



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Sjuksköterskans erfarenhet av att möta utlandsfödda föräldrar inom barnhälsovården

Kvalitativ intervjustudie

Författare: Sanne Andersson och Nellie Johnsson

Handledare: Lina Behm

Magisteruppsats

Våren/Hösten 2018

Sjuksköterskans erfarenhet av att möta utlandsfödda föräldrar inom barnhälsovården

Kvalitativ intervjustudie

Författare: Sanne Andersson och Nellie Johnsson

Handledare: Lina Behm

Magisteruppsats

Våren/Hösten 2018

Abstrakt

Av Sveriges befolkning är ca 1,7 miljoner utlandsfödda. Det medför att inom barnhälsovården möter sjuksköterskan utlandsfödda föräldrar och kunskap om transkulturell omvårdnad är betydelsefullt för att kunna möta familjen och ge en god omvårdnad. Syftet var att beskriva BHV-sjuksköterskans erfarenheter av att möta utlandsfödda föräldrar inom barnhälsovården. Metoden är en kvalitativ intervjustudie med 10 sjuksköterskor i barnhälsovården. Resultatet analyserades med innehållsanalys. Det ansågs vara viktigt att skapa sig en bild av familjen och ha ett öppet förhållningssätt, då föräldrarna inte hade samma synsätt, erfarenheter och kunskap kring barnhälsovård. Tolk behövdes för att kunna kommunicera och både positiva och negativa erfarenheter framkom. Studiens slutsats belyser vikten av att möta föräldrarna med ett öppet förhållningssätt samt vara villig att ta del av föräldrarnas kultur för att ge hela familjen en god omvårdnad som står i samspel med deras ursprung och kultur.

Nyckelord

(Barnhälsovård, Barnsjuksköterska, BHV-sjuksköterska, Distriktssköterska, Erfarenheter, Utlandsfödda föräldrar, Transkulturell omvårdnad)

Innehållsförteckning

Introduktion	4
Problemområde	4
Bakgrund	4
Perspektiv och utgångspunkter	5
Transkulturell omvårdnad	6
Definitionen av att vara utlandsfödd	6
Barnhälsovårdens uppdrag i Sverige	6
Sjuksköterska inom barnhälsovården	7
Sjuksköterskans möte med utlandsfödda föräldrar	7
Föräldrars perspektiv	8
Syfte	9
Metod	9
Urval	9
Instrument	10
Datainsamling	10
Analys av data	11
Forskningsetiska avvägningar	12
Resultat	13
Första mötet grundläggande för vidare kontakt	13
Att få en bakgrundsbild av familjen	13
Att ge information om BHV-verksamhet	14
Tolk kan både hjälpa och stjälpa	15
Tolken underlättar mötet	15
När tolken utgör ett hinder	16
Delade meningar om tolk behövs	17
Svårigheter att ge hälsoinformation	17
Olika syn på vad som är hälsosamt	18
Att möta andra vanor	19
Svårigheter att ge hälsoinformation i föräldragrupp	19
Erfarenheten av kulturella seder och traditioner	20
Samtala kring kulturella seder och traditioner	20
Inte döma föräldrarna	21
Ta lärdom av att möta kulturella seder och traditioner	21
Familjen som möjlighet och hinder	22
Erfarenheten av stöd inom familjen	22
När familjen utgör ett hinder	23
Diskussion	23
Metoddiskussion	23
Resultatdiskussion	25
Konklusion och implikationer	28
Referenser	29
Bilaga 1(2)	34
Bilaga 2(2)	35

Introduktion

Problemområde

I dagens hälso- och sjukvård möts människor som kommer från olika länder och som har varit omgivna av olika kulturer. År 2016 kom ca 1,7 miljoner av Sveriges befolkning från ett annat land vilket resulterade i att var sjätte person som var bosatt i Sverige år 2016 hade ett utländskt ursprung (SCB, 2018a). Migrationen till Sverige ökade med 21 procent från år 2015 till år 2016 (a.a.). Det medför att det ställs större krav på att ge patienter som har en annan kultur en god vård (Magnusson, 2002). Att möta patienter med utländsk bakgrund innebar ofta en utmaning eftersom kommunikationssvårigheter, kunskapsbrist och brist på riktlinjer kunde förekomma (Berlin, Johansson & Törnkvist, 2006; Taylor & Alfred, 2010). Enligt Dellenborg, Skott och Jakobsson (2012) upplevde sjuksköterskor i deras studie att patienter med utländsk bakgrund hade andra värderingar och attityder vilket kunde vara svårt att möta. Det medförde att det bildades en känsla av "vi och dem". Generellt upplevde sjuksköterskorna att de patienter som hade en utländsk bakgrund var omedvetna om vad som var bäst för deras hälsa och saknade sjukdomsinsikt och förståelse för deras eller den anhöriges sjukdom. I Jirwe, Gerrish och Emami (2010) studie framkom det att sjuksköterskestudenter i slutet av utbildningen upplevde att de inte hade fått tillräckligt med kunskap och kände sig osäkra i mötet med patienter som hade ett utländskt ursprung. Det föranledde att vården blev opersonlig, de utförde bara de tilldelade uppgifterna men kunde inte ta hand om patienten på ett värdigt vis. Även Berlin, Nilsson och Törnkvist (2010) beskriver att det finns en okunskap och osäkerhet kring att möta andra kulturer bland sjuksköterskor i barnhälsovården (BHV). Efter en tredagars utbildning visade deras studie att sjuksköterskorna kände sig säkrare i mötet med andra kulturer och kunde ge information och råd som var bättre anpassad efter den kulturella bakgrunden.

