk omsorgssvigt (fx Kempe, & Helfer, 1980).

Desuden er der en del børn, hvor sundhedsplejersken oplyser at have observeret kraftig rødmen og irritation omkring mund eller ydre genitalia. Dette tegn/symptom må nok betegnes som det dårligst fungerende af de otte tegn/symptomer inden for kategorien. Hvis kraftig rødmen og irritation omkring mund og ydre genitalia er et tegn/symptom på aktivt fysisk omsorgssvigt, skal det vise hen til en påført skade, dvs. et egentligt fysisk eller måske seksuelt overgreb på barnet. Men kraftig rødmen og irritation omkring mund eller ydre genitalia kan også skyldes, at barnet ikke er blevet passet godt nok, fx at det gentagne gange har ligget alt for længe med en våd eller snavset ble, at det ikke bliver vasket, cremet etc. Dvs. forhold, der snarere viser hen til passivt fysisk end til aktivt fysisk omsorgssvigt. Af de kommentarer, mange sundhedsplejersker har skrevet på spørgeskemaet, fremgår det, at der har været tvivl om, hvordan man skulle opfatte netop dette spørgsmål. Man kan derfor ikke udelukke, at nogle af de sundhedsplejersker, der har skrevet, at de har observeret et antal børn med dette tegn/symptom, har observeret tegnet/symptomet i den sidstnævnte forstand. Dvs., man kan ikke udelukke, at nogle af de børn, der er talt med i kategorien aktivt fysisk omsorgssvigt, måske snarere burde være talt med i kategorien passivt fysisk omsorgssvigt (medmindre sundhedsplejersken hos det samme barn har observeret et eller flere af de andre tegn/symptomer på aktivt fysisk omsorgssvigt) eller måske slet ikke være talt med som børn udsat for omsorgssvigt.

I den samlede oversigt kan det muligvis betyde, at kategorien aktivt fysisk omsorgssvigt burde være lidt mindre, mens kategorien passivt fysisk omsorgssvigt muligvis burde være lidt større. Dvs., der ville ikke ske ændringer i det samlede billede. Men hvis der er andre, der vil bruge undersøgelsens kategorier som et muligt måleinstrument, kan det anbefales at undlade tegnet/symptomet "kraftig rødmen omkring mund eller ydre genitalia" eller eventuelt erstatte det med noget mere utvetydigt.

4.1.1. Historien om Kamilla

Kamilla er 8 mdr. Hun har to halvsøskende, faderens børn i et tidligere forhold. Kamilla er skrevet op til dagpleje.

Kamillas mor og far har været gift i et par år. Moderen har en 10. kl. eksamen, er uddannet butiksassistent, men arbejder nu om aftenen som rengøringsassistent. Hun passer Kamilla om dagen. Kamillas far har en 9. kl. eksamen. Han er uddannet som lager-ekspedient i autobranschen og arbejder nu som lagerchef.

Familiens økonomi er god. De bor i et rækkehus med 5 værelser. Der er alt indbo, rent og velindrettet. 2 værelser er indrettet med relevant udstyr til Kamilla og til faderens to særbørn, der er på samkvem hver anden weekend. Sundhedsplejersken har aldrig mødt Kamillas far.

Kamilla er velpasset og velstimuleret. Moderen holder alle aftaler om besøg, men det virker mere som om, hun gør det for sundhedsplejerskens skyld end for barnets. I det hele taget er moderen en del isoleret og har kun få veninder. Hun har afvist at deltage i mødregruppe. Når sundhedsplejersken kommer på besøg, er der kun en overfladisk kontakt. Moderen undviger direkte øjenkontakt, er ikke interesseret i vejledning om barnet, svarer til alle forslag, at det har hun prøvet. Familien har ingen problemer, siger hun, de ønsker kun, at barnet skal vejes og måles.

Det viser sig, at Kamilla er udsat for aktivt fysisk omsorgssvigt. Ved et af de sidste hjemmebesøg, hvor der skal foretages BOEL-prøve (en udviklingsprøve, der foretages på alle børn i 8-10 mdr.'s alderen), observerer sundhedsplejersken, at Kamilla har blå mærker i bleregionen, samt ved det ene øre og i panden.

Ved spørgsmål om hvad der er sket, oplyser Kamillas mor, at faderen passer Kamilla om aftenen, når hun er på arbejde, og at han tabte Kamilla på gulvet i går. Ved nærmere spørgsmål om hvad familien har gjort (lægevagt, skadestue), bryder moderen sammen og fortæller, at faderen ofte er opfarende og voldelig, også over for hende, og at han i går havde slået Kamilla, fordi hun ikke ville sove. Moderen er bange og rådvild. Hun ønsker hjælp.

Om mulighederne for at hjælpe Kamilla siger sundhedsplejersken: *"Jeg snakker med moderen og lader hende fortælle, hvad hun har brug for at komme af med. Jeg siger til hende, at det er nødvendigt, at faderen holder op med at slå Kamilla. Jeg fortæller moderen, at jeg er nødt til at indberette til socialforvaltningen, at Kamilla bliver slået, så familien kan få hjælp til at ændre forholdene. Jeg siger også, at jeg gerne vil komme oftere, end jeg ellers ville, og så fortæller jeg hende også om det nærmeste krisecenter for voldsramte kvinder, så hun kan søge hjælp der og måske også flytte ind. Jeg kan give hende nogle muligheder for at få hjælp, og jeg kan støtte hende i den følelse, hun allerede har af, at det, der sker, er forkert. Og så er det klart, jeg kan følge op, om Kamilla stadig bliver slået og har blå mærker"*.

4.2. Passivt fysisk omsorgssvigt

Passivt fysisk omsorgssvigt er en af de relativt hyppigst forekommende former for omsorgssvigt. Der er i alt 4.635 af undersøgelsens børn, hvor sundhedsplejersken har observeret et eller flere tegn/symptomer på passivt fysisk omsorgssvigt. Se tabel 4.2.

Af tabel 4.2 fremgår det, at andelen blandt alle børn, hvor sundhedsplejersken har observeret de nævnte tegn/symptomer, også her er meget lille. Det generelt noget større antal observationer afspejles i højere grad i andelen af sociale behovsbørn, hvor de forskellige tegn/symptomer er observeret.

De hyppigste observationer er: "forkert ernæret i form af underernæring, for lidt eller for uregelmæssig mad", "barnet virker upasset, usøigneret, uplejet eller snavset", "barnet er ikke klædt på passende til årstid og vejrlig", "er forkert ernæret i form af for meget mad" og "bliver forsømt med hensyn til nødvendige lægebesøg ved sygdom eller forebyggende undersøgelse". Det vil alt sammen sige observationer, der tyder på en generel mangel på omsorg for barnets fysiske velfærd — tegn der viser hen til et forsømt barn. Faktisk tegn, der fremkalder billedet af tidligere tiders

miseriesprægede (præget af elendige og fattige levekår med mangelsygdomme og/eller forsømthedstegn) børn fra landarbejderfamilier og fra byernes fattigkvarterer (se fx Løkke, 1990).

Tabel 4.2. Den procentvise andel 0-3-årige børn, hvor sundhedsplejersken har observeret de nævnte tegn/symptomer på passivt fysisk omsorgssvigt, særskilt for alle børn i kategorien passivt fysisk omsorgssvigt, for alle sociale behovsbørn og for alle børn i undersøgelsen.

Passivt fysisk omsorgssvigt Tegn/symptom	Børn i kate- gorien	Sociale behovs- børn	Alle børn
Bliver i perioder (1-2 timer el. mere) overladt til sig selv uden voksent opsyn	13	5	1
Er gentagne gange ikke blevet afhentet fra daginstitution el. dagpleje	5	2	-
Har været forladt af forældre i perioder på flere dage	2	1	-
Er forkert ernæret i form af underernæring, for lidt eller for uregelmæssig mad	40	16	2
Er forkert ernæret i form af for meget mad	22	9	1
Bliver forsømt mht. nødvendige lægebesøg ved sygdom eller forebyggende undersøgelser	20	8	1
Barnet er usædvanlig slapt eller træt	13	5	1
Barnet virker upasset, usøigneret, oplejet eller snavset	40	16	2
Barnet ikke klædt på passende til årstid og vejrlig	29	11	2
Mindst ét af de nævnte tegn/symptomer	100	39	6
Antal børn	4.635	11.845	78.625

Anm.: - betyder under 1 pct.

Det bør give anledning til overvejelser, at der faktisk er **4 pct. af en generation af 0-årige, der har klassiske miseries-tegn**. Dvs. tegn knyttet til en materiel fattigdom, der ellers ikke findes hos så stor en del af befolkningen. De nødvendige ressourcer i form af ernæringsrigtige fødevarer, ernæringsvejledning fra sundhedsplejersken, gratis lægehjælp og varmt tøj, vil stort set være tilgængelige for hele befolkningen. Når børnene ikke har disse goder, må

det i høj grad være, fordi forældrene af en eller anden grund ikke er i stand til at udnytte de tilgængelige ressourcer. Dvs., at der er tale om en forebyggelsesopgave med udgangspunkt i forældrenes manglende viden, manglende ressourcer eller på anden vis manglende evne til at gøre brug af de tilgængelige muligheder.

Dvs., at det hyppigst observerede inden for kategorien passivt fysisk omsorgssvigt er tegn/symptomer, der minder om tidligere tiders miseriesprægede børn, altså tegn/symptomer, der viser hen til forsømmethed i form af en manglende omsorg for barnets fysiske velfærd.

4.2.1. Historien om Nicky og Karina

Nicky er 21 mdr. og hans søster Karina er 10 mdr. Nicky har været i vuggestue, fra han var 8 mdr., Karina er skrevet på venteliste til vuggestue.

Nickys og Karinas mor er 24 år. Hun har en 9. kl. eksamen. Hun lever af bistandshjælp og har aldrig nogen sinde haft et arbejde. Børnenes far har også en 9. kl. eksamen, han har periodevis haft forefaldende arbejde. Han har tidligere været narkoman, men er nu afvænnet. Han lever også af bistandshjælp. Familien bor i en 4-værelses moderne lejlighed, med elevator, altan og alle faciliteter. De har alt indbo. Familien har hund og kat.

Både Nicky og Karina er udsat for **passivt fysisk omsorgssvigt**. For Nicky viser det sig ved, at han er dårligt påklædt i forhold til situationen. Han har intet undertøj på. Når han skal ud, har han ikke overtøj og hue på. I hans seng er der intet sengetøj, og han har ikke nogen strømper på. Desuden er tøj og fodtøj ofte for småt. Han har ikke været til de almindelig helbredsundersøgelser hos lægen, hverken da han var 5 mdr., 10 mdr. eller 15 mdr. Han har ikke fået de almindelige vaccinationer, vaccinationsprogrammet er påbegyndt flere gange, men aldrig afsluttet.

Nicky er forkert ernæret. Hovedbestanddelen i hans kost er grill-mad, cola, kaffe med mælk og sukker og slik. Fra helt lille

har han kun fået 3 måltider i døgnet. Da han kom i vuggestue, kastede han sig over maden og proppede i sig, indtil det gik op for ham, at der var mad nok.

Han fremtræder i det hele taget miseriestrøget. Han har rød hale og er hudløs bag øret. Hans eksem smøres ikke, han har lange negle og hår i øjnene, har dårlige tænder. Nicky har astmatisk bronkitis og allergi. Familien ønsker ikke at støvsanere boligen (der er faste tæpper, ingen fast rytme for rengøring, og lejligheden fremtræder rodet og snavset) eller afskaffe husdyrene, begge forældre er storrygere.

Karina er ligesom Nicky dårligt påklædt, uden undertøj, strømper, overtøj og hue, og sengen er uden sengetøj. Tøjet er småt og ofte snavset. Karina er heller ikke blevet vaccineret og har heller ikke været til 5 mdr.'s og 10 mdr.'s helbredsundersøgelse. Karina får forkeret og for lidt mad. Hun får stadig ikke fast føde og får ikke vitaminer. Hun lever af mælk i sutteflaske med sukker i. Hun fremtræder miseriestrøget med rød hale, er hudløs i armhuler og bag ørerne, har lange negle, arp og ofte øjenbetændelse.

Begge børn er udsat for passivt fysisk omsorgssvigt i en grad, så man må sige, de ikke får de rammer for deres opvækst, som det ville være rimeligt at forvente i Danmark. Familien er præget af mange psykosociale belastninger — noget der ikke kun viser sig ved, at familiens voksne ikke har arbejde, at faderen tidligere har haft et stofmisbrug, eller ved at familien nu lever af bistandshjælp. Der, hvor familiens belastning og marginalisering især viser sig, er ved, at de ikke er i stand til at bruge samfundets primære forebyggende tilbud. For selvom familien lever af bistandshjælp, er det ikke økonomien, der i sig selv betinger, at børnene ikke får den nødvendige omsorg. Lejligheden har alt udstyr, men der er ikke undertøj, strømper og sengetøj til børnene. Grill-mad, kaffe og cola er ikke billigere end rugbrød og grøntsager, og mælk med sukker er ikke billigere end fast føde til et 10 mdr.'s barn. Det koster heller ikke noget at få børnene vaccineret eller at gå til de faste helbredsundersøgelser hos den praktiserende læge. Familien

er heller ikke uvidende om de almindelige råd om børns ernæring og opvækst — de kan læse pjecer, blade og se tv — men de er ikke i stand til at omsætte rådene til noget, der kan fungere for deres børn i dagligdagen.

Både vuggestue og sundhedsplejerske har ofte henvist familien til at søge læge (mht. vaccination og helbredsundersøgelser). Familien følger ikke rådgivningen. Ved akutte behov bruger de lægevakten.

Familien oplever vuggestuen hysterisk i deres krav vedrørende tøj og hygiejne. De lytter til sundhedsplejerskens råd, vil mange gange gerne, men har andre normer end de gængse, specielt mht. personlig hygiejne, og de oplever derfor ikke problemerne som så påtrængende. Børnene lever for så vidt det samme liv som forældrene, der også lever af grill-mad, kaffe, cola og cigaretter. Forældrene får heller ikke selv regelmæssige måltider.

Man kan selvfølgelig sige, at familien må selv om, hvordan den vil leve — enhver skal have sin frihed, også til at leve på en skadelig måde. Men i forhold til barnets tarv er problemet for det første, at barnets fysiske (og måske også psykiske) udvikling bliver skadet, og for det andet er det et problem, at forældrene ikke er i stand til at skelne mellem, hvad de mener er rigtigt for dem selv, og hvad de anser for nødvendigt for et spædbarn. Et spædbarn har brug for mad mere end 2-3 gange om dagen, også selv om forældrene ikke føler sig sultne.

Den indsats, der ifølge bistandsloven har været mulig i den pågældende familie, har været dels at sørge for, at børnene kunne komme tidligt i vuggestue (og der få ekstra måltider mad), dels at sundhedsplejersken er kommet hyppigere i hjemmet. Sundhedsplejersken beskriver sin indsats som at komme hyppigt og hver gang give en kort og klar vejledning om kost med små opgaver fra gang til gang fx: *"Jeg vejleder moderen helt konkret, fx ved at sige: de næste 14 dage halverer du mælkemængden og giver så hver dag barnet et glas mad eller havregrød. Jeg viser så, hvordan man laver havregrød, og viser, hvordan man mader barnet. Næste gang jeg kommer, hører jeg, hvordan det er gået, gentager eventuelt*

vejledningen eller laver en ny aftale for de næste 14 dage. Det væsentlige er, at der hver gang skal være en konkret og kortsigtet opgave. Den individuelle rådgivning er afgørende nødvendig. Det drejer sig om konkret råd og vejledning om barnets overlevelse, ikke om generelle oplysende samtaler. Familien kan ikke bruge så mange informationer på samme gang. Det hele skal være konkret og handle om deres barn og deres familie. Familien vil få måske 12-20 besøg i barnets første leveår. Ud over ernæringsvejledningen forsøger jeg også at motivere familien til at tage kontakt med andre instanser. Jeg går fx med i vuggestuen, når der er problemer der. I sådan en familie er det meget vigtigt, at sundhedsplejersken er aktiv og udfarende i sine kontaktforsøg. Man skal ikke være høfligt afventende og give tilbud, som familien så kan undlade at tage imod. Man skal være meget direkte og pågående og også være personlig og vise familien, hvad man står for."

4.3. Aktivt følelsesmæssigt omsorgssvigt

Der er i alt 3.568 børn, hvor sundhedsplejersken har observeret forhold, der i undersøgelsen er karakteriseret som tegn på aktivt følelsesmæssigt omsorgssvigt. Se tabel 4.3.

Af tabellen fremgår, at der er 32 pct. af børnene inden for kategorien, hvor sundhedsplejersken har observeret, at "barnet bliver truet med vold/tæv". Sammenholdes denne oplysning med oplysningen om, hvor relativt få børn der har været ude for aktivt fysisk omsorgssvigt, hvor der var observeret blå mærker, mærker efter fysisk afstraffelse og brændemærker, må man få den opfattelse, at der meget vel kan være tale om en underreportering af antallet af aktivt fysisk omsorgssvigtede småbørn, jf. overvejelserne i afsnittet om aktivt fysisk omsorgssvigt.