Inom BHV i Sverige där sjuksköterskan arbetar med både hälsofrämjande och förebyggande arbete, möter sjuksköterskan utlandsfödda föräldrar vilket kräver kunskap om transkulturell omvårdnad för att kunna möta familjen och ge en god vård enligt hälso - och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). Ovan nämnda studier visar att det finns ett behov av ökad kunskap om hur sjuksköterskan möter patienter som har ett annat ursprung och kultur, vilket medför att det

kan vara av betydelse att undersöka sjuksköterskans erfarenheter av att möta utlandsfödda föräldrar inom BHV.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Med utgångspunkt i transkulturell omvårdnad har Madeleine Leininger utvecklat en omvårdnadsteori där syftet är att omvårdnaden ska anpassas efter och stå i samspel med patientens kultur, för att bättre kunna förstå och stötta patienten till välbefinnande (Leininger, 2002). Sjuksköterskans arbetssätt ska utgå ifrån ett holistiskt synsätt där respekt ska visas för patientens levnadssätt, kulturvärde samt övertygelser. När sjuksköterskan möter olika kulturer bör även patientens individuella behov beaktas och inte tas för givet. Madeleine Leininger förklarade konsensusbegreppen hälsa, miljö och människa i sin omvårdnadsteori. Synen på hälsa kan skilja sig beroende på vilken kultur patienten har och därför är det viktigt att ha det i åtanke i mötet med patienten. Miljön som patienten har omkring sig kan vara både den psykiska och fysiska miljön som sjuksköterskan behöver ta hänsyn till. Människan ska ses som en kulturbärare i ett större sammanhang, där närstående också är en viktig del att ta hänsyn till i omvårdnaden (a.a.).

I den transkulturella omvårdnadsteorin ingår Sunrise-modellen (Leininger, 2002). Modellen kan skapa bättre förutsättningar för sjuksköterskan att kunna anpassa omvårdnaden efter patientens kultur. Sunrise-modellen består av olika aspekter vilka bland annat är kulturellt relaterade levnadssätt, normer och värderingar, religiösa, sociala, politiska, ekonomiska och utbildningsmässiga aspekter. Dessa aspekter kan sjuksköterskan behöva ta hänsyn till för att skaffa sig mer kunskap om patientens kulturella omvårdnadsbehov och vilka omvårdnadsinsatser som kan bli aktuella. Det är viktigt att sjuksköterskan ställer frågor, lyssnar, observerar samt sätter sig in i patientens berättelse och livsvärld för att öka sin kunskap och förståelse. En förutsättning för att kunna använda modellen är att sjuksköterskan har självkännedom om sina kulturella fördomar samt insikt om den egna kulturkompetensen och vad som behöver utvecklas. Genom att använda denna modell kan det skapa en kulturkongruent omvårdnad där omvårdnaden står i samspel med patientens kultur och inte tvärtom (a.a.).

Den transkulturella omvårdnadsteorin kan också knytas an till det valda studieområde där sjuksköterskan inom BHV möter utlandsfödda föräldrar som därmed har varit omgivna av olika kulturer. Genom att utgå från den transkulturella omvårdnadsteorin och dess förhållningssätt skulle det kunna innebära att sjuksköterskan i mötet med föräldrarna kan skapa en kulturanpassad vård där föräldrarnas kultur står i samspel med omvårdnaden.

Transkulturell omvårdnad

Transkulturell omvårdnad är ett samlingsbegrepp på när det finns ett behov av att ge omvårdnad över de kulturella gränserna och kan i det kliniska arbetet innebära att sjuksköterskan ger omvårdnad till en patient som har en annan kultur än sin egen (Narayanasamy, 2002). Sjuksköterskan behöver skaffa sig den kunskap om patienten som kan vara grundläggande för att kunna ge patienten som har annan kultur en god och säker vård (Giger & Davidshizar, 2002). Kultur skapas i samspel med andra människor och formas genom normer, värderingar, erfarenheter, sociala och religiösa omgivningar. Kultur färgar en människas handlingar, synsätt, beslutsfattande och det finns stora skillnader mellan olika kulturer. Kultur uttrycks genom kommunikation, där både det verbala och icke verbala språket kan vara kulturellt betingat (a.a.). Inom den transkulturella vården kan kulturella skillnader spegla sig genom olika syn och upplevelse av hälsa och ohälsotillstånd, känslomönster, genus samt även om synen på patientens ansvar och roll (Taylor & Alfred, 2010).

Definitionen av att vara utlandsfödd

Definitionen av att vara utlandsfödd följer i denna studie SCBs definition. Enligt SCB (2018b) är definitionen att personen eller i denna studie att föräldern ursprungligen är född i ett annat land eller exempelvis att båda föräldrarna är födda i ett annat land och därmed innebär det även att barnet har en utländsk bakgrund.

Barnhälsovårdens uppdrag i Sverige

Socialstyrelsen (2014) beskriver att BHV främsta uppdrag är att främja hälsa, förebygga och identifiera ohälsotillstånd, risker och vårdbehov samt genomföra åtgärder i syfte att barnets hälsa bevaras, utveckling främjas och omgivande miljö uppmärksammas. Uppdraget gäller

från att barnet är nyfött tills barnet börjar förskoleklass. Förenta Nationerna (1989) har tagit fram en barnkonvention som bör ligga till grund för det arbete som bedrivs inom BHV. Det framgår att barnets bästa alltid ska sättas i centrum och att det är ett barns rättighet att få ta del av förebyggande hälso- och sjukvårdsarbete vilket till stor del sker i BHV (a.a.). I BHV erbjuds regelbundet kostnadsfria hälsobesök hos sjuksköterskan som utformas efter familjens behov (Socialstyrelsen, 2014). Vid vissa besök sker samverkan med andra professioner, exempelvis med barnläkare. I hälsobesöken följs ett åldersrelaterat barnhälsovårdsprogram som består av hälsosamtal och vägledning, hälsoövervakning och undersökning, vaccinationsprogram, uppföljning av kommunikation och utvecklingsnivå samt identifiera barn som är i behov av specifika insatser. Arbetet kan organiseras i form av hembesök, enskilda besök på barnvårdscentralen och genom föräldragrupper.

Sjuksköterska inom barnhälsovården

Inom BHV har sjuksköterskan ett uppdrag att främja hälsa, förebygga ohälsotillstånd samt sätta in åtgärder om det finns skäl till det (Nationella nätverket för barnhälsovårdssamordnare/vårdutvecklare, 2017). Inom BHV är det sjuksköterskan som har den största delen av kontakten med barnet och föräldern. För att få arbeta inom BHV behöver sjuksköterskan utökad kunskap om barn. Det kan sjuksköterskan uppnå genom att gå en specialistutbildning till distriktssköterska eller barnsjuksköterska. Det är också av betydelse att kunna vara en ledare då det är specialistsjuksköterskan som ska samordna omvårdnaden kring barnet. Det behövs även förmåga att kunna arbeta i team och att samverka med andra verksamheter för att kunna bedöma när det finns behov av ytterligare kompetens för att barnet eller familjens omvårdnad ska bli fullgod. De specialistsjuksköterskor som arbetar inom BHV kallas för barnhälsovårdssjuksköterskor (BHV-sjuksköterskor) (a.a.). Därav kommer denna studie fortsättningsvis att benämna sjuksköterskorna för BHV-sjuksköterskor.

Sjuksköterskans möte med utlandsfödda föräldrar

BHV-sjuksköterskan möter kontinuerligt föräldrar som är utlandsfödda. Det kräver en del resurser från BHV-sjuksköterskan, där bland annat mer tid behöver avsättas för att kunna möta familjen utifrån deras behov (Ekström & Söderbäck, 2014). Det handlar inte bara om att ge allmänna råd utan även om att visa engagemang och att sätta sig in i familjens livsvärld för att få en förståelse för de omvårdnadsbehov som finns (a.a.). Det kräver att BHV-sjuksköterskan är medveten om personliga kulturella fördomar och inte speglas av dessa i sin

yrkesroll (Hart & Marenco, 2014). Vidare beskrev Patriksson, Berg, Nilsson och Wigert (2017) att det kunde vara svårare att möta utlandsfödda föräldrar eftersom att det ofta uppstod problem i den verbala kommunikationen med föräldrarna. Det försvårade sjuksköterskans uppgift att förmedla kunskap och information till föräldrarna. De blev då beroende av att använda tolk (a.a.). Det har visat sig att BHV-sjuksköterskorna upplevde att en tolk inte alltid hjälper i mötet, eftersom att de då inte hade samma kontroll över samtalet och ibland var de misstänksamma om det som föräldern sa verkligen översattes korrekt (Holmberg Fagerlund, Pettersen, Terragni & Glavin, 2016). Ibland behövde BHV-sjuksköterskorna prata på en nivå med föräldrarna som kändes förlöjligande bara för att försöka göra sig förstådda. Även Richards, Kliner, Brierley och Stroud (2014) uttryckte att inte kunna kommunicera med föräldrarna på samma språk kan vara frustrerade och ett kulturellt hinder i omvårdnaden eftersom att språkliga missförstånd kan uppstå med föräldrarna.

Det kan också vara en utmaning för BHV-sjuksköterskan att möta utlandsfödda föräldrar då de kan ha andra uppfattningar, värderingar och normer som behöver tas hänsyn till (Berlin, Hylander & Törnkvist, 2008). Det framkom i deras studie att BHV-sjuksköterskorna upplevde att det ibland var som en vägg mellan familjen och dem i mötet och att det var en utmaning att bygga upp en relation och komma familjen in på livet. Det bidrog till att det var svårt att bedöma hälsorisker hos barnen och att bilda sig en helhetsbild av hur familjen fungerade.

Föräldrars perspektiv

Att bli förälder i ett annat land kan vara en utmaning. Ahmed, Stewart, Teng, Wahoush och Gagnon (2008) beskrev att mammor upplevde att det kändes överväldigande och innebar ett stort ansvar att bli förälder i ett annat land än i det de hade vuxit upp i. Det berodde till stor del på att de kände sig ensamma då familj och vänner inte fanns tillgängliga på samma sätt (a.a.). Det också har visats att det finns en rädsla hos föräldrar som har en utländsk bakgrund att bli misstolkade inom BHV (Berlin, Törnkvist & Hylander, 2010). Föräldrarna fick den känslan då de hade svårt att uttrycka sig och förmedla sitt budskap. De önskade att BHV-sjuksköterskan var mer förstående och därmed även kunde se att de var mer sårbara vid mötena. Det fanns även en rädsla hos föräldrarna att BHV-sjuksköterskan hade fördomar och särskilt om BHV-sjuksköterskan tidigare hade mött någon förälder med samma kultur som hade gett ett dåligt intryck. Det gjorde att föräldrarna var observanta på kroppsspråk och ansiktsuttryck hos BHV-sjuksköterskan. Rädslan att bli misstolkad bidrog även till att det var

svårt att bygga upp en relation till BHV-sjuksköterskan på grund av att det saknades trygghet och tillit (a.a.). I en annan studie som intervjuade pappor med en utländsk bakgrund framgick det att papporna upplevde att den största delen av fokus inom BHV låg på att samtala kring risker barn kunde utsättas (Ny, Dejin Karlsson, Plantin & Dykes, 2008). Det medförde att de upplevde att barnets mamma blev mer orolig och osäker, vilket skapade mer rädsla istället för att inge trygghet och stöd.

Det har visat sig att det både finns en rädsla hos föräldrar att bli missförstådda och svårigheter att möta andra kulturer i vården. Det kan därav vara av betydelse att utföra en studie som beskriver BHV-sjuksköterskans erfarenheter av att möta utlandsfödda föräldrar, för att kunna möta familjen utifrån deras behov och ge en god vård enligt hälso - och sjukvårdslagen (SFS 2017:30).

Syfte

Syftet med studien var att beskriva BHV-sjuksköterskans erfarenheter av att möta utlandsfödda föräldrar inom barnhälsovården.

Metod

Studien som genomförts var en empirisk intervjustudie med en kvalitativ design. Denna design valdes för att kunna uppnå en djupare förståelse för deltagarnas erfarenheter (Olsson & Sörensen, 2011).