Forskellen mellem observationen af trusler om vold/tæv og mærker efter vold/tæv blev i september 1991 forelagt på et hel-dagsmøde for samtlige sundhedsplejersker i Århus Amt. De forklarede forskellen med, at de ved udfyldelsen af spørgeskemaet

Tabel 4.3. Den procentvise andel 0-3-årige børn, hvor sundhedsplejersken har observeret de nævnte forhold i barnets liv, særskilt for alle børn i kategorien aktivt følelsesmæssigt omsorgssvigt, for alle sociale behovsbørn og for alle børn i undersøgelsen.

Aktivt følelsesmæssigt omsorgssvigt	Børn i kate- gorien	Sociale behovs- børn	Alle børn
Forhold i barnets liv			
Barnet bliver i perioder holdt indespærret	6	2	–
Barnet bliver truet med vold/tæv	32	10	1
Barnet bliver truet med tab af kærlighed eller af vigtige relationer	32	10	1
Barnet bliver tiltalt eller omtalt på en krænkende måde (ond/dum/grim/umulig/et barn ingen kan lide)	36	11	2
Forældre forholder sig i perioder direkte fjendtligt til barnets behov	32	10	1
Barnet bliver i perioder aktivt ignoreret af forældrene. Vil ikke høre barnet/ikke tale til det	26	8	1
Barnet bliver aktivt forhindret i samvær med andre børn/voksne	11	3	–
Barnet bliver passet af et stort antal skiftende eller tilfældige voksne	28	8	1
Barnet bliver mest passet af ikke-voksne, større søskende	11	3	–
Mindst ét af de nævnte forhold i barnets liv	100	30	5
Antal børn	3.568	11.845	78.625

Anm.: – betyder under 1 pct.

havde lagt vægt på at registrere de forhold, de med sikkerhed vidste fandtes i familien. "Hvis vi havde skrevet, hvad vi havde mistanke om, havde du fået nogle helt andre tal." Andre sundhedsplejersker, der er blevet spurgt, har givet samme forklaring. Alle tal i undersøgelsen må derfor anses for minimumstal i den forstand, at de er udtryk for, hvad der med sikkerhed vides om familierne og om børnenes opvækstvilkår. Mistanker vil som hovedregel ikke have været tilstrækkeligt til at udløse en positiv besvarelse angående forekomst af et tegn/symptom/forhold i barnets liv.

De hyppigste observationer inden for kategorien aktivt følelsesmæssigt omsorgssvigt er: "barnet bliver tiltalt eller omtalt på en krænkende måde (ond/dum/grim/umulig/et barn ingen kan lide)", "barnet bliver truet med tab af kærlighed eller af vigtige relationer", "barnet bliver truet med vold/tæv" og "forældre forholder sig i perioder direkte fjendtligt til barnets behov".

Disse observationer viser et billede af et opvækstmiljø, der ikke indeholder de nødvendige forudsætninger for, at et barn kan udvikle sig til et menneske med tillid til sig selv og til sin omverden (jævnfør undersøgelsen "Trængte familier", Christensen, 1991). Ud fra en psykologisk betragtning kan der således være tale om, at disse børn er udsat for et særdeles alvorligt omsorgssvigt. Børn, der vokser op under forhold som beskrevet ovenfor, har stor risiko for at vokse op med et negativt selvbillede. Medmindre der sker noget, så børnene (og/eller forældrene) senere får mulighed for at kompensere for manglerne, vil de have større risiko for at blive skadet på deres jeg-udvikling og dermed også for at blive skadet på deres evne til at komme i kontakt og dialog med andre mennesker og med deres omgivende miljø mere generelt. Formentlig præcis som deres forældre har det (jævnfør "Trængte familier") og præcis den personlige psykologiske baggrund, der betyder, at forældrene ikke er i stand til at give deres børn den nødvendige følelsesmæssige omsorg. Det hyppigst observerede er altså de tegn/symptomer, der viser hen til et følelsesmæssigt negligeret og kontaktforsømt barn, hvor forældrene formidler en række negative signaler, der tilsammen fortæller barnet, at det ikke er noget værd, at dets behov ikke betyder noget, og at det ikke skal være alt for sikker på, at der er nogen, der kan lide det.

4.3.1. Historien om Linda, Tina og Jakob

Linda er 7 år og går i 1. klasse, hun har ikke nogen kontakt med sin biologiske far. Tina er 4 år og går i børnehave, hun har kon-

takt med sin biologiske far. Jacob er 1 år og er i dagpleje, han har ikke nogen kontakt med sin biologiske far. Børnene bor alene med deres mor.

Moderen er 25 år, hun har 9. kl. eksamen og har ingen uddannelse. Hun har i perioder haft arbejde, lever nu af bistandshjælp. De tre børn har forskellige fædre. Moderen har aldrig boet sammen med nogen af barnefædrene. Hun har p.t. etableret et forhold til en ny mand, som hun heller ikke bor sammen med. Moderen er psykisk uligevægtig og virker besynderlig. Hun har svært ved at skelne mellem fantasi og virkelighed og er kendt for at fortælle de drabeligste historier. Moderen har svært ved at knytte sig til andre mennesker, er meget labil og ustruktureret. Hun har tidligere været i psykiatrisk behandling.

Familien bor i en 4-værelses lejlighed med stor altan og alle faciliteter. Der er det nødvendige indbo, alt er rent og i god orden. Der er relevant udstyr og legetøj til børnene.

Alle børnene er velpassede og velernærede. Psykisk er børnene svigtede. De er prægede af moderens labilitet og må karakteriseres som udsat for **aktivt psykisk omsorgssvigt**. Moderen omtaler alle sin mandebekendtskaber for børnene. Børnene overværer ofte moderens dramatiske historier, som er omskrivelser af virkeligheden. Børnene har svært ved at skelne mellem fantasi og virkelighed. Moderen er ofte træt af børnene og får forskellige tilfældige veninder til at passe børnene i hjemmet eller hente dem fra institutionerne. Børnene opleves som usikre og angste. Når moderen er træt og uligevægtig, krænkes børnene verbalt. De afvises og trues med straf af forskellig art. Linda trues med indespærring, ophør med fritidsaktiviteter og omtales som uduelig, grim og besværlig. Tina trues med forbud mod at besøge sin far, samt omtales som umulig og besværlig. Jakob afvises ved at blive lagt i seng alene med lukket dør.

Moderen fortryder sine handlinger, men magter ikke at sætte grænser uden straf og føler sig magtesløs. Linda bliver mere og mere forbeholden og afvisende over for moderens positive og negative kontakt. Hun er usikker og angst og vil ofte ikke gå

hjem fra fritidshjemmet. Moderen vil ikke modtage hjælp fra psykolog, sagsbehandler, familievejleder eller sundhedsplejerske, hun svigter aftalerne, så snart vejledningen går for tæt på.

Problemet i denne familie er — set ud fra børnenes tarv — at børnene lever i et psykisk miljø, der gør dem angste og usikre og giver dem en grundlæggende opfattelse af, at der er noget forkert ved dem — at de ikke er gode nok.

Alle børn får selvfølgelig indimellem urimelige skældud, ligesom de får skældud og måske også afstraffelser, der mere er en afspejling af den voksnes sindstilstand end af noget, børnene gør eller siger. Det er i den forstand normalt med et vist mål af uretfærdighed, urimelighed og inkonsistens i opdragelsen. Men det er ikke normalt, at barndommen for det meste er præget af disse ting — og det er under ingen omstændigheder noget, der er godt for et barns psykiske udvikling. I Trængte familier (Christensen, 1991) blev det beskrevet, hvordan oplevelsen af mening, logisk sammenhæng mellem årsag og virkning, samt konsistens i tilværelsen var af afgørende betydning for barnets udvikling af basal tillid (til sig selv, sin omverden og andre mennesker), og for udviklingen af selvstændighed: "Tredje nøgleproblem er aldersmæssigt placeret i **småbarnsalderen**. Opgaven her er at udvikle **selvstændighed** i forhold til forældrene og de helt nære omgivelser. Barnet lærer, at det er i stand til at påvirke omgivelserne og vil optimalt føle glæde, virkefrang og gåpåmod ved denne opdagelse. Hvis mestringen ikke lykkes, vil barnet i stedet for udvikle skamfuldhed og tvivl. Det vil få en dyb skam i forbindelse med sig selv og sit eget værd, og det vil tvivle på, at det, det kan, duer til noget, eller på om det i det hele taget kan noget. Der er ikke kun tale om en almindelig usikkerhed med hensyn til, om jeg nu kan det og det, men en dyb indre følelse af skam og tvivl omkring personen selv som menneske." (Christensen, 1991, p. 62).

Børnene i denne familie risikerer at udvikle en personlighed præget af skamfuldhed og tvivl. Som alle børn er de afgørende afhængige af deres forældres reaktioner med hensyn til, hvilken selvopfattelse de får og med hensyn til, hvordan de oplever deres

omverden. Moderens svingende reaktioner, hvor hun kan være glad for dem, ligeglad med dem eller direkte afvisende, er uforståelige og uforudsigelige for børnene. Der er ikke nogen mening, logisk sammenhæng eller konsistens i det, der præger deres hverdag. De ved ikke, hvordan de skal opføre sig for at fremkalde henholdsvis en positiv eller en negativ reaktion hos moderen, hvis reaktioner primært er prægede af hendes egen sindstilstand, som børnene så at sige bare står i vejen for, både når der er tale om en positiv, og når der er tale om en negativ reaktion. Det, at moderen er alene med børnene, og det, at hun har en svag kontakt med omverdenen, forstærker problemet. Børnene er meget ensidigt afhængige af deres mor, der er ikke uden videre mulighed for, at der kan findes andre mennesker, børnene kan knytte sig til, og som kan have en kompensatorisk indflydelse.

Hvilke muligheder er der for at hjælpe børnene og familien. Sundhedsplejersken beskriver sin indsats således: *"Jeg har givet moderen et almindeligt tilbud og har påpeget problemer og konfronteret hende med, hvad hun gør ved sine børn. Jeg har også indberettet familien til bistandskontoret. Reelt er jeg ikke kommet ind på livet af moderen, og jeg har nu skriftligt meddelt sagbehandleren, at jeg ikke kan vejlede familien. Jeg synes, det er en alvorlig trussel for børnenes tarv og velfærd, men jeg oplever, at sagsbehandleren ser situationen ud fra moderens behov og ikke ud fra børnenes. Anden gang jeg indberettede familien, kom der en psykolog ud og undersøgte de to store børn. Man konstaterede, at der ikke var nok i sagen til en fjernelse med tvang. Jeg fik så foranlediget en aflastningsfamilie én gang pr. måned. Det er en af de få familier, jeg har indberettet skriftligt, fordi jeg ikke kan gøre noget. Moderen ønsker ikke at modtage hjælp, dvs. der kan ikke anvises familievejledning, støttepædagog eller -psykolog, hjemme-hos'er eller noget som helst. Ingen vil komme hos en mor, der ikke er motiveret."*

4.4. Passivt følelsesmæssigt omsorgssvigt

Passivt følelsesmæssigt omsorgssvigt er den kategori, hvor sundhedsplejerskerne har observeret flest børn, i alt 4.885. Det er nok også den af de fire kategorier, hvor overgangen mellem det "almindelige" og det skadelige kan være mest vanskelig at identificere. Det betyder sandsynligvis, at sundhedsplejerskens skøn i denne kategori spiller en større rolle end i de øvrige kategorier.

Tabel 4.4. Den procentvise andel 0-3-årige børn, hvor sundhedsplejersken har observeret de nævnte forhold i barnets liv, særskilt for alle børn i kategorien passivt følelsesmæssigt omsorgssvigt, for alle sociale behovsbørn og for alle børn i undersøgelsen.

Passivt følelsesmæssigt omsorgssvigt	Børn i kate- gorien	Sociale behovs- børn	Alle børn
Forhold i barnets liv			
Barnet har overværet fysisk mishandling af mor eller anden vold i hjemmet	21	9	1
Barnet har ofte været passet af voksne, der har været påvirkede af alkohol/narko/piller	19	8	1
Barnets dagligdag i hjemmet er præget af uforudsigelighed	47	19	3
Barnets forældre er kun i begrænset omfang i stand til at reagere på barnets følelser/reagerer primært på, hvordan de selv har det	52	21	3
Barnets forældre er kun i begrænset omfang i stand til at aflæse barnets kropslige signaler om lyst/ulyst og grænser	57	23	4
Barnet bliver hyppigt afvist følelsesmæssigt af forældrene	43	18	3
Mindst ét af de nævnte forhold i barnets liv	100	41	6
Antal børn	4.885	11.845	78.625

Af tabel 4.4 fremgår, at de fire mest observerede forhold alle er observeret blandt ca. halvdelen af børnene inden for kategorien. De hyppigste observationer er: "barnets forældre er kun i begrænset omfang i stand til at aflæse barnets kropslige signaler om lyst/ulyst og grænser", "barnets forældre er kun i begrænset om-

fang i stand til at reagere på barnets følelser/reagerer primært på, hvordan de selv har det", "barnets dagligdag i hjemmet er præget af uforudsigelighed" og "barnet bliver hyppigt afvist følelsesmæssigt af forældrene". Der er mange af disse observationer. Tilsammen viser de hen til et barn, der vokser op i en familie, hvor de voksne af en eller anden grund ikke er i stand til at foretage den nødvendige udsættelse af deres egne behov, hvis hensynet til barnet kræver det. Et barn, der vil opleve, at det afgørende for, hvordan de voksne reagerer, er, hvordan de selv har det, og ikke hvilke signaler barnet udsender.

Det hyppigst observerede er altså de tegn/symptomer, der viser, at forældrene ikke er i stand til at tilsidesætte deres egne behov for barnets. Der er tale om et følelsesmæssigt negligeret barn, hvor barnets opvækstmiljø ikke giver barnet mulighed for at etablere en meningsfuld (verbal eller nonverbal) dialog med det omgivende miljø, hvor barnets egne følelser og/eller behov kan indgå som en del af udgangspunktet.

4.4.1. Historien om Mark

Mark er 2 år og har gået i vuggestue, siden han var 4 mdr. gammel. Marks mor er 20 år. Hun har gået i skole til og med 7. klasse, gik i hjælpeskole. Hun har ikke nogen yderligere uddannelse, hun har deltidsarbejde og får supplerende bistandshjælp. Moderen er svagt begavet, er genert og usikker og kan ikke bo alene. Marks far er 43 år, har gået i skole til og med 7. klasse og har været arbejdsmand. Han får nu social pension pga. sit alkoholmisbrug. Han har været alkoholmisbruger det meste af sit voksne liv. Han ønsker ikke behandling for sit alkoholmisbrug. I perioder er han voldelig og særdeles temperamentsfuld. Familien bor i en 3-værelses lejlighed med alle faciliteter og med altan. Der er det nødvendige indbo, der er rent og pænt, men der er sparsomt med relevant legetøj til Mark.

Marks liv er præget af forskellige forhold, der tilsammen viser, at han er udsat for **passivt psykisk omsorgssvigt**. Fysisk er han velpasset og velernæret. Men psykisk er der problemer. Moderen mangler evnen til at tolke Marks signaler og behov. I perioder er Marks far voldelig over for moderen, og moderen er generelt usikker og utryk, hun har svært ved at holde struktur på hverdagen. I voldssituationer låser moderen Mark inde på et værelse for at beskytte ham mod faderen. Mark er angst og usikker ved høje stemmer. Han fremtræder understimuleret, og selvom han har gået i vuggestue fra han var 4 mdr., kan han kun sige få ord. Faderen giver udtryk for, at han er uinteresseret i Mark.

Moderen er afhængig af faderen, da hun ikke tør/ikke kan bo alene. Familien er indberettet til socialforvaltningen mhp. at få hjælp til at ændre forholdene. Moderen er interesseret i hjælp og støtte udefra, men faderen modarbejder dette, fordi han selv har dårlige erfaringer med det sociale system fra tidligere.

Marks psykiske udvikling er truet på samme måde som beskrevet for Linda, Tina og Jakob (forrige eksempel), selvom situationen er en anden. Marks mor er glad for ham og gør formentlig på mange måder, hvad hun kan. Men hun er ikke i stand til at sikre ham en god og stabil opvækst, ligesom hun heller ikke er i stand til at beskytte ham mod faderen, hverken mod faderens mangel på interesse eller mod konsekvenserne af faderens voldelige adfærd.

Hvad kan man gøre for at sikre Mark så god en opvækst som muligt. Sundhedsplejersken har etableret en god kontakt med moderen og beskriver sin indsats på denne måde: *"Jeg kommer hyppigt og regelmæssigt og giver individuel vejledning om kost og opdragelse. Jeg kan støtte med alt det, der handler om mor og barn, men jeg har ikke nogen indflydelse på, hvad der sker mellem far og barn, og på hvad der sker mellem forældrene indbyrdes. En af de første gange jeg kom, sagde faderen: "Du må godt komme, men du må ikke blande dig i mit liv, så får du tæv". Det er ikke, fordi jeg er specielt bange for at "få tæv", selvom han bestemt mener det, men det viser, hvor grænsen går for, at jeg ikke længere kan komme i*

familien, uanset moderen gerne vil have det. Jeg mener, det betyder noget for barnets tarv, at jeg er der som en støtte for mor og barn, uanset jeg ikke har nogen indflydelse på, hvad der sker mellem hans mor og far af ting, som kan være truende for tarv og/eller velfærd. Jeg føler ikke, at jeg gør nok med henblik på barnets tarv, men jeg gør, hvad der er muligt. Jeg kommer stadig hos familien og har en funktion som en slags formidler mellem familien og resten af samfundet omkring barnet. Det er fx sådan, at Marks mor selv kontakter mig, når der er problemer, både i familien og i relation til vuggestuen. Hun har en forventning til mig om, at jeg anerkender hende og kan hjælpe hende, når hun ikke selv kan formulere sig. Mange af de ting, der ellers ville blive til uoverstigelige problemer for hende, kan det lykkes at få gjort til noget, man kan snakke om og gøre noget ved. Det væsentlige er, at der er en kontinuert relation, det behøver ikke at være særlig tit, der er kontakt. Men det betyder meget for moderen, at hun har en fast person, der kan fungere som støtte og formidler. Det må selvfølgelig aldrig blive en personlig relation — og jeg ved også, at det vil blive en svær sag af få afsluttet, principielt kan jeg have kontakt med familien, indtil Mark når skolealderen, så er der andre, der må overtage kontakten".

4.5. Sammenfatning

Det aktive fysiske omsorgssvigt med blå mærker eller andre tegn på overgreb er et relativt sjældent observeret tegn/symptom. Der er betydelig flere børn med tegn på passivt fysisk omsorgssvigt. Det karakteristiske billede her er det miseriesprægede barn med klassiske tegn på det fysisk negligerede og vanrøgtede barn. Oftest et fejllærnet og utilstrækkeligt passet barn. Observationerne viser, at mindst ét af 25 småbørn (0-3 år) har forældre, der ikke er i stand til at gøre brug af social- og sundhedssektorens generelle tilbud inden for småbørnsprofylaksen. Dvs., at det er et signal om, at den blotte eksistens af et generelt tilbud og oplysning om

tilbuddet ikke er tilstrækkeligt for disse familier til, at de er i stand til at sikre deres børn en opvækst uden fysisk omsorgssvigt.

De observerede tegn/symptomer inden for kategorierne aktivt og passivt følelsesmæssigt omsorgssvigt viser hen til en gruppe kontaktforsømte og følelsesmæssigt negligerede spæd- og småbørn netop i den livsfase (0-3 år), hvor disse ting er allervigtigst for personlighedsudviklingen. Blandt 25 småbørn (0-3 år) vil der være 1-2, hvor forældrene trods de generelle hjælpeforanstaltninger ikke er i stand til at give deres børn den nødvendige baggrund for en tilstrækkelig god udvikling. Disse oplysninger bør indgå som en væsentlig baggrundsviden ved tilrettelæggelsen af samfundets generelle og specifikke tilbud til spæd/småbørn og deres forældre.

KAPITEL 5

Belastninger og hjælpeforanstaltninger

I dette kapitel er der fokus på de børn, der i undersøgelsen er betegnet som **sociale behovsbørn**. Dvs. de ca. 15 pct. af alle børn i undersøgelsen (se tabel 3.1), hvor der ifølge sundhedsplejerskerne er grund til at nære bekymring for børnenes tarv og/eller velfærd. Børn hvor sundhedsplejersken af sociale grunde har aflagt ekstra besøg med udgangspunkt i en bekymring for barnets tarv og/eller velfærd.

De sociale behovsbørn er den gruppe børn i undersøgelsen, hvor der er spurgt efter tegn/symptomer/forhold, der tyder på, at barnet har været udsat for omsorgssvigt. Af tabel 3.3 fremgår det, at 1 pct. af alle børn i undersøgelsen har været udsat for aktivt fysisk omsorgssvigt, 6 pct. for passivt fysisk omsorgssvigt, 5 pct. for aktivt følelsesmæssigt omsorgssvigt og 6 pct. for passivt følelsesmæssigt omsorgssvigt. Det er ikke muligt ud fra materialet at vide, hvor mange børn der har været udsat for mere end én af de nævnte former for omsorgssvigt. Ud fra tabellerne 4.1-4.4 er det muligt at skønne, at mindst 41 pct. af de sociale behovsbørn og højst alle sociale behovsbørn har været udsat for en eller anden form for omsorgssvigt, således som undersøgelsen definerer det.

I det følgende er det derfor ikke muligt at skelne mellem de sociale behovsbørn, der har været udsat for omsorgssvigt, og de børn der ikke har været udsat for omsorgssvigt. Det eneste, vi ved i denne forbindelse, er, at andelen af sociale behovsbørn, der har været udsat for omsorgssvigt, er større i landkommunerne end i København og på Frederiksberg (se tabel 3.4).

I det følgende beskrives det, hvilke psykosociale belastninger der præger de sociale behovsbørns familier, og hvilke hjælpeforanstaltninger det har udløst rundt om i kommunerne.

5.1. Belastninger

Af tabel 5.1 fremgår det, hvor mange af de 0-3-årige sociale behovsbørn, der har forældre med en række kendte psykosociale belastninger. Ud over de nævnte belastninger kan henved 4/5 af de sociale behovsbørns familier karakteriseres ved, at de forsørges via overførselsindkomster (arbejdsløshedsdagpenge, bistandshjælp, social pension).

De mest almindeligt forekommende psykosociale belastninger (ud over forsørgelse via overførselsindkomster) er, nævnt i faldende rækkefølge: svag begavelse, alkoholmisbrug, fysisk mishandling af moderen, psykisk sygdom, fysisk sygdom og stofmisbrug. Det enkelte barn kan godt leve i en familie med mere en én af disse belastninger.

Forsørgelse via overførselsindkomst og de nævnte belastninger karakteriserer en stor del af de sociale behovsbørns familier. Men det er vigtigt at gøre sig klart, at disse forhold ikke karakteriserer alle familierne. **20 pct. af de sociale behovsbørns familier kan ifølge sundhedsplejerskerne ikke karakteriseres ved, at de lever af overførselsindkomster, eller ved at sundhedsplejersken har kendskab til belastningerne: svag begavelse, alkoholmisbrug, fysisk mishandling af moderen, psykisk sygdom, fysisk sygdom eller stofmisbrug.** I København og Frederiksberg Kommune drejer det sig om 16 pct. af familierne, i landkommunerne om 24 pct. af familierne.

Ovenstående betyder, at hvis man vil lave et tilbud rettet til de sociale behovsbørns familier med henblik på at forebygge skader på tarv og/eller velfærd, herunder omsorgssvigt, er det vigtigt at være opmærksom på, at **der findes en gruppe sociale behovsbørn**

Tabel 5.1. Andelen af 0-3-årige sociale behovsbørn, hvor sundhedsplejersken har observeret de nævnte psykosociale belastninger hos barnets familie, særskilt for forskellige kommunetyper. Procent.

Belastninger	Kbh. og Frede- riksberg	Forstads- kommuner til Kbh.	Aalborg, Odense, Århus	Andre bykom- muner	Land- kom- muner	Hele landet
Svag begavelse:						
Kun hos moderen	5	7	8	12	11	9
Kun hos faderen	2	2	2	4	4	3
Hos begge forældre	3	3	5	7	7	6
I alt	10	12	15	23	22	18
Alkoholmisbrug:						
Kun hos moderen	4	3	3	4	4	4
Kun hos faderen	8	7	5	7	7	7
Hos begge forældre	3	5	3	4	4	3
I alt	15	15	11	15	15	14
Fysisk mishandling:						
Mor udsat for fysisk mishandling af tidligere eller nuværende samlever	11	12	11	13	11	11
Psykisk sygdom:						
Kun hos moderen	7	6	4	6	5	5
Kun hos faderen	3	2	1	2	2	2
Hos begge forældre	1	1	1	1	1	1
I alt	11	9	6	9	8	8
Fysisk sygdom:						
Kun hos moderen	5	6	5	4	5	5
Kun hos faderen	2	3	3	2	2	2
Hos begge forældre	1	1	1	1	1	1
I alt	8	10	9	7	8	8
Stofmisbrug:						
Kun hos moderen	1	2	1	1	1	1
Kun hos faderen	2	2	1	2	1	2
Hos begge forældre	1	1	1	1	1	1
I alt	4	5	3	4	3	4
Antal børn	1.533	1.587	1.834	3.300	3.512	11.845*

* Kommune uoplyst: 79.

og en gruppe omsorgssvigtede småbørn, hvor familien ikke umiddelbart vil være iøjnefaldende som en familie med økonomiske og psykosociale problemer. Kamillas historie fra kapitel 4 er eksempel på en sådan familie. Kamillas familie har en udmærket indtægt, eneste psykosociale belastning er, at faderen mishandler moderen, men det er ikke noget, familien taler om. Familien bliver først synlig som en familie, der har brug for en ekstra indsats, den dag der er mærker efter fysisk vold på barnet.

5.1.1. Samme billede for hele landet

Det er bemærkelsesværdigt, at der kun er små forskydninger i forekomsten af psykosociale belastninger i de forskellige dele af landet. Generelt er der lidt flere belastninger i København og Frederiksberg end i landdistrikterne. Det hænger sammen med, at der er flere sociale behovsbørn, hvor familierne forsørger via overførselsindkomster i København og på Frederiksberg.

Hvad angår de øvrige psykosociale belastninger er der faktisk kun geografiske forskelle med hensyn til andelen af sociale behovsbørn med svagt begavede forældre. Heraf er der flest i landkommunerne og i de mindre bykommuner. Forklaringen på dette kan muligvis søges i ændringer som følge af nedlæggelsen af de tidligere institutioner under åndssvageforsorgen. De tidligere patienter vil, når de flytter ud fra institutionerne, danne par og få børn. Samtaler med sundhedsplejersker i nogle af de områder, hvor der tidligere har ligget institutioner under åndssvageforsorgen, bekræfter denne tolkning. De tidligere beboere bliver boende i nærheden af institutionerne, også når de gifter sig/danner par og får børn. Undersøger man materialet for sammenhænge forstået på den måde, at det undersøges statistisk, om sundhedsplejersker, der oplyser om mange børn, hvor forholdet x gør sig gældende, også oplyser om mange børn, hvor forholdene y og z gør sig gældende, er der en sammenhæng, når det drejer sig om svag begavelse hos forældrene. Sundhedsplejersker, der oplyser om



mange børn, hvor moderen er svagt begavet, oplyser hyppigt samtidig om mange børn, hvor faderen er svagt begavet. Det er naturligvis ikke muligt at vide, om disse forældre er par. Men set i sammenhæng med de ovenstående betragtninger er det et forhold, man bør være opmærksom på ved tilrettelæggelsen af det forebyggende arbejde.

Som det fremgår af tabel 5.2, er der tale om små tal, når vi taler om andele af alle børn med svagt begavede forældre. Men for de — måske mindre — kommuner, hvor svag begavelse hos de sociale behovsbørns forældre måske karakteriserer op til 20 pct. af de sociale behovsbørn, er det klart, at der er tale om forhold, der stiller særlige krav til det forebyggende og afhjælpende arbejde i kommunen.

Det mest iøjnefaldende i øvrigt er, at **alkoholmisbrug og stofmisbrug er lige udbredt i alle dele af landet**. Stofmisbrug er relativt sjældent, mens alkoholmisbrug er relativt hyppigt over hele landet. **Især må det påkalde sig opmærksomhed, at 7 pct. af de sociale behovsbørn (og 2 pct. af alle børn i undersøgelsen) har mødre, hvor sundhedsplejersken har observeret, at moderen har et alkoholmisbrug**. Se tabel 5.1, hvoraf det fremgår, at henholdsvis 4 pct. og 3 pct. af de sociale behovsbørn har en mor eller et forældrepar, der har alkoholproblemer, og tabel 5.2, hvor det fremgår, at det samme gælder for henholdsvis 2 pct. og 1 pct. af alle børn i undersøgelsen.

5.1.2. Små tal i relation til alle børn

Tabel 5.2 viser andelen af børn med de nævnte psykosociale belastninger set i forhold til alle børn i undersøgelsen. Som det fremgår, er der generelt tale om små tal. **Mest almindeligt er svag begavelse hos en af forældrene, alkoholmisbrug og fysisk mishandling af moderen**. Skal man tænke i forebyggelsesbaner, må det derfor **primært handle om at tage disse tre problemområder op** som en indfaldsvinkel til, hvor børnenes forældre i sær-

Tabel 5.2. Andelen af de 0-3-årige børn, hvor sundhedsplejersken har observeret de nævnte psykosociale belastninger hos barnets familie, særskilt for forskellige kommunetyper. Procent.

Belastninger	Kbh. og Frede- riksberg	Forstads- kommuner til Kbh.	Aalborg, Odense, Århus	Andre bykom- muner	Land- kom- muner	Hele landet
Svag begavelse:						
Kun hos moderen	1	1	2	2	1	1
Kun hos faderen	-	-	-	1	1	1
Hos begge forældre	1	-	1	1	1	1
I alt	2	1	3	4	3	3
Alkoholmisbrug:						
Kun hos moderen	1	-	1	1	1	1
Kun hos faderen	1	1	1	1	1	1
Hos begge forældre	-	1	1	1	-	1
I alt	2	2	3	3	2	3
Fysisk mishandling:						
Mor udsat for fysisk mishandling af tidligere eller nuværende samlever	2	2	2	2	1	2
Psykisk sygdom:						
Kun hos moderen	1	1	1	1	1	1
Kun hos faderen	1	-	-	-	-	-
Hos begge forældre	-	-	-	-	-	-
I alt	2	1	1	1	1	1
Fysisk sygdom:						
Kun hos moderen	1	1	1	1	1	1
Kun hos faderen	-	-	1	-	-	-
Hos begge forældre	-	-	-	-	-	-
I alt	1	1	2	1	1	1
Stofmisbrug:						
Kun hos moderen	-	-	-	-	-	-
Kun hos faderen	-	-	-	-	-	-
Hos begge forældre	-	-	-	-	-	-
I alt	-	-	-	-	-	-
Antal børn	8.303	10.370	9.634	22.873	26.814	78.625*

* Kommune uoplyst: 613.

Anm.: - betyder mindre end 1 pct.

lig grad må betegnes som sårbare. Det er ikke muligt ud fra undersøgelsen at vide, om de tre faktorer har en indbyrdes sammenhæng, eller om de optræder hver for sig. Men andre undersøgelser (Christensen, 1990; Christensen & Koch-Nielsen, 1992) peger i retning af, at der i hvert fald ofte vil være en indbyrdes sammenhæng mellem alkoholmisbrug og fysisk mishandling af moderen.

Undersøger man også her materialet for statistiske sammenhænge, tegner der sig et mønster, der består i, at de samme sundhedsplejersker oplyser om mange børn, hvor forældre forsørges via overførselsindkomster, mange børn hvor faderen har et alkoholmisbrug, mange børn hvor moderen er udsat for fysisk mishandling, og mange børn der er udsat for passivt følelsesmæssigt omsorgssvigt. Igen er det ikke muligt at vide, om disse sammenhænge er tilfældige, eller om der også er tale om en sammenhæng på familieniveau. Men erfaringsmæssigt ligner det de stærkt socialt belastede familier, som de kendes fra såvel socialforvaltninger, alkoholbehandlingssektoren og krisecentrene for voldsramte kvinder. Når det drejer sig om barnets tarv, er det vigtigt at være opmærksom på den mulige sammenhæng med det passive følelsesmæssige omsorgssvigt. Igen et forhold som det — selv om det ikke kan bevises ud fra undersøgelsen — er vigtigt at have med i overvejelserne, når man skal tilrettelægge en alment og specifikt forebyggende indsats.

5.2. Hjælpeforanstaltninger

Ifølge bistanndsloven skal kommunen give tilbud om hjælp til familier med børn, hvis tarv er truet, men forældrene har ret til at afslå tilbuddet. Er barnets velfærd truet, har kommunen pligt til at gribe ind, uanset om forældrene ønsker det eller ej. Som det fremgår af tabel 5.3, er der iværksat hjælpeforanstaltninger til en hel del af de sociale behovsbørn og deres forældre. Det almindelige indtryk er, at børnenes forældre tager imod den hjælp, de får

tilbudt. Ifølge sundhedsplejerskerne er der kun 6 pct. af de sociale behovsbørns forældre, som har afslået at tage imod en tilbudt hjælp fra socialforvaltningen.

Tabel 5.3. Andel 0-3-årige sociale behovsbørn, hvor der ifølge sundhedsplejersken er iværksat de nævnte hjælpeforanstaltninger, særskilt for forskellige kommunetyper. Procent.

Belastninger	Kbh. og Frede- riksberg	Forstads- kommuner til Kbh.	Aalborg, Odense, Århus	Andre bykom- muner	Land- kom- muner	Hele landet
Pålæg/henstilling om daginstitution	12	14	11	14	17	13
Personlig rådgiver	10	12	8	14	15	12
Aflastningsfamilie	10	4	6	5	5	4
Rådgivning eller terapi (psykolog/ psykiater/familie- rådgiver)	11	14	9	15	3	12
Familieinstitution	3	1	2	2	2	2
Børn uden for eget hjem med samtykke	2	1	2	2	2	2
Børn uden for eget hjem uden samtykke	1	-	-	-	-	-
Antal børn	1.533	1.587	1.834	3.300	3.512	11.845*

* Kommune uoplyst: 79.