Urval

Ett urval gjordes för att få tag i deltagare och det grundades på inklusionskriteriet att deltagarna skulle vara legitimerade sjuksköterskor med en specialistutbildning inom hälso- och sjukvård för barn, antingen till distriktssköterska eller barnsjuksköterska. Det var 10 sjuksköterskor som deltog i studien varav sex arbetade på en barnvårdscentral i Skåne och fyra arbetade i Blekinge. Enligt Henricson och Billhult (2017) är det viktigt att få med deltagare i studien som har olika erfarenheter för att kunna spegla de variationer som finns. I studien deltog sjuksköterskor som arbetade i BHV från åtta olika kommuner. Det såg olika ut i kommunerna hur många utlandsfödda som bodde där, vilket kan spegla sig i hur många

utlandsfödda föräldrar BHV-sjuksköterskan möter och därmed få med de olika erfarenheter som kan finnas (Region Blekinge, 2017; Region Skåne, 2017). Antalet listade barn på de olika barnvårdscentralerna var mellan 387 och upp till 1100 barn. Samtliga sjuksköterskor som deltog i studien var av kvinnligt kön och de hade en arbetslivserfarenhet inom BHV som varierade från fyra månader upp till 19 år. Det var sex stycken av deltagarna som var utbildade till distriktssköterska, två stycken var utbildade till barnsjuksköterska och två stycken var utbildade till både barnsjuksköterska och distriktssköterska.

Instrument

En intervjuguide användes som var speciellt designad för studien. Intervjuguiden var utformad på ett semistrukturerat sätt vilket enligt Danielson (2017) innebär att intervjuaren har öppna frågor eller frågeområden förberedda. Intervjuaren kan dock själv anpassa frågornas ordningsföljd efter deltagarens svar på intervjufrågorna (a.a.). I denna studie innebar det att intervjuguiden (bilaga 1) innehöll en öppen huvudfråga samt frågeområden och följdfrågor. Huvudfrågan för denna studie var: ”Vilka är dina erfarenheter kring att möta utlandsfödda föräldrar inom BHV”. Därefter berördes olika frågeområden för att nå en djupare förståelse för BHV-sjuksköterskans erfarenheter. Följdfrågorna användes enbart om deltagarnas svar behövde fördjupas ytterligare eller förklaras, exempelvis ”kan du berätta mer” eller ”hur menar du”. Studiens författare utförde tillsammans en pilotintervju med en BHV-sjuksköterska för att testa kvaliteten på intervjuguiden, öva på intervjuteknik samt se hur lång tid intervjun tog (Olsson & Sörensen, 2011). Inga korrigeringar utfördes efter denna. BHV-sjuksköterskan önskade endast att medverka i pilotintervjun och därav inkluderades inte pilotintervjun i studien. Deltagarna i studien fyllde även i ett frågeformulär med bakgrundsfakta (bilaga 2) innan intervjun startade som berörde frågor kring utbildning, erfarenhet och antal listade barn.

Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes mellan maj och augusti. Verksamhetschefer för BHV kontaktades via e-post men om inte e-postadressen hittades togs kontakt via telefon. I Skåne kontaktades samtliga verksamhetschefer via e-post efter att deras kontaktuppgifter hade funnits via 1177 Vårdguiden. Inom Blekinge kontaktades de antingen via e-post eller telefon efter att kontaktuppgifter hade funnits via landstingets servicetjänst eller via barnvårdscentralernas hemsidor. Samtliga verksamhetschefer erhöll skriftlig information.

Om inte verksamhetschefen hade svarat skickades sammanlagt tre påminnelser ut i omgångar med ca fem dagars mellanrum. Det var totalt 75 verksamhetschefer som kontaktades i Skåne och Blekinge varav 23 tackade nej på grund av tidsbrist, 36 svarade inte trots påminnelser och sammanlagt gav 16 medgivande till studien. Tillsammans med medgivandeblanketten bifogade verksamhetscheferna kontaktuppgifter till de BHV-sjuksköterskor som arbetade inom deras barnvårdscentraler. Därefter kontaktades 29 BHV-sjuksköterskor av författarna via e-post eller telefon. Samtliga BHV-sjuksköterskor fick skriftlig information kring studien. Även tre påminnelser skickades ut i omgångar till BHV-sjuksköterskorna med ca fem dagars mellanrum. Det var åtta som tackade nej på grund av tidsbrist och 11 svarade inte trots påminnelser. Slutligen var det sex sjuksköterskor i Skåne som valde att delta, dessa arbetade inom fyra olika kommuner. I Blekinge var det fyra som valde att delta, varav samtliga arbetade inom olika kommuner. Deltagarna gav skriftligt samtycke innan studien startades. Platsen för intervjuerna var utvald av deltagarna i en miljö där deltagarna kände sig trygga och i ett avskilt rum för att undvika störande moment (Olsson & Sörensen, 2011). Intervjuernas längd var mellan 24 och 34 minuter med en medellängd på 30 minuter. Intervjuerna genomfördes individuellt och fördelades jämt mellan författarna. Intervjuerna spelades in digitalt och sparades sedan på ett USB-minne.

Analys av data

Innehållsanalys genomfördes enligt Graneheim och Lundmans tolkning av innehållsanalys (2004). De inspelade intervjuerna transkriberades vilket innebar att intervjuerna skrevs ned ordagrant till text. Författaren som utförde intervjun transkriberade intervjun enskilt samma dag eller dagen efter då författaren fortfarande kom ihåg stora delar av intervjun. Därefter läste båda författarna noggrant igenom all transkriberad text flera gånger för att en helhetsbild av texten skulle bildas, detta utfördes enskilt. Vidare markerade författarna det i texten som motsvarade syftet och sedan jämförde författarna med varandra det som hade markerats i texten. Efter det valdes meningsbärande enheter ut gemensamt av författarna och därefter kondenserades dessa vilket innebar att de meningsbärande enheterna sammanfattades och det viktigaste togs ut fastän att innehållet fortfarande bevarades. Därefter kodades alla meningsbärande enheter gemensamt och koden skulle reflektera innebörden i den meningsbärande enheten med några enstaka ord. Sedan grupperades de koder som hade samma innebörd i färgkoder och slutligen bildade författarna gemensamt kategorier och underkategorier som skulle spegla innehållet i texten. Citat plockades ut direkt från det

transkriberade textmaterialet för att spegla det konkreta som kom fram under intervjuerna (Graneheim & Lundman, 2004). Nedan visas exempel på hur analysprocessen såg ut i tabell 1.