Anm.: - betyder mindre end 1 pct.

De mest almindelige hjælpeforanstaltninger er pålæg/henstilling om daginstitution, personlig rådgiver (dvs. tilbud om personlig råd og vejledning af ikke-terapeutisk karakter), professionel rådgivning eller terapi (ved psykolog, psykiater eller familierådgiver). **Foranstaltningerne bærer i høj grad præg af, at man satser på, at familien skal forblive samlet i det hjemlige miljø.** Det er kun

over for en meget lille del af de sociale behovsbørn, at der er iværksat foranstaltninger, der medfører anbringelse (af barn alene (2 pct.) eller med forælder (2 pct.)) uden for eget hjem. Mindre end 0,5 pct. af de sociale behovsbørn er anbragt uden for hjemmet uden forældrenes samtykke. Den stor indsats ligger således på hjælpeforanstaltninger rettet til barnet og familien samlet. Man må derfor antage, at **kommunerne vurderer, at der især er tale om småbørn truet på tarv, mens det er uhyre sjældent, at kommunerne mener, at småbørnene er truet på velfærden.** Denne vurdering er nok lidt mere optimistisk end sundhedsplejerskernes.

En indikator på sundhedsplejerskernes vurdering af, hvor mange børn der er særdeles alvorligt truet på tarv og eventuelt også truet på velfærden, er oplysningen om det antal børn, hvor sundhedsplejerskerne har ment, det var nødvendigt at foretage en skriftlig indberetning til det sociale udvalg. I alt er der foretaget skriftlig indberetning af 763 børn, svarende til 6 pct. af de sociale behovsbørn eller 1 pct. af alle børn i undersøgelsen. Af de skriftlige kommentarer på spørgeskemaerne fremgår det, at dette tal nok er i underkanten med hensyn til antal børn, hvor sundhedsplejerskerne har udtrykt alvorlig bekymring for barnets tarv og/eller velfærd over for de sociale myndigheder. Flere gør opmærksom på, at der findes et regelsat samarbejde mellem medarbejderne i socialforvaltningen og sundhedsplejerskerne netop omkring disse børn og deres familier. Sundhedsplejerskerne har derfor mulighed for — flere skriver med familiens samtykke — at henvende sig direkte til medarbejderne i socialforvaltningen med henblik på, at der bliver taget initiativ til iværksættelse af hjælpeforanstaltninger. Antallet af skriftlige indberetninger skal derfor muligvis i højere grad ses som udtryk for forhold, hvor sundhedsplejerskerne ikke mener, det eksisterende samarbejde med familien om den hjælp, den modtager, er tilstrækkeligt.

Sammenfattende må man dog sige, at der numerisk er tale om relativt begrænsede problemer. Forudsat familien får tilbudt hjælp, vil de sociale behovsbørns familier i langt de fleste tilfælde

tage imod hjælpen. Den mest almindelige hjælp består af rådgivning (personlig rådgiver eller professionel rådgivning/terapi), samt aflastning for familien og støtte til barnets personlighedsudvikling i form af henstilling/pålæg om daginstitution og/eller aflastningsfamilie. Det er ikke muligt ud fra undersøgelsens resultater at sige noget om, hvorvidt hjælpen er tilstrækkelig, og/eller om den virker efter hensigten.

Ca. halvdelen af de sociale behovsbørn, der er over 6 måneder gamle, er enten i daginstitution eller i kommunal dagpleje, andelen er højest i landkommunerne. I hele landet er andelen af 0-2-årige i daginstitution eller kommunal dagpleje lidt lavere, samtidigt med at andelen er lavest i landkommunerne (Bertelsen, 1991). Tallene afspejler formentlig det forhold, at man i landkommunerne i særlig grad bruger daginstitution eller kommunal dagpleje som et hjælpetilbud til de sociale behovsbørn.

5.2.1. Tilbud i forskellige dele af landet

Af tabel 5.3 fremgår det, at der tilsyneladende er nogen forskel på de tilbud, der gives i bykommunerne og i landkommunerne. Pålæg/henstilling om daginstitution og personlig rådgiver er især noget, der bruges i de sociale behovsbørns familier i landkommunerne, mens rådgivning og terapi især bruges i bykommunerne. En forskel der nok i høj grad kan forklares med de ressourcer, der er tilgængelige inden for den enkelte kommunes rammer. I København og på Frederiksberg gør man desuden hyppigere brug af aflastningsfamilier.

Bliver hjælpeforanstaltningerne opgjort i forhold til det samlede antal børn i undersøgelsen fordelt på kommunetype (tabel 5.4), forsvinder de fleste forskelle. Tilbage står kun, at der er relativt færre børn i landkommunerne, hvor der er tilbud om aflastningsfamilie og relativt flere børn i København og på Frederiksberg, hvor der er tilbud om familieinstitution.

Tabel 5.4. Andelen af de 0-3-årige børn, hvor der ifølge sundhedsplejersken er iværksat de nævnte hjælpeforanstaltninger, særskilt for forskellige kommunetyper. Procent.

Belastninger	Kbh. og Frede- riksberg	Forstads- kommuner til Kbh.	Aalborg, Odense, Århus	Andre bykom- muner	Land- kom- muner	Hele landet
Pålæg/henstilling om daginstitution	2	2	2	2	2	2
Personlig rådgiver	2	2	2	2	2	2
Aflastningsfamilie	1	1	1	1	-	1
Rådgivning eller terapi (psykolog/ psykiater/familie- rådgiver)	2	2	2	2	2	2
Familieinstitution	1	-	-	-	-	-
Børn uden for eget hjem med samtykke	-	-	-	-	-	-
Børn uden for eget hjem uden samtykke	-	-	-	-	-	-
Antal børn	8.303	10.370	9.634	22.873	26.814	78.625*

* Kommune uoplyst: 613.

Anm.: - betyder mindre end 1 pct.

Sammenholdes oplysningerne i tabel 5.4 med oplysningen om, at andelen af sociale behovsbørn generelt er større i København og Frederiksberg end i landkommunerne, mens andelen af omsorgs-
svigtede børn er den samme, er det muligt at give to tolkninger. Dels kan forskellen i, hvilke hjælpeforanstaltninger der bliver sat i værk, tolkes som et udtryk for, hvilke muligheder/ressourcer der på forhånd findes inden for kommunens rammer (fx i form af familieinstitutioner), dels kan forskellen tolkes som en konsekvens af sammensætningen af gruppen af sociale behovsbørn. Det er ikke muligt ud fra undersøgelsen at sige noget om, hvad der be-

tinger de forskellige valg, men det er en problemstilling, som det kunne være interessant at gå nærmere ind i.

KAPITEL 6

En forebyggende indsats

Enhver forebyggelse forudsætter, at man ved, hvilke fænomener eller hvilken udvikling man ønsker at forhindre, og hvilke fænomener eller hvilken udvikling man ønsker at fremme, samt at man i rimeligt omfang har kendskab til de processer og forhold, der kan føre til de forskellige resultater.

Når det drejer sig om børn og børns udvikling, findes der megen viden både om den normale udvikling og om mulige skadevirkninger. Der findes også viden om, hvilke processer eller forhold der kan pege i den ene eller den anden retning, selvom det sjældent er muligt at pege på helt entydige sammenhænge.

Ord er fattige til at beskrive det ønskede resultat. Helt generelt kan målet karakteriseres som børn og unge, der trives fysisk og psykisk. På det psykiske plan kan målet mere specifikt beskrives som individer, der i et rimeligt mål har tillid til sig selv og til deres omgivelser, er nysgerrige efter at lære nyt og efter at lære omverdenen at kende, individer, der udvikler et overjeg (eller en moral), der lærer dem at skelne mellem godt og ondt/mellem rigtigt og forkert, samt individer, der kan forholde sig til og indgå i den sociale sammenhæng, de lever i.

Det, man ønsker at forhindre med en forebyggende indsats, er, at børnene under deres opvækst hæmmes unødigt i deres fysiske og psykiske udvikling, udvikler sygdomme eller mangeltilstande eller ikke i tilstrækkeligt omfang får den nødvendige ballast (jævnfør ovenstående) til at tage del i det samfundsmæssige fællesskab, når de bliver voksne.

Ser man på forebyggelse ud fra undersøgelsens univers, dvs. ud fra en tarv og velfærds betragtning, er målet at sikre, at børnene får en rimeligt god udvikling, herunder at hindre, at børnene ska-

des på deres fysiske og psykiske udvikling. De forhold, der i givet fald ville kunne skade børnenes udvikling, er dels forældrenes levekår, hvis de er af en sådan karakter, at barnet ikke har tilstrækkeligt gode rammer for sin opvækst, dels det indre liv i familien, forstået som de handlinger forældrene udfører (eller eventuelt undlader at udføre) over for barnet, der kan pege i retning af, at barnet bliver udsat for omsorgssvigt (jævnfør begrebsdefinitionen i kapitel 2).

6.1. Forskellige niveauer i forebyggelsen

Sædvanligvis når man taler om forebyggelse af sociale, sundhedsmæssige eller psykiske problemer, inddeler man forebyggelsen i forskellige niveauer. En måde at foretage en niveaudeling på er at skelne mellem primær, sekundær og tertiær forebyggelse.

Primær forebyggelse er aktiviteter, der sættes i gang, før skaden er sket. Det vil sige, at det er aktiviteter, der rettes til hele befolkningen. Der vil typisk være tale om arbejde af almen oplysende karakter samt miljø-, informations- og rådgivningsarbejde, ligesom sundhedsplejerskeordningen og hele børneprofylaksen i almen praksis er en del af den primære forebyggelse.

Sekundær forebyggelse retter sig mod at afhjælpe problemerne på et tidligt tidspunkt, når skaden endnu er begrænset. Metoden vil ofte være let tilgængelig rådgivning på et ikke-institutionaliseret niveau. Den sekundære forebyggelse henvender sig især til de særligt truede grupper. Det er grupper af befolkningen, hvis psykologiske, sociale og økonomiske forhold vides at være af en sådan karakter, at der er øget risiko for forekomsten af det uønskede fænomen.

For den **tertiære** forebyggelses vedkommende må man sige, at det ikke er helt logisk at bruge ordet "forebyggelse", idet den først sættes ind, når skaden er sket, typisk ved at barnet anbringes på en døgninstitution. Der er derfor i nok så høj grad tale om behandling som om forebyggelse. Argumentet for alligevel at tale

om tertiær forebyggelse er, at det forebyggende arbejde er rettet mod at hindre gentagelser og mod at hindre yderligere skade (Christensen et al., 1985, p. 6-7).

6.1.1. Almindelige problemer omkring graviditet og fødsel

Når man beskæftiger sig med forebyggelse i forbindelse med børns opvækst, er det vigtigt at skelne mellem, hvad man kan kalde almindelige problemer i form af livskriser knyttet til det at sætte et barn i verden og problemer knyttet til en tilværelse, der generelt er belastet socialt og psykisk med en mere eller mindre permanent krisetilstand.

Det er almindeligt at have et vist mål af problemer, når man sætter børn i verden. Om ikke andet er der tale om en tilpasning til en ny livssituation, ligesom der ofte er tale om, at man som nybagte forældre ikke får den nødvendige søvn og derfor alene af den grund kan have vanskeligt ved at overskue selv banale problemer (fx Gøtzsche, Lier & Munck, 1979; Christensen, 1980; Gøtzsche, 1984). Der vil typisk være tale om problemer i parforholdet, man "glider fra hinanden", får seksuelle problemer eller oplever en ægteskabelig krise; problemer i forhold til barnet, man oplever barnet som en belastning, hvor man troede og forventede af sig selv, at det kun skulle være en glæde; eller problemer mere knyttet til en selv i form af at "føle sig deprimeret eller nedstemt" (Christensen, 1980). Alt andet lige vil der være de færreste problemer for par, der allerede før fødslen er rimeligt veletablerede udadtil/socialt og indadtil i parret, for par der har en forholdsvis traditionel kønsbestemt arbejds- og rolledeling, samt for par hvor kvinden er sikker på sin identitet som mor i den forstand, at hun ikke har ambivalens over for sin reproduktive funktion (Christensen, 1980). Dvs., at jo mere etableret et par er, og jo mere traditionelt de lever, i form af at der er kendte mål og kendte rollemodeller for, hvad en mor og en far er, jo færre problemer vil parret møde i den første tid, efter at de er blevet forældre.

Hvis disse informationer skal oversættes til forebyggelsessprog, bliver budskabet ikke nødvendigvis — som man måske ellers ville forvente — at det gælder om at leve så traditionelt som muligt. Nej budskabet bliver, at lever du mindre traditionelt, må du forvente i hvert fald i en periode at få flere problemer. Simplethen fordi det er sværere at få et liv til at hænge sammen, når man selv skal skabe den nye model, man ønsker at leve efter.

For mange vil budskabet om, at det er normalt at have problemer, og at det er i orden at snakke om det, uden at det af den grund betyder altings endeligt i parforholdet, være tilstrækkeligt til, at de finder ud af tingene i løbet af nogen tid. Der kan være tale om en udviklingskrise for den enkelte kvinde/mand og om en krise i parforholdet, men der er ikke tale om, at barnets tarv er truet. Mange forældre vil have tilstrækkelige ressourcer og/eller tilstrækkeligt netværk til, at barnet alligevel får den fornødne omsorg. For andre forældre vil det ikke være sådan. I de familier vil der som hovedregel være tale om, at det ikke er barnets fødsel i sig selv, der skaber en krise for forældrene eller for deres parforhold. Der er tale om, at barnet bliver født ind i en familie, der allerede før fødslen er i krise og i de fleste tilfælde har været det længe (jævnfør Christensen, 1991). Dvs., at der er tale om en familie, der som udgangspunkt har flere belastninger, en familie, der i og med, at de lever i en svær situation, både har færre ressourcer at give af — OG har brug for at kunne give mere til barnet for at kompensere for vanskelighederne.

6.2. Forsøg med et forebyggende perspektiv

I det følgende skal der gives en kort redegørelse for en række aktiviteter og forsøgsprojekter rettet til nybagte forældre og småbørnsfamilier. I alle tilfælde er der tale om aktiviteter eller forsøg med et forebyggende sigte. I udvælgelsen er der lagt vægt på, at det skulle være projekter fra forskellige dele af landet, fra forskellige kommunestørrelser, projekter på såvel kommunalt som

lokalt plan, samt projekter der sigtede mod især primær og sekundær forebyggelse. Som et afgørende kriterium blev der desuden lagt vægt på, at det skulle være projekter, hvor der fandtes en skriftlig afrapportering. Det skal understreges, at der på ingen måde er tale om en repræsentativ udvælgelse. Projekt- og forsøgsaktiviteten gennem de senere år har været overvældende, de udvalgte projekter skal derfor udelukkende opfattes som eksempler. Præsentationen af projekterne er baseret på de skriftlige rapporter, samt på foredrag om projekterne (af de folk, der har lavet dem) og i nogen grad på personlig kommunikation og kontakt med projektmagerne.

I det følgende bliver projekterne omtalt ud fra, om deres hovedsigte er af primær, sekundær (eller tertiær) forebyggende karakter. Vægten lægges på at bruge det enkelte projekt som en illustration af en konkret forebyggelsesaktivitet — forhåbentlig til inspiration for andre professionelle og planlæggere — mere end på en systematisk gennemgang, endsige en evaluering af det enkelte projekt. For en mere systematisk gennemgang af de nævnte projekter henvises der til de allerede eksisterende rapporter fra projekterne (se den bilagte fortegnelse over rapporter fra forebyggelsesprojekter). Det følgende skal læses som overvejelser, tanker, ideer ud fra det generaliserbare og almene i de omtalte projekter og ikke som kommentarer af vurderende eller evaluende karakter.

Først skal der omtales tre projekter, der på hver deres måde har et primært forebyggende sigte. Det drejer sig om projektet "Det skal være godt at være barn i Ulfborg-Vemb kommune", "Små børn i Ry kommune" og "Forældreaftener for førstegangsførældre" i Bramming.

6.2.1. Det skal være godt at være barn

Projektet "Det skal være godt at være barn i Ulfborg-Vemb kommune" er et eksempel på et projekt, hvor nøgleordene er bor-

gerengagement og netværk. Projektet retter sig ikke kun til nybagte forældre eller til småbørnsforældre, men til alle børn og forældre (principielt vel til alle indbyggere) i Ulfborg-Vemb Kommune. Ulfborg-Vemb Kommune er en landkommune, kommunen ligger i Ringkøbing Amt og dækker et relativt stort areal med en relativt lille befolkning.

Som et projekt med hovedsagelig et primært forebyggende sigte retter "Det skal være godt at være barn"-projektet sig til alle børn og til børnenes familier. Målet er generelt at forbedre vilkårene for kommunens børn og unge og at fremme samarbejdet inden for kommunen, både de kommunalt ansatte imellem og mellem diverse frivillige organisationer og kommunen, samt at vurdere mulighederne ved en sammenlægning af social- og sundhedsforvaltningen.

Borgerne skal tage del i kommunens liv og engagere sig i børnenes ve og vel. Gennem større engagement og generel tænken i omsorgsbaner over for børn og unge, samt gennem større kendskab til og kontakt med andre forældre og/eller børneengagerede voksne, er det meningen, at der skal opstå et tættere net til at tage sig af børnene, de unge og deres familier. I forbindelse med dette er der også en forestilling om, at en del af de sociale behovsbørn og deres forældre vil kunne suges med ind og få hjælp gennem en ikke-professionaliseret eller ikke-specialiseret indsats, men der vil selvfølgelig være børn og familier, der har det så svært, at en sådan indsats ikke vil være tilstrækkelig.

"Det skal være godt at være barn"-projektet er her beskrevet ud fra fire rapporter, der afspejler projektets forskellige faser: Fase 1 er en ideafsøgning. Alle, der har med børn og unge at gøre i deres arbejde eller deres fritid, spørges: Hvad synes I? Hvad kan vi (og I) gøre for at forbedre forholdene for børn og unge? Spørgsmålene stilles i annoncer i den lokale presse og til alle frivillige organisationer samt til offentlige foranstaltninger/institutioner, der beskæftiger sig med børn og unge.

Fase 2 beskriver ideer til, hvad der kan gøres. Der redegøres for, hvad folk har svaret på en avisannonce, og for hvilke reak-

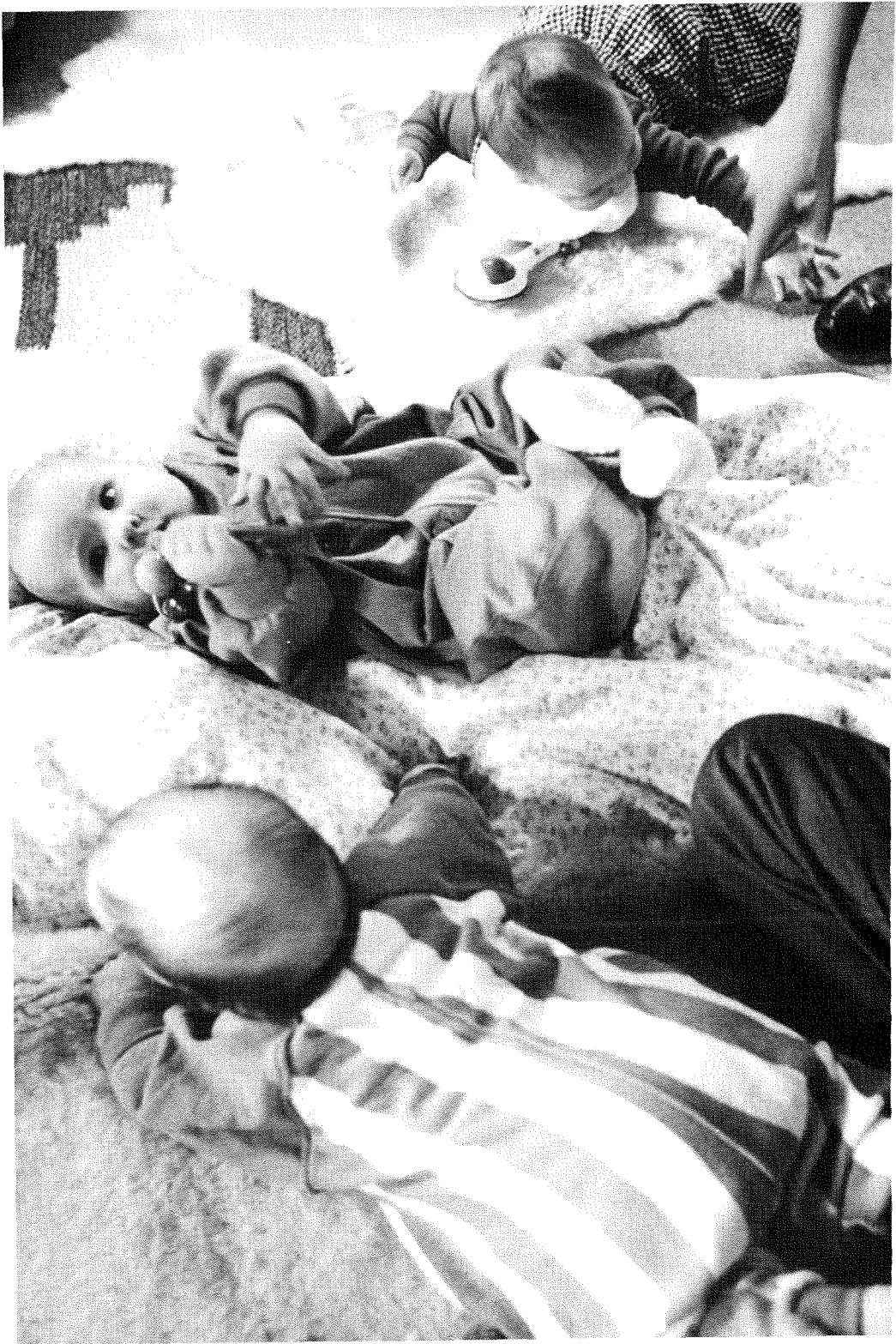
tioner man har fået fra andre adspurgte. Svarene giver faktisk en forklaring på det fornuftige i at lægge social- og sundhedsforvaltningen sammen.

Fase 3 giver den afsluttende strukturering. Den handler direkte om formålet: at forbedre vilkårene for børn og unge og at fremme samarbejdet inden for kommunen, både de kommunalt ansatte imellem og mellem frivillige i diverse organisationer og kommunen. I Fase 3 har man haft diskussioner og lægger så op til en politisk handleplan. Fase 1, 2 og 3 er beskrevet i tre rapporter, Nielsen et al., 1988, 1989a; 1989b. Desuden er der en fjerde rapport: Rapport fra arbejdsgruppen vedrørende børn og unge, 1990, hvor der lægges endnu mere op til de konkrete handlemuligheder.

Der skal ikke her foretages nogen karakteristik af, hvad forløbet har betydet for kommunens børn, det vil i sig selv være en forskningsopgave. Det interessante i denne sammenhæng er at se på formål og proces. I rapporterne beskrives et skoleeksempel på et demokratisk forløb, hvor alle borgere bliver hørt og inddraget i udviklingsprocessen.

6.2.2. Små børn i Ry Kommune

Projektet "Små børn i Ry kommune" har ligesom "Det skal være godt at være barn" hovedsagelig et primært forebyggende sigte. Ud fra de skriftlige kilder fremgår det, at man til en vis grad har haft samme ønske om at involvere borgerne. I "Det skal være godt at være barn" lå hovedvægten på gennemførelsen på debat- og diskussionsplanet, mhp. at nå frem til en politisk beslutning. I Ry forelå den politiske beslutning, og man gik direkte i gang med at stimulere mødregupper og netværk. Den prioritering skal nok ses i forbindelse med, at Ry Kommune med sin beliggenhed tæt ved byer som Silkeborg, Skanderborg og Århus er en kommune præget af mange tilflyttere, der har deres daglige arbejde uden for kommunen. Kommunen er derfor til en vis grad sammensat af to slags indbyggere: de oprindelige beboere og tilflytterne,



uden særlig megen kontakt mellem grupperne. For nybagte forældre og specielt for mødre på barselsorlov eller forældre, der er hjemme, mens børnene er små, betyder denne kommune type en forøget risiko for social isolation. Tilflytterne vil typisk være unge, der får børn samtidig med, at de er nye i kommunen og måske i virkeligheden ikke kender den særlig godt. Der er derfor en risiko for, at de tager for lidt del i det fællesskab, der kunne være, og som der sandsynligvis også har været (og måske fortsat er) mellem de oprindelige indbyggere.

Projektet i Ry er ikke afsluttet, mens dette skrives, overvejelserne her er derfor kun baseret på de foreløbige afrapporteringer (Holst & Brudager, 1990; Østergaard, 1990) og på personlig kontakt i foråret 1991. Det følgende skal derfor ses som tanker over tendenser i et igangværende projekt og ikke som kommentarer af mere evaluerende karakter.

Udgangspunktet for "Små børn i Ry kommune" var de mødregrupper, som sundhedsplejerskerne mange steder allerede havde etableret. Projektet forsøger at opbygge et netværk, så alle nybagte mødre kommer til at deltage i en mødregruppe. Af det skriftlige materiale fremgår det, at man satser på vidensformidling til mødrene i grupperne, på netværksopbygning mellem mødrene (og nok også mere generelt mellem kommunens indbyggere), samt på et forbedret samarbejde mellem de forskellige faggrupper i kommunen. Af beskrivelsen fremgår det desuden, at det netværksopbyggende har haft en meget høj prioritet. Det bliver beskrevet som en slags selvhjælpsbevægelse med selvkørende grupper, hvor de ansatte medarbejdere ved projektet tager initiativ til nogle stormøder i forskellige lokale dele af kommunen. På disse møder nedsættes der nogle grupper, der ud fra hvor deres interesser ligger, tager det videre initiativ. De projektansatte fungerer derefter som konsulenter.

Fokus er ikke kun på småbørnsfamilierne, men på alle kommunens indbyggere. En del af projektets konklusion er da også, at hvis man skal lave noget til støtte for småbørnsfamilier i landområder, skal man arbejde på at udvikle lokalsamfundet, det er

ikke nok at satse på småbørnsfamilien. Dvs., at primær forebyggelse består i en generel støtte til lokalsamfundet. Denne tankegang minder om baggrunden for projektet i Ulfborg-Vemb Kommune, hvor man også ønskede at stimulere engagement og involvering i lokalsamfundet og i kommunen. Forskellen er, at man i Ry går direkte i gang med det netværksopbyggende, mens man i Ulfborg-Vemb startede med en offentlig debat om, hvad der kunne gøres.

Hovedsigtet i "Små børn i Ry kommune" er af primært forebyggende karakter. Dvs., at målgruppen er alle småbørn og deres forældre. Projektet i Ry beskriver enkelte gruppeaktiviteter for særligt belastede mødre (depressive eller kriselignende reaktioner efter fødslen), men tilsyneladende især ud fra en tankegang om fødslen som den afgørende begivenhed. Da det er et primært forebyggende projekt, er de sociale behovsbørn og deres familier ikke specifikt inddraget i projektet. Det fremgår ikke, hvilke borgere det er, der benytter tilbuddene (kun at det enkelte steder er næsten alle). De sociale behovsbørn og deres familier er især nævnt i forbindelse med de individuelle besøg af sundhedsplejersken (i overensstemmelse med at de har brug for en mere individualiseret indsats af sekundær forebyggende karakter), og de bliver her nævnt i forbindelse med en redegørelse for behovet for supervision af sundhedsplejerskernes arbejde i disse familier.

Projektet i Ry kan ses som en anden tilgang til at realisere målene om gensidigt engagement og involvering af kommunens borgere i et forsøg på at realisere de lokale ressourcer.

6.2.3. Forældreaftener for førstegangsførelse

Projektet "Forældreaftener for førstegangsførelse" fandt sted som et forsøg under Ribe Amt i perioden 1986-1989. Det er et primært forebyggende tilbud rettet til alle førstegangsførelse i en af amtets kommuner (Bramming). Tilbuddet består af to gange 5 aftener med foredrag, diskussion og erfaringsudveksling, når

barnet er 1½-2 år, og igen når barnet er 3½-4 år. Vægten ligger på vidensformidling, erfaringsudveksling og etablering af kendskab til ansatte hjælpere i kommunen. I projektrapporten (Bakke et al., 1990) argumenteres der for, at der i lige så høj grad er tale om kulturformidling som om et socialt og forebyggende projekt.

Det fremgår, at 30 pct. af alle førstegangsførældre i kommunen (med børn i den relevante alder på det pågældende tidspunkt) tager imod tilbuddet. Socialt er forældrene en blandet gruppe, men alle hører til i gruppen af forældre, hvis børn ikke karakteriseres som sociale behovsbørn.

I projektrapporten er der en evaluering af aktiviteten baseret på interview med de deltagende forældre. Citaterne giver på individplanet en glimrende beskrivelse af, hvad primær forebyggelse kan bruges til, fx er der en far, der siger: *"For sådan en som mig. — Det er en hel ukendt verden — med psykologer, pædagoger, og hvad man kan få hjælp til — hvor man kan henvende sig, hvor man kan ringe hen — det er bare dybt godnat for mig — for jeg anede ikke, hvad jeg skulle gøre, hvis det var sådan, at jeg ikke havde været med på kurset. Det er kommunen for ringe til at oplyse om ... Ja, jeg må da indrømme, den første aften tænkte jeg — de pædagoger igen — hvad har I nu fundet på — jeg skulle presses ret kraftigt af konen for at gå med. Det var jo også mine børn, sagde hun — sådan er det. Og kurset har givet et helt andet syn på det med børn — jeg havde jo ikke meget med det at gøre til hverdag. Det er en verden for sig — det med rolleopdelingen".* En anden far siger: *"Jeg tror måske ikke, at vi bruger hinanden så meget, men kurset har i hvert fald gjort så meget, at vi snakker lettere om de problemer, der er — end vi ville have gjort uden at have været med på kurset. Men det er jo altid svært at få snakket med andre om f.eks. interne problemer".* Dertil svarer den første far: *"Ja, det tror jeg ikke, vi får gjort. Skal man have fat på en psykolog, skal det gå helt i sort, inden man går derhen. Det er vist den generelle holdning, tror jeg. Men det er lettere for os, fordi vi har været med her og har fået tillid til dem. Det handler nemlig om at have tillid, før man har lyst til at snakke om problemer"* (Bakke et al., 1990, p. 45, 46 og 52).

Citaterne udtrykker egentlig essensen af det, der er målet med primært forebyggende arbejde: deltagerne får informationer på et personligt plan, som ud over at give større viden og dermed også flere redskaber, medfører, at forældrene selv vil være mere tilbøjelige til at tage kontakt med eventuelle professionelle hjælpere og benytte sig af de tilbud, kommunen har om en kortsigtet og målrettet tidlig indsats ved akutte problemer. Man understreger også betydningen af at sætte ansigter på de forskellige professionelle, der skal hjælpe. Den personlige kontakt er afgørende for, at man ikke føler sig som "et tilfælde", hvis man får problemer, men derimod føler sig som en borger, der bare i en periode har brug for en håndsrækning. Man får en viden, man ikke havde før og føler på en anden måde et mere personligt ansvar.

6.2.4. Åbent hus

En fjerde type aktivitet, der også i sit udgangspunkt har et primært forebyggende sigte, er de efterhånden mange "Åbent hus" arrangementer, der forestås af sundhedsplejerskerne. I det følgende omtales aktiviteten "Åbent hus" generelt på baggrund af rapporter: Axelsen et al., 1990; Ifversen & Kofod, 1991; Rasmussen, 1991; Wung-Sung & Stampe, 1991.

I mange kommuner er "Åbent hus" efterhånden ved at være en fast del af sundhedsplejens tilbud. Ideen med "Åbent hus" er, at det skal være et supplement til sundhedsplejerskens individuelle besøg hos familien (i nogle tilfælde måske at det skal træde i stedet for nogle af de individuelle besøg). Åbent hus arrangementerne er for mødre (eventuelt fædre) og børn. Ved Åbent hus arrangementerne kan mødrene være sammen, de kan snakke med hinanden, de kan få individuel råd og vejledning af sundhedsplejersken ud fra de konkrete spørgsmål/problemer. Der kan også være tale om mere gruppe- eller holdpræget undervisning eller vejledning.

Intentionerne bag Åbent hus minder meget om det, der tidligere er beskrevet under projekter med et primært forebyggende sigte. Der er tale om erfaringsudveksling, videnstilegnelse og netværksetablering. Med forskellig vægtning af de tre elementer i forskellige lokale udgaver af åbent hus arrangementet. Udformningen af et Åbent hus projekt må nødvendigvis være afhængig af de lokale forhold. Dels selvfølgelig helt elementært af de ansatte, sundhedsplejersken og eventuelle samarbejdspartnere, dvs. af hvilke muligheder, hvilke ressourcer, og hvilket samarbejde der er lokalt. Derudover er udformningen også afhængig af selve lokalområdet, dvs. hvilke mennesker bor i området, og af om der er tale om et specielt belastet distrikt eller et distrikt beboet af specielt velfungerende familier.

Problemstillingen med hensyn til, hvornår et Åbent hus projekt er henholdsvis et primært eller et sekundært forebyggende tilbud, illustreres af Axelsen et al., 1990. Rapporten er en beskrivelse af et forsøg med Åbent Hus i Hvidovre Kommune. Der var arrangeret Åbent hus i to forskellige distrikter i kommunen, et "almindeligt distrikt" og et distrikt præget af mange stærkt belastede familier. Det viser sig, at der på den måde bliver tale om både primær og sekundær forebyggelse — i lokalt regi.

I begge distrikter var Åbent hus arrangeret på den måde, at der først var te og kaffe med almindelig småsnak, derefter et oplæg om dagens emne efterfulgt af diskussion i større eller mindre grupper og endelig afrunding og planlægning af næste møde. Mødetiden var fleksibel, forløbet kunne ændres fra gang til gang, og den enkelte deltager var ikke forpligtet til at komme hver gang.

Efter 10 mdr.'s arbejde blev aktiviteten evalueret under hensyntagen til, om der var forskelle mellem, hvordan aktiviteten havde fungeret for familier uden særlige belastninger, i rapporten kaldt "gruppe 1" familier, familier med en del belastninger, kaldt "gruppe 2" familier, samt familier med mange belastninger, typisk inkluderende alkoholproblemer, stofproblemer og vold, i rapporten kaldt "gruppe 3" familier.