Tabell 1 Exempel på Analysprocess.

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
De tolkar jag har haft flera gånger gör att vi byggt upp en relation och då ökar tryggheten.	Använda samma tolk flera gånger ökar tryggheten	Trygghet med tolk	Tolken underlättar mötet	Tolk kan både hjälpa och stjälp
Det blir mycket informationsgivande om BHV i mötet med utlandsfödda föräldrar, på en väldigt grundläggande nivå för att få med sig föräldrarna	Grundläggande information om BHV behövs till föräldrarna.	Grundläggande information om BHV	Att ge information om BHV verksamhet	Första mötet grundläggande för vidare kontakt

Forskningsetiska avvägningar

Etiskt yttrande från Vårdvetenskapliga Etiknämnden (VEN) inväntades innan datainsamlingen påbörjades. Efter att etiskt yttrande mottagits av VEN kontaktades verksamhetschefer inom BHV i Skåne och Blekinge. Samtliga fick skriftlig information om studien. Studien utgick ifrån de etiska reglerna i Helsingforsdeklarationen som används till forskning som människor deltar i (World Medical Association, 2017). Reglerna är till för att skydda deltagarna från att ta skada. Det kan göras genom att hålla deltagarnas identitet konfidentiell det vill säga hemlig och därmed ska inte innehållet kunna kopplas direkt till deltagaren. För att värna om deltagarnas integritet kodades varje enskild intervju med en kod som bestod av siffrorna 5–14. För att skydda deltagarna ytterligare förvarades de inspelade intervjuerna på ett USB-minne samt förvarades inlåst. De som valde att delta i studien fick skriftlig information om studiens syfte och vad den skulle belysa innan intervjutillfället. De som valde att delta gav sitt skriftliga samtycke till att medverka innan intervjutillfället och fick information om att de när som helst kunde välja att avbryta sin medverkan. Den kunskap som framkom ur resultatet ska inte kunna kopplas till deltagarna och därmed inte kunna påverka deras mänskliga rättigheter. Efter att uppsatsen har blivit godkänd kommer allt material att förstöras.

Resultat

Resultatet bygger på fem kategorier och 13 underkategorier som tillsammans beskriver BHV-sjuksköterskans erfarenheter av att möta utlandsfödda föräldrar inom BHV (Tabell 2). De fem kategorierna är *Första mötet grundläggande för vidare kontakt*, *Tolk kan både hjälpa och stjälp*, *Svårigheter att ge hälsoinformation*, *Erfarenheten av kulturella seder och traditioner* samt *Familjen som möjlighet och hinder*. Citat från intervjuerna har använts för att illustrera det konkreta som framkom under intervjuerna. Efter varje citat finns ett kodnummer som symboliserar de olika intervjuerna.

Tabell 2. Översikt av Kategori och underkategori.

Kategori	Underkategori
Första mötet grundläggande för vidare kontakt	- Att få en bakgrundsbild av familjen - Att ge information om BHV-verksamhet
Tolk kan både hjälpa och stjälp	- Tolken underlättar mötet - När tolken utgör ett hinder - Delade meningar om tolk behövs
Svårigheter att ge hälsoinformation	- Olika syn på vad som är hälsosamt - Att möta andra vanor - Svårigheter att ge hälsoinformation i föräldragrupp
Erfarenheten av kulturella seder och traditioner	- Samtala kring kulturella seder och traditioner - Inte döma föräldrarna - Ta lärdom av att möta kulturella seder och traditioner
Familjen som möjlighet och hinder	- Erfarenheten av stöd inom familjen - När familjen utgör ett hinder

Första mötet grundläggande för vidare kontakt

Kategorin *Första mötet grundläggande för vidare kontakt* förklaras av underkategorierna *Att få en bakgrundsbild av familjen* och *Att ge information om BHV-verksamhet*. Det framkom att BHV-sjuksköterskornas erfarenhet var att det var viktigt att skapa en god grund för den fortsatta kontakten med föräldrarna och att det första mötet var grundläggande för hur den kontakten skulle bli. Vid första mötet var det viktigt att få en bakgrundsbild av familjen samt att ge tydlig grundläggande information om BHV då många av föräldrarna inte hade någon eller liten erfarenhet kring BHV.

Att få en bakgrundsbild av familjen

Grunden enligt BHV-sjuksköterskorna var att redan i det första mötet ta reda på föräldrarnas bakgrund för att kunna ge hela familjen en god vård. Enligt deras erfarenhet var det viktigt att ta reda på föräldrarnas ursprung, språk, vad de hade för kunskap kring BHV och vilka förväntningar de hade. Det ansågs också viktigt att ta reda på hur familjen såg ut och nätverket kring familjen för att identifiera deras styrkor och svagheter. Det kunde underlättas med hjälp av en ekokarta eller genogram som gav en tydlig bild av familjen för att sedan kunna ge rätt stöd.

Enligt BHV- sjuksköterskans erfarenhet var det av stor vikt att skapa sig en uppfattning om föräldrarnas kunskapsnivå. En del av de utlandsfödda föräldrarna var analfabeter vilket kunde innebära att det uppstod svårigheter att ge ut information som föräldrarna kunde tillgodogöra sig. Det kunde även innebära att fler besök fick bokas in och mer tid behövde avsättas.

Att ge information om BHV-verksamhet

BHV-sjuksköterskornas erfarenhet var de var tvungna att ge mycket information om BHV-verksamheten på en grundläggande nivå för att föräldrarna skulle förstå. De menade att många utlandsfödda föräldrar inte vet vad BHV innebär, att BVH fokuserar på hälsovård för barn och inte sjukvård. Det ansågs viktigt att inte ta något för givet och möta föräldrarna utifrån deras erfarenhet och anpassa informationen efter det. BHV-sjuksköterskorna beskrev att deras erfarenhet var att många föräldrar tyckte att det var konstigt att de skulle träffas ofta när barnet var nyfött.