I rapporten (p. 42-43) konkluderes det, at de fleste af de familier, der har gjort brug af tilbuddet, har haft udbytte af det. Familierne selv gav udtryk for, at de havde haft udbytte af emner som leg med dit barn, sprogudvikling og kost, ligesom kontakten med andre og samværet i sig selv havde været positivt. Af rapporten fremgår det desuden, at:

"Det viste sig væsentligt at være meget målrettet med, hvem tilbuddet blev givet til. "Gruppe 1" familierne er dem, der kommer hyppigst, hvis der ikke sker en udvælgelse.

For "Gruppe 2" familierne er det væsentligste, at der arbejdes med deres indbyrdes kontakt og etablering af netværk. "Gruppe 2" familierne profiterer ligeledes af konkrete drøftelser og af den viden, der formidles via oplæg og videofilm.

I "Gruppe 3" familierne er det som fast støtteperson i forældre-barn relationerne, at sundhedsplejerskerne kan gøre mest gavn, samt ved at medvirke til at børnene har kontakt til miljøer med almindelige normer f.eks. daginstitutioner eller dagpleje. I gruppesamværet skal sundhedsplejersken være meget understøttende og sikre, at der er demonstrationer og aktiviteter, de kan deltage i. For denne gruppe mener vi, at vi i højere grad skal lave ting sammen, hvori både børn og voksne indgår f.eks. biblioteksbesøg, madlavning, udflugter, bus- og togture eller andre dagligdags situationer, hvor der kan opstå positive udgangspunkter for nye ideer og handlemåder mellem børn og voksne" (Axelsen et al., 1990, p. 42-43).

De konkluderer desuden, at når det drejer sig om at øge forældrenes kontaktflade (det netværksopbyggende), kan det lykkes for "gruppe 1" og "gruppe 2" familierne, mens det kun lykkes for ganske få af "gruppe 3" familierne.

6.2.5. Hva' så...?

Projektet "Hva' så..." er en del af Sidegadeprojektet i Saxogade på Vesterbro i København. Ud fra en forebyggelsessynsvinkel kan projektet ses som en videreførelse af de ovenfor beskrevne erfaringer med Åbent hus. Det er en aktivitet, der især er målrettet til de familier, der er karakteriseret som "gruppe 2" og "gruppe 3" familier. Dvs. familier, der i forskellig forstand betegnes som truede eller socialt belastede. Projektet ligger dermed på grænseområdet mellem den primære og den sekundære forebyggelse.

Hva' så... er et åbent tilbud, som alle kan bruge, og hvor alle kan få råd og vejledning, individuelt eller sammen med andre, samtidig er det et projekt, der med sin beliggenhed og med præsentationen af tilbuddet især retter sig til familier med psykosociale belastninger.

Projektet har én ansat, en sundhedsplejerske, der tidligere har arbejdet som sundhedsplejerske på Vesterbro, desuden har en eller flere af projektets brugere mulighed for en tidsbegrænset ansættelse i jobtilbud. Projektet består af en butik, hvor der sælges brugt børnetøj til billige priser, kombineret med et værkstedstilbud med symaskiner og hjælp til at sy tøj, samt en hyggekrog med mulighed for kaffe og snak. Desuden er der en række ugentlige aktiviteter for mødre/fædre og børn som fx babysvømning og afspænding (Madsen, 1990, samt personlig kommunikation). Arbejdet lægger op til, at brugerne kan få en identitet i kraft af, at de kommer det samme sted gennem længere tid. Dette skal give en følelse af social og personlig værdi, fordi brugerne forventes at blive mere vidende om og mere handledegytige i deres sociale omverden.

Butikken er et åbent tilbud, man melder sig til aktiviteterne fra uge til uge, hvis man er interesseret i at være med, men er i øvrigt ikke fast forpligtet til at komme. Der lægges vægt på den personlige kontakt og på kontinuiteten forstået på den måde, at brugerne kan blive ved med at komme — ofte eller sjældent — og kan blive ved med at regne med der at møde en person, de har

tillid til, og en person som har kendt dem gennem længere tid. To elementer, som al erfaring viser, er af afgørende betydning, når der skal ydes støtte til sociale behovsbørn og deres familier.

6.2.6. Tidlig forebyggelse af omsorgssvigt

Der er ikke i denne gennemgang medtaget projekter med et entydigt tertiært forebyggende sigte. I stedet er der medtaget to projekter, der ligger på grænseområdet mellem den sekundære og den tertiære forebyggelse. Det er Greve-projektet "Tidlig forebyggelse af omsorgssvigt" (Nissen, 1991) og Vang-projektet — Et skridt på vejen (Hansen, 1991). Begge projekter er målrettede til det, der ovenfor er karakteriseret som "gruppe 3" familier, dvs. familier med meget store psykosociale belastninger.

Projektet "Tidlig forebyggelse af omsorgssvigt" fandt sted i Greve Kommune i et samarbejde mellem sundhedsplejersker, en projektansat psykolog og en projektansat tale-/høre-pædagog. Projektets formål var: "Overordnet at udvikle, afprøve og beskrive en metode, som kan bidrage til at forebygge visse former for omsorgssvigt. Omsorgssvigt, som har sin rod i social arv hos familier, som er socialt, uddannelsesmæssigt, økonomisk og følelsesmæssigt underprivilegerede". Projektets målgruppe var: "Unge familier/mødre, der venter barn, og som befinder sig i en belastende social situation. Familier, som gennem deres egen opvækst har oplevet omsorgssvigt på forskellig vis, bl.a. følelsesmæssigt omsorgssvigt. Familier, som er bærere af en tung social arv af en sådan karakter, at man må antage, at denne kan få negativ indflydelse på det kommende barns udvikling" (Nissen, 1991, p. 2).

Når den forebyggende indsats her er karakteriseret som liggende i grænseområdet mellem sekundær og tertiær forebyggelse, skyldes det, at der ikke er tale om en generel indsats principielt rettet til alle forældre, men derimod om en specifik og intensiv indsats rettet til en på forhånd defineret målgruppe, som man ud fra almen viden og erfaring må forvente har en særlig risiko. Der

er ikke tale om, at man venter til tingene er kørt skævt og så sætter en intensiv hjælp i gang. Man har som udgangspunkt en forventning om, at der er tale om familier med en særlig risiko og iværksætter derfor et hjælpetilbud allerede, inden barnet er født.

Det afgørende, når man skal lave en sådan indsats, er selvfølgelig, at de kriterier, man anvender til at afgøre om en familie har en stærkt forøget risiko, er relevante. I projektet tog man udgangspunkt dels i en række sociale belastningskriterier, dels i en viden om, at de mødre, der indgik i projektet, som hovedregel selv som børn havde været udsat for følelsesmæssigt omsorgssvigt, samt i at de aldrig havde fået bearbejdet (eller fået kompenseret for) den skadevirkning, det kan medføre. I projektrapporten beskrives dette bl.a. ved følgende: "Såvel mødrenes tidlige socialisering som den uforudsigelighed, hele deres barndom og ungdom har været præget af, betød at vi måtte rumme store mængder af sorg, vrede, skuffelse, tristhed, tomhed og aggressioner, som de ikke selv kunne bearbejde" (Nissen, 1991, p. 4).

Indsatsen blev påbegyndt allerede under graviditeten, hvor der via egen læge blev etableret kontakt til en gruppe stærkt belastede unge mødre. Der var tale om en intensiv indsats med psykolog, sundhedsplejerske og talepædagog med henblik på at støtte moderfunktionen så meget, at børnene ikke blev udsat for omsorgssvigt.

Projektet omfattede 6 mødre. Der var tale om en kontakt gennem et år med ugentlige støttesamtaler i kvindernes eget hjem og om gruppeaktiviteter. Man fandt ud af, at det var en støtte for disse mødre at være sammen med andre, der havde det lige så svært, som de selv havde det. Ikke af hensyn til gruppeprocessen eller af hensyn til fællesskabet som sådan, for det var (som beskrevet i Axelsen et al., 1990) svært for disse mødre at fungere sammen i en gruppe, men simpelthen fordi de, når de var sammen med hinanden, ikke følte sig så anderledes, som de ellers gjorde i forbindelse med tilbud til den vordende mor/familie. Der beskrives en konkret erfaring med deltagelse i fødselsforberedel-

se, hvor de belastede mødre droppede ud af det almindelige fødselsforberedelsestilbud, de kunne ikke holde ud at se "alle de lykkelige familier", der mindede dem om, hvor anderledes deres liv var. Mens et tilbud, der tog udgangspunkt i deres gruppe og deres normer, i langt højere grad var noget, de kunne bruge. En konklusion der peger i retning af, at integrering og ens/fælles tilbud ikke altid er det rigtige til familier, der som udgangspunkt har meget forskellige levekår og belastningsgrad. — I øvrigt en konklusion der også er en del af erfaringen fra (og baggrunden for) projekter som fx "Hva' så...".

6.2.7. Vang-projektet

Vang-projektet — Et skridt på vejen er en dagforanstaltning for kvinder, hvis børn er anbringelsestruede. Projektet minder om Greve-projektet i sit udgangspunkt og i den bærende ide. Forskellen er, at der er en bredere målgruppe mht. alder og antal børn, og at der er tale om familier, hvor man ved, at der har været problemer i forbindelse med omsorgssvigt. Projektet minder også om "Hva' så..." projektet i sin ide om kontinuitet og støtte. Forskellen er, at i "Hva' så..." kan brugerne komme, når de har lyst uden forudgående meddelelse (undtagen ved konkrete aktiviteter), hvorimod der i Vang-projektet er tale om, at man bliver visiteret til projektet via socialforvaltningen (som også betaler). Projektet kan ses som et alternativ til en "hjemme-hos'er" eller en tilsvarende foranstaltning. Projektet er normeret til 12 kvinder, og der er to faste medarbejdere ansat på fuld tid. Brugerne indgår som regel i projektet i en periode på mellem ½ og 1½ år.

Projektet ligger på grænseområdet til egentlig behandling og er derfor det af de omtalte projekter, der er nærmest ved at kunne karakteriseres som tertiær forebyggelse. Vang-projektets overordnede formål er at forebygge børns anbringelse uden for eget hjem. Det konkrete socialpædagogiske mål, der arbejdes efter i hverdagen, "er således at ændre mor-barn relationen i positiv

retning, så anbringelser uden for hjemme undgås" (Hansen, 1991, p. 15-16).

Af projektrapporten fremgår det, at man mener at kunne påvise en række generaliserbare karakteristika ved projektet, som der argumenteres for som væsentlige for at opnå det ønskede resultat med at forebygge anbringelser: der skal være tale om små projekter, om lokale projekter med faste medarbejdere, faste aktivitetstilbud og faste fremmøderammer; men der skal dog ikke generelt være tale om større krav, end at brugerne kan honorere dem. Der skal desuden være rummelighed hos medarbejderne og mulighed for individuel kontakt. Alt i alt en række karakteristika som kan genfindes hos de fleste af de omtalte projekter, i jo højere grad, jo mere psykosocialt belastede projektets brugere er.

LITTERATUR

Bertelsen, O. (1991)

Offentlig børnepasning. København: Socialforskningsinstituttet. Rapport 91:4.

Börjeson, B. (1991)

Nya teorier om barns utveckling och om barns separation från familjen. Indlæg på Nordisk Børneforsorgskongres, København, 24. - 28. juni 1991.

Christensen, E. (1980)

Første Barn. København: Dansk Psykologisk Forlag.

Christensen, E. (1990)

Børnekår. En undersøgelse af omsorgssvigt i relation til børn og unge i familier med hustrumishandling. Nordisk Psykologi. Monografi 31, 42.

Christensen, E. (1991)

Trængte familier. København: Socialforskningsinstituttet. Rapport 91:8.

Christensen, E. et al. (1985)

Børn i nød III. Et idékatalog om forebyggelse. København: Mentalhygiejnisk Forlag.

Christensen, E. & Koch-Nielsen, I. (1992)

Vold ude og hjemme. En undersøgelse af fysisk vold mod kvinder og mænd. København: Socialforskningsinstituttet. Rapport 92:4

Clark, R.E. & Clark, J. F. (1989)

The Encyclopedia of Child Abuse. New York: Facts On File.

Dalgaard, L., Melby, S. & Augustesen, L. (1983)

Børnemishandling. Årsager, symptomer og behandlingsmuligheder. København: Social- og sundhedspolitiske studier. Blå serie, 7.

Diderichsen, A. & Thyssen, S. (1991)

Omsorg og udvikling. København: Danmarks Pædagogiske Institut, 10.

Gøtzsche, V. (1984)

Som forældre vi dele. København: Gyldendal.

Gøtzsche, V., Lier, L. & Munck, H. (1979)

Graviditet, fødsel og det første leveår. København: Nordisk Ministerråd. NU B 1979:10.

Kempe, R.S. & Kempe, H.C. (1983)

Child Abuse. Suffolk: Fontana

Løkke, A. (1990)

Vildfarende børn – om forsømte og kriminelle børn mellem filantropi og stat 1880-1920. Holte: Forlaget SocPol.

Merrick, J. (1984)

Omsorgssvigt. En bog om børnemishandling. København: Hans Reitzels Forlag.

Michelsen, N. et al. (1985a)

Børn i nød I. Handling og behandling den konkrete virkelighed. København: Mentalhygiejnisk forlag.

Olsen, I. (1988)

Hvad siger juraen om incest. København: Dafolo.

Schultz Jørgensen, P., Gamst, B. og Boolsen, M. Watt (1989)

Kommunernes børnesager - en undersøgelse af forebyggelse, visitation og anbringelse i syv kommuner. København: Socialforskningsinstituttet. Rapport 89:1.

Schultz Jørgensen, P. & Nissen, M. (1990)

Det usynlige omsorgssvigt. En undersøgelse af sundhedsplejerskers opfattelse af omsorgssvigt. København: Socialforskningsinstituttet. Arbejdsnotat 1990:2.

Sloth, H. (1991)

Ingen kan trylle følelser frem. Socialpædagogen, 14.

Vesterdal, J. (1978)

Børnemishandling og vanrøgt. København: Gyldendals pædagogiske bibliotek.

SUPPLERENDE LITTERATUR

Amtsrådsforeningen (1988)

Børn og unge - om tidlig indsats, planlægning og samarbejde. København: rapport.

Andersen, B. Rold (1991)

Velfærdsstaten i Danmark og Europa. København: Fremad.

Beldring, A. (1991)

Konomet eller den sociale internering - essays om etik, moral og socialt arbejde. Hørsholm: Pædagogisk Psykologisk Forlag.

Bettelheim, B. (1988)

Freud og menneskets sjæl. København: Hans Reitzels Forlag.

Betænkning om de retlige rammer for indsatsen over for børn og unge.

Betænkning nr. 1212. 1990.

Borberg, K., Hartmann, N., Raahauge, J. (1989)

Børn har egne rettigheder. København: Dansk Lærereforening/Dansk UNICEF Komite.

Christiansen, W.F. (1968)

Børnemishandling. Et materiale fra almen praksis. Ugeskrift for Læger, vol.130, nr. 29, s. 1215-1219.

Egeland, B. & Sroufe, L.A. (1981)

Attachment and Early Maltreatment. Child Development, 52, 44-52.

Egeland, B. & Sroufe, L.A. (1981)

Developmental Sequelae of Maltreatment in Infancy. New Directions for Child Development, 11, 77-92.

Erikson, E.H. (1983)

Barnet og samfundet. København: Hans Reitzels Forlag.

Goll, O. & Harder, M. (1986)

Handling eller mishandling? Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.

Guldager, E. (1992)

Sundhedsplejen på vægten. København: Munksgaard.

Hansen, C.Y. (1990)

Uden for eget hjem. Aabenraa: Institut for grænseregionsforskning.

Heap, K.K. (1985)

Vårt forhold til omsorgssvikt og vurdering av foreldres omsorgsfunktioner, i Merrick, J. (red.): Børnemishandling i Norden. København: Hans Reitzels Forlag.

Hirdman, Y. (1990)

Att lägga livet tillrätta. – studier i svensk folkhemspolitik. Stockholm: Carlssons Bokförlag.

Juul, S. & Ertmann, B. (1991)

Gadebørn i Storkøbenhavn. København: Socialforskningsinstituttet. Rapport 91:9.

Kempe, H.C. & Helfer, R.E. (eds.) (1980)

The Battered Child. Third Edition. Chicago: The University of Chicago Press.

Madsen, M., Lindahl, A., Osler, M. & Bjerregaard, P. (1991)

Børns sundhed ved skolestart 1988/89. København: DIKE.

Merrick, J. & Michelsen, N. (1982)

Børnemishandling. Københavns kommune 1970-79. Ugeskrift for Læger; 144: 3693-5.

Michelsen, N. et al. (1985b)

Børn i nød II. Tarv, velfærd og forebyggelse - tværfaglig problematik. København: Mentalhygiejnisk forlag.

Munck, H. & Poulsen, I. (1990)

Et center for spædbørn 0-1 år og deres familier. I Schultz Jørgensen, P. & Almstrup, O.: Børn og terapi. Universitetets børnepsykologiske klinik 40 år. København: Dansk Psykologisk Forlag.