”Helt plötsligt kommer någon hem som ska väga och mäta ditt barn, och ställa massa frågor. Det är viktigt att förklara vad BHV är, vad vi gör och att vi är till för att stötta och hjälpa dem.” - (9)

De beskrev också att de fick arbeta med att informera om skillnaden mellan vårdcentralen och barnavårdscentralen, då föräldrarna var vana vid att få träffa en läkare och få recept utskrivet, istället för att få vård med fokus på hälsofrämjande insatser. Det kunde ofta bli missförstånd eftersom att hälsofrämjande vård var något nytt för dem. Föräldrarna trodde att BHV tog hand om allt som handlade om barnen.

”Det var en mamma som hade varit här med sina andra barn och som kom hit när det var dags för en ny förlossning, hon trodde att vi förlöste barnen här också.” - (9)

BHV-sjuksköterskorna hade erfarenhet av att de behövde vara tydliga med att poängtera för föräldrarna att de enbart kunde komma på inbokade tider och ringa om frågor uppstod som inte kunde vänta tills nästa besök. Det kunde även hända att föräldrarna ställde många andra frågor utöver det som berörde barnet, exempelvis om bostadsfrågor. Även om det indirekt handlade om barnets trygghet kunde BHV-sjuksköterskorna inte göra något, utan det var viktigt att sätta en gräns för vad som ingick under deras ansvar.

Tolk kan både hjälpa och stjälpa

Kategorin *Tolk kan både hjälpa och stjälpa* förklaras av underkategorierna *Tolken underlättar mötet*, *När tolken utgör ett hinder* och *Delade meningar om tolk behövs*.

I mötet med utlandsfödda föräldrar framkom det att användning av tolk var en avgörande del i mötet för att kunna kommunicera med föräldrarna som inte behärskade det svenska språket. BHV-sjuksköterskorna hade både positiva och negativa erfarenheter av användning av tolk i mötet.

Tolken underlättar mötet

Erfarenheten var att en tolk kunde underlätta i mötet med utlandsfödda föräldrar.

BHV-sjuksköterskorna hade erfarenhet av att tolk var nödvändigt för att mötet skulle vara möjligt att genomföra, eftersom att de hade erfarenhet av att det inte alltid var möjligt att kommunicera enbart via kroppsspråk och bilder.

”En bra tolk är nödvändigt rent utvecklingsmässigt, att jag kan samtala med föräldrar om sovtider, mat och allt runt omkring. Har de en annan kultur så kan det skilja sig väldigt mycket kring dessa rutiner. Jag upplever att jag kan samtala med föräldrarna och får fram informationen på ett annat vis med tolk.” - (14)

En professionell tolk var avgörande för att BHV-sjuksköterskorna inte skulle behöva använda närstående som tolk eller för att inte missförstånd skulle ske. BHV-sjuksköterskorna

poängterade att om de hade hittat en bra tolk försökte de använda samma tolk varje gång. Det medförde att de kunde bygga upp ett förtroende till tolken, de visste hur tolken fungerade och tolken visste i stora drag vad som skulle tas upp. Det gjorde att de kände en ökad trygghet. Det medförde också att mötena blev mer tidseffektiva eftersom tolken hade hunnit skaffa sig erfarenhet av BHV-verksamheten. BHV-sjuksköterskorna berättade att de märkte när en tolk fungerade bra, tolken levde sig in i situationen och bemötte hela familjen på ett bra sätt.

Det framkom både goda erfarenheter vad gällde platstolk och telefontolk men ur olika perspektiv. Med tolk på plats var erfarenheten att tolken kunde se allas kroppsspråk och vad som hände i rummet, därmed behövde inte BHV-sjuksköterskorna förklara lika mycket. Det framkom även ett annat perspektiv där erfarenheterna visade att med telefontolk var det lättare att prata mer direkt till föräldrarna eftersom att det inte fanns en till människa i rummet att förhålla sig till på samma vis.

När tolken utgör ett hinder

BHV-sjuksköterskorna uttryckte en oro över att de aldrig kunde vara helt säkra på att tolken översatte korrekt och de hade erfarenhet av att de många gånger hamnade i en utlämnad position.

”Med tolk är det svårt att bedöma hur de översätter, hur de tolkar - det går inte, för då hade jag behövt kunna språket och då hade inte tolk behövts. Utan det gäller att gå mycket på känsla, tycker jag att tolken översätter korrekt tillbaka till mig, upplever jag att föräldrarna förstår det jag vill förmedla, och får jag relevant svar tillbaka. Ibland märker jag att tolken inte förstår riktigt – de kan rikssvenska men förstår inte olika dialekter.” - (8)

BHV-sjuksköterskorna hade erfarenhet av att tolken utgjorde ett hinder när de skulle skapa en relation med mammorna, då det fanns erfarenhet av att mammorna blev mer tillbakadragna och blyga under besöken tillsammans med tolk. Det fanns även erfarenhet av att tolkarna inte hade visat engagemang genom att de gjorde andra saker under tiden exempelvis åkte buss, körde bil, handlade eller inte dök upp om det var platstolk.

Det framkom även att BHV-sjuksköterskorna hade erfarenhet av de ibland inte fick ta del av samtalet då tolken pratade direkt till föräldrarna och förde ett samtal med dem. Det kunde även bli språkliga missförstånd med tolk som kunde leda till att varken tolken eller BHV-sjuksköterskan förstod varandra. I samtalen med tolk var det inte lika lätt att få fram ett flytande språk, utan de fick prata i kortare och enklare meningar för att samtalet skulle bli bra, vilket krävde mer tid och energi. Det kunde även bli problematiskt för BHV-sjuksköterskorna i vissa situationer då det i en del kulturer inte accepteras att en man tolkar en kvinna och tvärtom. De uttryckte att de inte alltid tänkte på det när tolken bokades eller hade vetskap om det, samt i vissa fall gick det inte heller att välja kön på tolken. BHV-sjuksköterskorna hade erfarenhet av att en del tolkar hänvisade till kultur och inte ville översätta allt som sades vilket medförde svårigheter då känsliga ämnen ibland var nödvändigt att ta upp.

Delade meningar om tolk behövs

BHV-sjuksköterskorna hade erfarenhet av att föräldrar har tagit illa upp när besök med tolk föreslagits eftersom att de gärna ville klara sig utan tolk och försöka lära sig svenska. BHV-sjuksköterskorna poängterade att det var viktigt att i samråd med föräldrarna bestämma hur behovet av tolk såg ut i den mån det gick. Det fanns dock en oro hos dem i besöken utan tolk eftersom de hade erfarenhet att det kunde vara svårt att få fram informationen och de brukade då föreslå tolk till nästa besök. Det ansågs som positivt att föräldrarna ville försöka utan tolk dock kunde det försvåra när saker behövde förklaras mer noggrant. I vissa fall hade det lett till att BHV-sjuksköterskan akut behövt få tag i en telefontolk för att kunna säkerställa att viktig information kom fram till föräldrarna.

Svårigheter att ge hälsoinformation

Kategorin *Svårigheter att ge hälsoinformation* förklaras av underkategorierna *Olika syn på vad som är hälsosamt*, *Att möta andra vanor* samt *Svårigheter att ge hälsoinformation i föräldragrupp*. Det framkom att BHV-sjuksköterskorna hade erfarenhet att utlandsfödda föräldrar hade andra vanor och en annan syn på vad de ansåg som hälsosamt för barnen. Det medförde att det var svårt för dem att ge hälsoinformation för att förebygga ohälsa hos barnen. Det krävde mer resurser i form av tid och planering då mycket var nytt för föräldrarna. Det fanns även svårigheter att ge hälsoinformation i föräldragrupp vilket är en del av BHV-verksamheten.

Olika syn på vad som är hälsosamt

BHV-sjuksköterskorna hade erfarenhet av att de behövde lägga ner mer tid och energi på att ge information kring kost eftersom det fanns stor okunskap kring kost och ett annat förhållningssätt. Föräldrarna kom från en annan matkultur samt från andra omständigheter som kunde påverka synen på vad de ansåg som hälsosamt.

”Vi måste jobba mer med en del av de utlandsfödda föräldrarna. Kommer de från ett fattigt land så tycker de ofta att det är bra och blir glada av att barnen äter mycket och blir stora. Barnen får kakor och sötsaker varje dag och det är inte så noga med fasta måltider. Det är svårt att motivera till att ändra detta beteende.” - (5)

I vissa kulturer hade BHV-sjuksköterskorna erfarenhet av att det ansågs vara fint när föräldrarna hade stora och kraftiga barn, bland annat i de afrikanska kulturerna. Det ansågs svårt att möta dessa föräldrar i samtal kring vikt, sunda matvanor samt visa tillväxtkurvor då de kunde uppleva det som märkligt och de ville inte riktigt ta till sig informationen. Det medförde att fler besök fick bokas och informationen kring kost fick upprepas.

Det ansågs vara viktigt att visa förståelse för föräldrarnas kulturella bakgrund och utifrån ett pedagogiskt sätt ge information utan att inte skrämma föräldrarna. BHV-sjuksköterskorna värdesatte en öppen dialog med föräldrarna för att de ofta inte hade samma perspektiv på vad som ansågs hälsosamt. Föräldrarna gav barnen det som såg nyttigt ut på matförpackningen och som barnen blev glada av.

BHV-sjuksköterskorna hade också erfarenhet av att rökning var starkt kulturellt betingat och att många av de utlandsfödda föräldrarna rökte, framförallt papporna. De saknade kunskap om att det var skadligt för barnen och rökningen ansågs vara ett problem som var svårt att komma åt, då det var ett känsligt ämne att samtala kring. De brukade istället lägga fokus på att ge information som underlättade hur de kunde röka säkert för barnets hälsa, för att föräldrarna inte skulle mista förtroendet för BHV-sjuksköterskorna.

Att möta andra vanor

BHV-sjuksköterskorna hade erfarenhet av att många utlandsfödda föräldrar introducerar mat för barnen tidigare än tre månader, ibland redan vid två månaders ålder och då började en del kulturer med att ge barnen soppa. BHV-sjuksköterskorna försökte att förmedla och ge information om att vänta lite utifrån Livsmedelsverkets riktlinjer. Dock var BHV-sjuksköterskorna noga med att påtala att det enbart var information de gav och så länge de såg att barnet mår bra fick föräldrarna göra som de var vana vid.

Erfarenheten var att många utlandsfödda mammor hade stor vana att amma ofta och länge. BHV-sjuksköterskorna förklarade det med att många kom från länder med sämre välbefinnande och då hade amningen varit det enda alternativet. Mammorna ville prata mycket kring amning och BHV-sjuksköterskorna hade erfarenhet av att mammorna gav både bröstmjölksersättning och ammade när de kom till Sverige. Det gjorde att barnen ökade mycket i vikt men trots det var mammorna oroliga för tillväxten. Då fick BHV-sjuksköterskorna lugna mammorna och försäkra dem om att allt var bra.

Svårigheter att ge hälsoinformation i föräldragrupp

BHV-sjuksköterskorna förklarade att det fanns svårigheter att ge hälsoinformation i föräldragrupp. De hade erfarenhet av att många visade intresse för föräldragrupp men sedan deltog de inte ändå. Enligt BHV-sjuksköterskornas erfarenhet kunde det bero på att de kände sig otrygga i gruppen på grund av språkliga svårigheter och om en tolk var med i gruppen kunde det vara störande för de andra föräldrarna. Det kunde också bero på kulturella skillnader som kunde innebära att vissa föräldrar verkade tycka att det var konstigt att samlas tillsammans med okända människor i grupp, utan umgicks hellre i sina egna kretsar. Även om föräldragrupperna hölls på deras hemspråk hade BHV-sjuksköterskorna erfarenhet av att många inte deltog.