Nygaard Christoffersen, M. (1990)

Om børns levekår. København: Socialforskningsinstituttet. Arbejdsnotat 1990:4.

Plovsing, J. (1990)

Socialpolitik i velfærdsstaten. København: Handelshøjskolens Forlag.

Rygård, N.P. (1991)

Tidligt frustrerede børn. Psykologisk Set, 2.

Sundhedsstyrelsen (1991)

Danskernes brug af rusmidler. København: Sundhedsstyrelsen. Forebyggelse og hygiejne 1991: 15.

RAPPORTER FRA FOREBYGGELSESPROJEKTER

Oversigt over projektrapporter der er brugt i kapitel 6

Axelsen, I., Moe, S. & Wung-Sung, M. (1990)

Åbent-Hus. Udviklingsarbejde i Hvidovre kommune for børnefamilier og sundhedsplejersker. København: Dansk Sygeplejeråd.

Bakke, L., Astrup, J., Quvang, C. & Dibbern, W. (1990)

Forældreaftener for førstegangsførelse. Beskrivelse og evaluering af et forsøg i perioden 1986 – 1989 i Ribe Amt. Ribe: Ribe Amtsråd. Rapport.

Hansen, H. (1991)

Vang-projektet – Et skridt på vejen. Evaluering af en dagforanstaltning for kvinder, hvis børn er anbringelsestruede. Holbæk: Holbæk kommune, rapport.

Holst, K. & Brudager, P. (1990)

Små børn i Ry kommune. Status og tendenser april 1990. Ry: Sundhedsrådet, rapport.

Ifversen, I. & Kofod, D. (1991)

Åbent Hus. København: Socialcentret Strand.

Madsen, U. (1990)

Ned ad Istedgade – ind ad sidegaden og "HVA' SÅ...". Summa Summarum, 1, 1.

Nielsen, L., Henriksen, E. & Holm-Andersen, M. (1988)

Det skal være godt at være barn! 1. Ulfborg-Vemb: Ulfborg-Vemb kommune, rapport.

Nielsen, L., Henriksen, E. & Holm-Andersen, M. (1989a)

Det skal være godt at være barn! 2. Ulfborg-Vemb: Ulfborg-Vemb kommune, rapport.

Nielsen, L., Henriksen, E. & Holm-Andersen, M. (1989b)

Det skal være godt at være barn! 3. Ulfborg-Vemb: Ulfborg-Vemb kommune, rapport.

Nissen, E. (1991)

Tidlig forebyggelse af omsorgssvigt. Greve: Greve kommune, rapport.

Rapport fra arbejdsgruppen vedrørende børn og unge (1990)

Ulfborg-Vemb kommune. Kultur- og socialforvaltningen, rapport.

Rasmussen, J. (1991)

Åbent-hus i sundhedsplejen. – et tilbud til småbørnsfamilier. København: Danmarks Sygeplejerskehøjskole.

Wung-Sung, M. & Stampe, M. (1991)

Gruppe for unge gravide. Gladsaxe: Gladsaxe Kommune.

Østergaard, H. (1990)

Resume over aktiviteter, udvikling og resultater i 1990 for projekt "opsøgende forebyggelse med henblik på sundhedsfremmende aktiviteter i samarbejde med småbørns familier i en landkommune". Ry: Stencil.

Bilag

Spørgeskema

**Forekomst af omsorgssvigt
blandt 0-3-årige småbørn
baseret på sundhedsplejerskers
viden og overblik**

Us.nr. 1026

Maj 1991

Sådan udfyldes skemaet!

Læs hver enkelt spørgsmål omhyggeligt igennem. Marker det rigtige svar med en ring om tallet, fx ①. Bemærk, at der i nogle spørgsmål kun må afgives ét svar. I andre spørgsmål **skal** der afgives flere svar.

Læg også mærke til, at der i nogle spørgsmål spørges om **antal familier**, mens der i andre spørgsmål spørges om **antal børn** i alderen 0-3 år. Når der spørges efter antal børn, skal samtlige børn tælles med, uanset om de kommer fra samme eller fra forskellige familier.

I besvarelsen vil vi bede dig om udelukkende at tage udgangspunkt i de familier, du har kontakt med nu. Du skal således ikke svare på spørgsmålene ud fra en betragtning om, hvorvidt du nogensinde har mødt det, der bliver spurgt om, men udelukkende tage stilling til, om du har mødt det, der spørges om, hos de familier, du kommer hos nu. Det vil lette udfyldelsen af skemaet, hvis du har dine journalkort hos dig.

Ud over de enkelte spørgsmål indeholder spørgeskemaet en række mellemtekster. Det er vigtigt, at du læser disse mellemtekster omhyggeligt. Der er to former for mellemtekster:

Tekster, der er skrevet med denne skrifttype, giver en uddybende forklaring på, hvad spørgsmålene handler om.

Tekster, der er skrevet med denne skrifttype, benævnes "filtre" og angiver, om besvarelsen skal fortsætte.

Skemaets sidste side kan bruges til uddybende kommentarer, oplysninger, tanker og kritik.

Har du yderligere spørgsmål til undersøgelsen eller besvarelsen, bedes du ringe til Else Christensen på telefon 33 13 98 11 kl. 12.45-14.00.

1. Hvor mange år har du arbejdet som sundhedsplejerske?*(Kun én ring)*

Mindre end 1 år	1
1-2 år	2
3-5 år	3
6-8 år	4
9-11 år	5
Mere end 12 år	6

2. Hvor mange år har du arbejdet i dit nuværende distrikt?*(Kun én ring)*

Mindre end 1 år	1
1-2 år	2
3-5 år	3
6-8 år	4
9-11 år	5
Mere end 12 år	6

3. Hvilken type kommune arbejder du i?*(Kun én ring)*

København eller Frederiksberg kommune ..	1
Forstadskommuner til København	2
Aalborg, Odense, Århus kommune	3
Andre bykommuner	4
Landkommune	5

-
4. Hvilke af følgende ordninger findes der i din kommune, som du kan trække på i arbejdet med belastede familier?

(En ring i hver linje)

Ja Nej

a. Kollegiale møder	1	2
b. Systematiseret procedure for kontakt med socialforvaltningen	1	2
c. Supervisionsordning	1	2
d. Mulighed for deltagelse i kurser	1	2

5. Hvilket arbejdsområde har du?

(Kun én ring)

Udelukkende småbørnsfamilier, 0-6 år	1	gå til spm. 6
Kombineret stilling	2	gå til spm. 6
Udelukkende skolesundhedspleje	3	gå til mellemtekst 1
Anden beskæftigelse	4	gå til mellemtekst 1

Mellemttekst 1:

Har du besvaret spørgsmål 5 med svaralternativ 3 eller 4, så slut her og returner venligst skemaet i den vedlagte kuvert. Vi siger tak for hjælpen.

6. Hvor mange familier med børn i alderen 0-3 år kommer du hos?

(I dette og i de følgende spørgsmål spørges der om børn i alderen 0-3 år. Børn på 3 år og 11 mdr. tælles med som 3-årige)

Angiv antal familier ____

7. Hvor mange børn i alderen 0-3 år kommer du hos?

Antal børn:

0-årige _____

1-årige _____

2-årige _____

3-årige _____

0-3-årige i alt _____

De næste spørgsmål omhandler børn, hvor du har ønsket at aflægge eller har aflagt besøg af sociale grunde.

Ved "sociale grunde" forstås i denne sammenhæng fx boligforhold, trivselsproblemer, familieproblemer, økonomiske problemer, misbrugsproblemer eller andre forhold, som kan påvirke barnets tarv og velfærd.

8. Er der børn, som nu er 0-3 år gamle, hvor du har ønsket at aflægge besøg af sociale grunde, hvor forældrene har afvist at modtage besøg?

Angiv antal børn, hvor besøg er blevet afvist: _____
 (hvis du ikke er blevet afvist, skrives 0)

9. Er der børn, som nu er 0-3 år gamle, hvor du har aflagt besøg af sociale grunde?

(Kun én ring)

Ja 1 gå til spm. 10
 Nej 2 gå til mellemtekst 2

Mellemtekst 2:

Har du besvaret spørgsmål 9 med et "nej", så slut her og returner venligst skemaet i den vedlagte kuvert. Vi siger tak for hjælpen.

-
10. Hos hvor mange af de børn, der nu er 0-3 år gamle, har du aflagt besøg af sociale grunde?

Antal børn:
(skriv 0 hvis ingen børn)

0-årige ____
1-årige ____
2-årige ____
3-årige ____
0-3-årige i alt ____

De børn, du har tænkt på, da du besvarede spørgsmål 10, er de børn, resten af skemaet handler om. De vil i det følgende blive kaldt "behovs-børn". Udfyld resten af spørgeskemaet med tanke på "behovs-børnene".

-
11. Hvor mange af "behovs-børnene" er børn af en ikke-dansk mor?

(Kun én ring)

Ingen 1
0-10 pct. 2
11-25 pct. 3
26-50 pct. 4
51-75 pct. 5
76-99 pct. 6
100 pct. 7

-
12. Hvor mange af "behovs-børnene" lever i eneforsørgerfamilier med en enlig mor?

Ingen 1
0-10 pct. 2
11-25 pct. 3
26-50 pct. 4
51-75 pct. 5
76-99 pct. 6
100 pct. 7

De næste spørgsmål drejer sig om at få en afklaring af, om du har observeret tegn/symptomer hos barnet, der vil kunne tolkes som udtryk for forekomst af omsorgssvigt.

I spørgsmålene er omsorgssvigt inddelt i fire kategorier: aktiv fysisk omsorgssvigt, passiv fysisk omsorgssvigt, aktiv følelsesmæssig omsorgssvigt og passiv følelsesmæssig omsorgssvigt. De fire kategorier af omsorgssvigt vil blive behandlet i hver deres spørgsmål.

BEMÆRK: spørgsmålene drejer sig om det samlede antal børn blandt "behovsbørnene", som har hvert af de nedenfor nævnte tegn eller symptomer. Hvis en familie har flere børn i alderen 0-3 år, og flere eller alle børn har det pågældende tegn eller symptom, skal alle børnene tælles med.

Først et spørgsmål der handler om omfanget af aktiv fysisk omsorgssvigt.

Ved aktiv fysisk omsorgssvigt forstås handlinger fra forælderen, som ikke er hændelige uheld, og hvor barnet aktivt påføres skade. Det er ofte skader, der medfører mærker eller andre tegn, som fx knoglebrud, bløddelslæsioner, brandsår, blå mærker eller blødning under den hårde hjernehinde.

13. Hos hvor mange af "behovs-børnene" har du observeret følgende tegn eller symptomer?

(Kun én ring i hver linje)

Observerede tegn/symptomer	Antal børn										
	0	1	2	3	4	5	6-8	9-11	12-15	16 el. flere	
a. Brud på arme/ben, ribben el. andet . . .	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
b. Blå mærker på krop/lemmer/ansigt	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
c. Brændmærker (varmekilder, cigaretter, skoldning) . . .	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
d. Mærker efter fysisk afstraffelse (sæde/kinder/lemmer) . . .	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
e. Mærker efter menneskebid	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
f. Rifter eller hudafskrabninger ved mund, læber, gummer, øjne	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
g. Rifter eller hudafskrabninger på ydre genitalia	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
h. Kraftig rødmen og irritation omkring mund eller ydre genitalia	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	

14. Hos hvor mange børn i alt har du observeret mindst ét af de tegn/symptomer, der er beskrevet i spm. 13?

Antal børn:

(skriv 0 hvis ingen børn)

0-årige _____

1-årige _____

2-årige _____

3-årige _____

0-3-årige i alt _____

Det næste spørgsmål vedrører omfanget af passiv fysisk omsorgssvigt.

Passiv fysisk omsorgssvigt foreligger, når børn udsættes for alvorlige forsømmelser fra den voksnes side, hvor der er tale om manglende tilfredsstillelse af fysiske behov, så barnets sundhedstilstand er i fare.

Det, der skal opgøres, er en række symptomer eller tegn, der sædvanligvis vil kunne tolkes som udtryk for forekomst af passiv fysisk omsorgssvigt. – Der er tale om symptomer og tegn, som er umiddelbart iagttagelige.

15. Hos hvor mange af "behovs-børnene" har du observeret følgende tegn eller symptomer?

(Kun én ring i hver linje)

Observerede tegn/symptomer	Antal børn									
	0	1	2	3	4	5	6-8	9-11	12-15	16 el. flere
a. Bliver i perioder (1-2 timer eller mere) overladt til sig selv uden voksent opsyn	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09
b. Er gentagne gange ikke blevet afhentet fra daginstitution el. dagpleje	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09
c. Har været forladt af forældre i periode på flere dage	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09
d. Er forkert ernæret i form af underernæring, for lidt eller for uregelmæssig mad	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09
e. Er forkert ernæret i form af for meget mad	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09
f. Bliver forsømt mht. nødvendige lægesøg ved sygdom el. forebyggende undersøgelser	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09
g. Barnet er usædvanligt slapt eller træt	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09
h. Barnet virker upas- set, usøigneret, u- plejet el. snavset	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09
i. Barnet er ikke klædt på passende til årstid og vejrlig	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09

16. Hos hvor mange børn i alt har du observeret mindst ét af de tegn/symptomer, der er beskrevet i spørgsmål 15?

Antal børn:
(skriv 0 hvis ingen børn)

0-årige ____
1-årige ____
2-årige ____
3-årige ____
0-3-årige i alt ____

Det næste spørgsmål handler om omfanget af aktiv psykisk eller aktiv følelsesmæssig omsorgssvigt.

Ved aktiv følelsesmæssig omsorgssvigt forstås, at barnet fra forælderen udsættes for en skadende handling af ikke-fysisk karakter.

Det, der skal opgøres, er dit kendskab til en række forhold i forældrenes opdragelse af deres barn, der sædvanligvis vil kunne tolkes som udtryk for forekomst af aktiv følelsesmæssig omsorgssvigt.

17. Hos hvor mange af "behovs-børnene" har du kendskab til, at følgende ting forekommer?

(Kun én ring i hver linje)

Forhold i barnets liv	Antal børn										
	0	1	2	3	4	5	6-8	9-11	12-15	16 el. flere	
a. Barnet bliver i perioder holdt indespærret	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
b. Barnet bliver truet med vold/tæv	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
c. Barnet bliver truet med tab af kærlighed el. af vigtige relationer	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
d. Barnet bliver tiltalt el. omtalt på en krænkende måde (ond/dum/grim/umulig/et barn ingen kan lide	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
e. Forældre forholder sig i perioder direkte fjendtligt til barnets behov	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
f. Barnet bliver i perioder aktivt ignoreret af forældrene. Vil ikke høre barnet/ikke tale til det	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
g. Barnet bliver aktivt forhindret i samvær med andre børn og/eller voksne	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
h. Barnet bliver passet af et stort antal skiftende eller tilfældige voksne	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
i. Barnet bliver mest passet af ikke-voksne større søskende	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	

18. Hos hvor mange børn i alt har du observeret mindst ét af de forhold, der er beskrevet i spørgsmål 17?

Antal børn:
(skriv 0 hvis ingen børn)

0-årige ____
1-årige ____
2-årige ____
3-årige ____
0-3-årige i alt ____

Det næste spørgsmål handler om omfanget af passiv psykisk eller passiv følelsesmæssig omsorgssvigt.

Ved passiv følelsesmæssig omsorgssvigt forstås, at barnet udsættes for alvorlige forsømmelser af psykisk karakter på grund af forældrenes manglende evne til at give trykthed, omsorg, kærlighed. Mangler som medfører risiko for udviklingsmæssige skader.

19. Hos hvor mange af "behovs-børnene" har du kendskab til følgende forhold i barnets liv?

(Kun én ring i hver linje)

Forhold i barnets liv	Antal børn										
	0	1	2	3	4	5	6-8	9-11	12-15	16 el. flere	
a. Barnet har overværet fysisk mishandling af mor eller anden vold i hjemmet	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
b. Barnet har ofte været passet af voksne, der har været påvirkede af alkohol/narko/piller	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
c. Barnets dagligdag i hjemmet er præget af uforudsigelighed	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
d. Barnets forældre er kun i begrænset omfang i stand til at reagere på barnets følelser/reagerer primært på, hvordan de selv har det	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
e. Barnets forældre er kun i begrænset omfang i stand til at aflæse barnets kropslige signaler om lyst/ulyst og grænser	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
f. Barnet bliver hyppigt afvist følelsesmæssigt af forældrene	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	

20. Hos hvor mange børn i alt har du observeret mindst ét af de forhold, der er beskrevet i spørgsmål 19?

Antal børn:

(skriv 0 hvis ingen børn)

0-årige ____
1-årige ____
2-årige ____
3-årige ____
0-3-årige i alt ____

De næste spørgsmål handler om, hvilken kontakt "behovs-børnene" og deres familier har med samfundets institutioner. Dels i form af dagpasningsforanstaltninger, dels i form af særlige hjælpeforanstaltninger.

21. Hvordan bliver de "behovs-børn", der er mere end 6 mdr. gamle, normalt passet på hverdage?

Pasningsform	Angiv antal
a. Hjemme af mor/forældre	____
b. Af familie/naboer/privat dagpleje ..	____
c. Kommunal dagpleje	____
d. Vuggestue/børnehave	____
e. Anden pasning	____

22. Hvor mange af "behovs-børnene" lever i familier, hvor en eller flere af følgende hjælpeforanstaltninger er sat i værk?

(Kun én ring i hver linje)

Hjælpeforanstaltninger	Antal børn									
	0	1	2	3	4	5	6-8	9-11	12-15	16 el. flere
a. Pålæg/henstilling om daginstitution . .	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09
b. Personlig rådgiver . .	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09
c. Aflastningsfamilie . .	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09
d. Rådgivning eller terapi (psykolog/psykiater/familierådgivning	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09
e. Familieinstitution . .	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09
f. Barn uden for eget hjem med samtykke	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09
g. Barn uden for eget hjem uden samtykke	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09

23. Er der nogen af "behovs-børnene", hvor du har kendskab til, at forældrene har afslået en tilbudt hjælpeforanstaltning?

Angiv antal børn ____ (skriv 0 hvis ingen børn)

24. Er der nogen af "behovs-børnene", hvor situationen i familien har udviklet sig på en sådan måde, at du har foretaget en skriftlig indberetning til socialforvaltningen/det sociale udvalg?

Angiv antal børn ____ (skriv 0 hvis ingen børn)

Det sidste spørgsmål drejer sig om baggrundsfaktorer og belastninger hos forælderen/forældrene.

25. Hvor mange af "behovs-børnene" lever i familier, der har følgende belastninger?

(Kun én ring i hver linje)

Belastninger	Antal børn										
	0	1	2	3	4	5	6-8	9-11	12-15	16 el. flere	
a. Moderen forsørges via overførselsindkomster (dagpenge, pension, bistandshjælp)	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
b. Faderen forsørges via overførselsindkomster	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
c. Begge forældre forsørges via overførselsindkomster	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
d. En eller begge forældre under 20 år	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
e. Alkoholmisbrug kun hos moderen	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
f. Alkoholmisbrug kun hos faderen	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
g. Alkoholmisbrug hos begge forældre	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
h. Stofmisbrug kun hos moderen	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
i. Stofmisbrug kun hos faderen	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
j. Stofmisbrug hos begge forældre	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
k. Moderen udsat for fysisk mishandling fra tidlige el. nuværende samlever	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
l. Psykisk sygdom kun hos moderen	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
m. Psykisk sygdom kun hos faderen	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
n. Psykisk sygdom hos begge forældre	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	

fortsættes

(Kun én ring i hver linje)

Belastninger	Antal børn										
	0	1	2	3	4	5	6-8	9-11	12-15	16 el. flere	
o. Fysisk sygdom kun hos moderen	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
p. Fysisk sygdom kun hos faderen	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
q. Fysisk sygdom hos begge forældre . . .	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
r. Svag begavelse kun hos moderen	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
s. Svag begavelse kun hos faderen	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
t. Svag begavelse hos begge forældre . . .	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	

26. Hvor mange af "behovs-børnene" lever i familier, hvor der ikke findes nogen af de belastninger, der er nævnt i spørgsmål 25?

Angiv antal børn ____ (skriv 0 hvis ingen børn)

TAK FOR HJÆLPEN!

(Eventuelle kommentarer kan skrives på næste side)

SOCIALFORSKNINGSINSTITUTTETS UDGIVELSER OM BØRN OG UNGE

1991: Juul, S. & Ertmann, B.: Gadebørn i Storkøbenhavn. 1991. 229 s. ISBN 87-7487-407-1. Kr. 95,00.
Rapport 91:9.

Bertelsen, O.: Offentlig børnepasning. 1991. 92 s. ISBN 87-7487-400-4. Kr. 55,00.
Rapport 91:4.

1990: Nygaard Christoffersen, M.: Om børns levekår - sociale indikatorer på børns levekår belyst ved tidligere forskning og tilgængelig statistik. 1990. 112 s.
Arbejdsnotat 1990:4

Zeuner, L.: Normer i skred. Ungdomskriminalitetens sociale og kulturelle aspekter. 1990. 189 s. ISBN 87-7487-390-3. Kr. 80,00.
Rapport 90:12.

Bertelsen, O.: Børns dagpasning. Efterspørgsel og forældreønsker. 54 s.
Arbejdsnotat 1990:3.

Schultz Jørgensen, P. & Nissen, M.: Det usynlige omsorgssvigt. En undersøgelse af sundhedsplejerskers opfattelse af omsorgssvigt. 34 s. Udgået.
Arbejdsnotat 1990:2.

Rørbech, M.: Denmark - my Country. The conditions of 18-25-year old foreign-born adoptees in Denmark. (Booklet No 30). 1990. 24 s. Ikke i handel.
Pjece 30 (engelsk).

Rørbech, M.: Dinamarca - mi País. Un estudio de las condiciones en Dinamarca de los niños adoptivos extranjeros que ahora tienen entre 18 y 25 años. (Folleto 30). 1990. 24 s. Ikke i handel.

Pjece 30 (spansk).

1989: Rørbech, M.: Mit land er Danmark. En undersøgelse af unge adopterede fra Asien, Afrika og Latinamerika. 141 s. ISBN 87-7487-369-5. Kr. 60,00.

Rapport 89:14.

Andersen, D.: Skolebørns dagligdag. De 7-15-åriges levekår og fritidsanvendelse i 1987. 1989. 206 s. ISBN 87-7487-356-3. Kr. 80,00.

Rapport 89:7.

Juul, S.: Ungbos klientarbejde. 1989. 204 s. ISBN 87-7487-351-2. Kr. 80,00.

Rapport 89:3.

Hjorth Andersen, B.: Anbringelsesforløb - en registerundersøgelse af børn og unge anbragt uden for hjemmet. 1989. 179 s. ISBN 87-7487-350-4. Kr. 65,00.

Rapport 89:2.

Schultz Jørgensen, P., Gamst, B. & Watt Boolsen, M.: Kommunernes børnesager - en undersøgelse af forebyggelse, visitation og anbringelse i syv kommuner. 1989. 200 s. ISBN 87-7487-349-0. Udsolgt.

Rapport 89:1.

1988: Nygaard Christoffersen, M.: Familieplejen - en undersøgelse af danske plejefamilier med 0-17-årige plejebørn. 1988. 160 s. Udsolgt.

Rapport 88:11.

1987: Nygaard Christoffersen, M., Bertelsen, O. & Vestergaard, P.: Hvem passer vore børn? Dagpasning for 0-6-årige. 1987. 168 s. ISBN 87-7487-325-3. Kr. 55,00.

Publikation 174.

- Hjorth Andersen, B. & Schultz Jørgensen, P.: Dagpasning for de 6-10-årige. 1987. 105 s. ISBN 87-7487-301-6. Kr. 48,00.
Publikation 159.
- 1986: Schultz Jørgensen, P., Gamst, B. & Hjorth Andersen, B.: Efter skoletid. En undersøgelse af de store skolebørns fritid. 1986. 220 s. ISBN 87-7487-296-6. Kr. 68,00.
Publikation 154.
- 1985: Bertelsen, O. & Linde, P.: Efterspørgsel efter offentlig dagpasning. 1985. 113 s. ISBN 87-7487-270-2. Kr. 35,00.
Publikation 141.
- 1984: Grønhøj, B. & Schultz Jørgensen, P.: Den familieorienterede daginstitution. 1984. 168 s. ISBN 87-7487-253-2. Kr. 60,00.
Publikation 132.
- 1982: Transgaard, H.: Nye holdninger til børnepasning. Holdningsændringer blandt småbørnsmødre 1975-1979. 1982. 74 s. ISBN 87-7487-214-1. Kr. 25,00.
Studie 43.
- 1981: Grønhøj, B.: Småbørns dagpasning. Et problem for forældre og kommuner. 1981. 435 s. ISBN 87-7487-190-0. Kr. 122,00. Engelsk summary. (Daycare of pre-school children. A problem to parents and local authorities).
Publikation 103.
- 1979: Kjær Jensen, M.: Børn og døgninstitutioner. En undersøgelse af opvækstmiljøet på døgninstitutioner. 1979. 304 s. ISBN 87-7487-164-1. Kr. 50,75. Engelsk summary. (Children and residential institutions. A survey of the environment of upbringing in residential institutions).
Publikation 93.
- 1977: Lihme, B. & Palsvig, K.: Effekten af behandling på børne- og ungdomshjem. En analyse af foreliggende undersøgelser. 1977. 392 s. Kr. 49,65. Engelsk abstract. (The effect of treatment in homes for children and young people. An analysis of surveys available).
Publikation 78.

- Pruzan, V.: Født i udlandet - adopteret i Danmark. 1977. 225 s. Udsolgt. Engelsk summary. (Born in a foreign country - adopted in Denmark). Out of print. Publikation 77.
- 1976: Pruzan, V. & Vedel-Petersen, J.: Undersøgelse vedrørende udenlandske adoptivbørn. Særtryk fra Socialt Tidsskrift, 52. årgang, nr. 1. 1976. Ikke i handel. Småtryk 8.
- 1974: Grønhøj, B. & Pruzan, V.: Idealer og praksis. Om anbringelse af børn i familiepleje. 1974. 248 s. Kr. 40,35. Engelsk summary. (Ideals and practice. Child placements in foster-homes). Publikation 63.
- 1973: Ørum, B.: Unge i dag - Diskussionsoplæg. Indlæg til Symposiet vedrørende forskning i relation til ungdomsalderens problematik på Rungstedgård 11-12. september 1973. Kr. 5,35. Småtryk 3.
- 1972: Koch-Nielsen, I. & Nord-Larsen, M.: Splittede familier. Familiebaggrunden for 96 børneværnsanbragte børn. 1972. 228 s. Kr. 24,40. Engelsk abstract. (Family background for children removed by the child welfare committee). Studie 24.
- 1970: Pruzan, V. & Vedel-Petersen, J.: Forældremyndighed og børneforsorg. Problemer vedrørende ansvarsfordelingen for børn under forsorg. 1970. 64 s. Kr. 6,75. Engelsk summary. (Parental custody and child welfare). Publikation 41.
- 1969: Sjølund, A.: Børnehavens og vuggestuens betydning for barnets udvikling. En analyse af foreliggende undersøgelser. 1969. 410 s. Udsolgt. Duplikeret engelsk summary. (The effect of daycare institutions on children's development. An analysis of present research reports). Out of print. Publikation 38.
- 1968: Vedel-Petersen, J., From, A., Løve, T. & Mørk Pedersen, J.: Børns opvækstvilkår. En undersøgelse af de 9-12 åriges proble-

mer og hjemmemiljø. 1968. 391 s. Kr. 32,25. Engelsk summary. (Children's development and background conditions. A Survey of adjustment problems and home milieu of 9-12 year old children).

Publikation 34.

Bentsen, P.V.: Pasning af gifte kvinders småbørn. Anvendelse og efterspørgsel af forskellige pasningsformer. 1968. 58 s. Kr. 10,95. Duplikeret engelsk summary. (Care of married women's young children).

Studie 10.

- 1963: Jordahn, B., Rasmussen, K., Skyum-Nielsen, S. & Vedel-Petersen, J.: Børneværnenes tilsynspraksis. En undersøgelse af 45 kommuners administrering af det almindelige børnetilsyn og tilsynsværgeordningerne. 1963. 128 s. Udsolgt. (Home supervision by the child welfare committees). Out of print.

Publikation 10.

SOCIALFORSKNINGSINSTITUTTETS UDGIVELSER SIDEN 1.1. 1991*

Rapport

- 91:1 Kjær Jensen, M.: Kvalitative metoder i anvendt samfundsforskning. 1991. 170 s. ISBN 87-7487-398-9. Kr. 75,00.
- 91:2 Gregersen, O.: Flekstud. For hvem? Til hvad? 1991. 68 s. ISBN 87-7487-399-7. Kr. 45,00.
- 91:3 Pedersen, L. & Ploug, N.: Løntilskudsordninger - nogle danske og udenlandske erfaringer. 1991. 84 s. ISBN 87-7487-402-0. Kr. 50,00.
- 91:4 Bertelsen, O.: Offentlig børnepasning. 1991. 92 s. ISBN 87-7487-400-4. Kr. 55,00.
- 91:5 Nord-Larsen, M.: Langvarig sygdom - problemer og konsekvenser. 1991. 129 s. ISBN 87-7487-401-2. Kr. 60,00.
- 91:6 Hjorth Andersen, B.: Børnefamiliernes dagligdag. 1991. 158 s. ISBN 87-7487-405-5. Kr. 70,00.
- 91:7 Sørensen, A.: Arbejdsbelastninger blandt offentligt ansatte kvinder. 1991. 150 s. ISBN 87-7487-403-9. Kr. 70,00.
- 91:8 Christensen, E.: Trængte familier. 1991. 129 s. ISBN 87-7487-406-3. Kr. 65,00.
- 91:9 Juul, S. & Ertmann, B.: Gadebørn i Storkøbenhavn. 1991. 229 s. ISBN 87-7487-407-1. Kr. 95,00.

* En fuldstændig liste over instituttets udgivelser kan fås ved henvendelse til instituttet (se adressen side 4).

- 91:10 Zeuner, L. & Nørregaard, C.: Fortjent otium. En sociologisk belysning af ældres arbejdsophør. 1991. 167 s. ISBN 87-7487-410-1. Kr. 75,00.
- 91:11 Bengtsson, S.: Før tidspension til unge - i socialpolitisk belysning. 1991. 144 s. ISBN 87-7487-412-8. Kr. 70,00.
- 91:12 Olsen, H., Hjorth Andersen, B. & Freiberg Petersen, N.: Efter arbejds-skaden. 1991. 217 s. ISBN 87-7487-413-6. Kr. 90,00.
- 91:13 Anker, N. & Andersen, D.: Efteruddannelse. 1991. 318 s. ISBN 87-7487-ISBN 87-7487-414-4. Kr. 125,00.
- 91:14 Smidth-Fibiger, E.: Kvindelige alkoholmisbrugere og behandlingstilbudene. 1991. 174 s. ISBN 87-7487-415-2. Kr. 75,00.
- 92:1 Thaulow, I. & Anker, N.: Hvordan virker indsatsen for de ledige? En analyse af arbejdstilbud, selvvalgt uddannelse og uddannelsestilbud for ledige. 1992. 243 s. ISBN 87-7487-417-9. Kr. 95,00.
- 92:2 Platz, M.: Kommunernes ældrepolitik: Fra plejehjem til egne hjem. 1992. 198 s. ISBN 87-7487-418-7. Kr. 90,00.
- 92:3 Høgelund, J., Langager, K., Jakobsen, L. & Jagd, L.: Iværksættelse. 1992. 299 s. ISBN 87-7487-419-5. Kr. 125,00.
- 92:4 Christensen, E. & Koch-Nielsen, I.: Vold ude og hjemme. En undersøgelse af fysisk vold mod kvinder og mænd. 58 s. ISBN 87-7487-420-9. Kr. 60,00.

Pjece

- 33 Det Nordiske BRYT-projekt: Den kønsopdelte arbejdsplads. 1991. 51 s. ISBN 87-7487-409-8. Kr. 30,00.
- 34 Heide Ottosen, M.: Kan de få arbejde? De fremmede i Danmark 1. 1992. 80 s. ISBN 87-7487-416-0. Kr. 60,00.

SOCIALFORSKNINGSINSTITUTTETS BØGER
KAN KØBES HOS BOGHANDLEREN.

Alle priser er inkl. 25 pct. moms.

Følgende arbejdsnotater kan rekvireres (begrænset oplag) ved henvendelse til Institutet (adressen er anført på side 4).

Arbejdsnotat

- 1991:1 Anker, N.: Lønmodtagernes deltagelse i efteruddannelse. Delresultater. 1991. 83 s.
- 1991:2 Ploug, N.: Population Migration in the Nordic and EC-area - a statistical analysis of the number of foreign citizens in - and migration between - the Nordic and EC-area. 1991. 42 s.
- 1991:3 Thaulow, I.: Evaluering af ATB-lovrevisionen. Delresultater. 1991. 51 s.
- 1991:4 Melchior, M.: Flygtninge i arbejde. Erfaringer fra Holland og England. 1991. 64 s.
- 1991:5 Ploug, N.: Amterne, kommunerne og den sociale opgavefordeling. 1991. 38 s.
- 1991:6 Platz, M.: Egne hjem - plejehjem. 1991. 53 s.
- 1991:7 Zeuner, L.: Centralisering eller suverænitet. Et essay over det sociale Europa. 1991. 44 s.
- 1991:8 Gregersen, O.: Amterne, kommunerne og den sociale opgavefordeling II. 1991. 104 s.
- 1992:1 Gregersen, O.: Kommunal kompetence i førtidspensionssager - Ballerupforsøget efter 2½ år. 1992. 29 s.
- 1992:2 Gregersen, O.: Offentlige myndigheder, private organisationer og brugerindflydelse. 1992. 62 s.

Social Forskning er instituttets nyhedsblad. Det orienterer i en lettilgængelig form om resultaterne af instituttets arbejde. **Social Forskning** bringer aktuelle artikler om de netop udkomne publikationer og resultater fra igangværende undersøgelser.

Social Forskning udkommer fire gange om året. Abonnementet er gratis og kan tegnes ved henvendelse til instituttet.