”De kommer inte naturligt på de öppna föräldragrupperna vi har. Det är en föräldragrupp som många gånger sköter sig själva och är för sig själva. Det är väl det som kan göra att man inte kan ge dem lika bra vård.” - (5)

Även om BHV-sjuksköterskorna hade försökt att bjuda in till föräldragrupp i andra miljöer än på barnavårdscentralen, exempelvis på bibliotek eller i öppna förskolan resulterade det ändå i lågt deltagande. Föräldragruppen betraktades som ett viktigt inlärningsstillfälle av BHV-sjuksköterskorna och då det inte var många som deltog resonerade de att deras arbete med dessa föräldrarna låg på de vanliga besöken istället.

Erfarenheten av kulturella seder och traditioner

Kategorin *Erfarenheten av kulturella seder och traditioner* förklaras av underkategorierna *Samtala kring kulturella seder och traditioner*, *Inte döma föräldrarna* och *Ta lärdom av att möta kulturella seder och traditioner*. Det framkom BHV-sjuksköterskorna hade erfarenhet av att regelbundet möta andra kulturer än sin egen och därav även andra kulturella seder och traditioner. I mötet med kulturella seder och traditioner var erfarenheten att det var viktigt att inte döma föräldrarna utan skapa en dialog kring deras seder och traditioner istället och ta lärdom utav det.

Samtala kring kulturella seder och traditioner

BHV-sjuksköterskorna stötte på omskärelse regelbundet och där kände de att de hade ett ansvar att föra en dialog med föräldrarna kring riskerna och förklara att de inte behövde utföra ingreppet. BHV-sjuksköterskorna hade erfarenhet av att det var viktigt att försöka lyfta upp frågan om omskärelse och könsstympning i ett tidigt skede och att våga diskutera det med föräldrarna.

”Att redan på ett tidigt stadium när de är här väcka frågan och att vi då kanske säger att jag vet att det är vanligt att man omskär flickor eller pojkar i ert land där ni kommer ifrån. Hur tänker ni kring det? Då vet jag att jag har kunnat påverka några föräldrar i alla fall om de ändrat sig så det känns ju bra. Det är en sådan sak som jag tänker att man gott kan ta och lyfta upp.” - (11)

Det fanns vissa seder och traditioner som BHV-sjuksköterskorna kunde uppleva som märkliga, som exempel var det relativt vanligt förekommande att inom vissa kulturer raka bort håret på de nyfödda barnen för att håret ansågs orent. BHV-sjuksköterskorna menade att

när märkliga seder och traditioner uppkom i samtalet med föräldrarna var det viktigt se till barnet, skadade det inte barnet var det inget som behövde skapa oro.

Inte döma föräldrarna

Erfarenheten var att det var viktigt att inte döma föräldrarna för deras seder och traditioner för annars skapades ingen tillit och föräldrarna fick inget förtroende för dem. Det ansågs av stor vikt att ha ett öppet förhållningssätt och att inleda en dialog som tillät föräldrarna att tala fritt om sina seder och traditioner utan att BHV-sjuksköterskan var dömande. BHV-sjuksköterskan fick gå in i sin professionella yrkesroll och vara objektiv i sin bedömning, och därmed bortse från olika fördomar. Det ansågs också viktigt att bygga en relation till föräldrarna där det fanns respekt för föräldrarnas kultur för att de inte skulle känna att de gjorde fel och blev anklagade. Genom att ha ett öppet förhållningssätt och visa respekt kunde BHV-sjuksköterskorna skapa en god relation med föräldrarna som är betydelsefull inom BHV, då de följer familjen under en lång tid.

”Möta dem där de är, vi har inte rätt att anklaga dem för deras seder eller traditioner. Jag ska ge dem den bästa barnhälsovården ändå.” - (7)

BHV-sjuksköterskorna hade erfarenhet av att det var viktigt att visa förståelse för föräldrarnas sätt att tänka för att kunna möta dem och skapa goda förutsättningar som passade deras familj. Det som ansågs vara rätt för BHV-sjuksköterskorna blev inte alltid rätt för föräldrarna.

Ta lärdom av att möta kulturella seder och traditioner

BHV-sjuksköterskorna uttryckte genom att möta olika kulturella seder och traditioner så växte deras erfarenhet. De lärde sig även att se saker på ett annat vis som de inte hade tänkt på tidigare som gick lika bra. BHV-sjuksköterskorna tog lärdom och skapade sina egna erfarenheter genom att fråga föräldrarna om deras kultur. BHV-sjuksköterskorna menade att utlandsfödda föräldrar ska ses som en tillgång för att utveckla kunskap om olika kulturella seder och traditioner. Det ansågs också viktigt att inte ha en rädsla för att möta andra seder och traditioner.

”De kan berätta saker för mig som inte vi vet och vi kan diskutera hur de lever och hur de tänker kring saker och ting. Så det ger jättemycket. För jag tror att de kan ge oss mycket mer kunskap och positiva tankar än vad vi någonsin kan tro. Man blir oftast glad när man har haft en utländsk familj för de är så positiva och glada.” - (14)

Familjen som möjlighet och hinder

Kategorin *Familjen som möjlighet och hinder* förklaras av underkategorierna *Erfarenheten av stöd inom familjen* och *När familjen utgör ett hinder*. I mötet med de utlandsfödda föräldrarna framkom det att BHV-sjuksköterskorna hade erfarenhet av att familjen både kunde utgöra möjligheter och hinder. Många av föräldrarna vände sig till familjen för stöd men fick också kämpa för att få bestämma över sitt barn. Inom familjen framkom det att det var en utmaning att involvera papporna i föräldraskapet då synen på pappans roll kunde bero på kulturell bakgrund och erfarenheter.

Erfarenheten av stöd inom familjen

BHV-sjuksköterskornas erfarenhet var att i många kulturer fanns en stark familjesammanhållning och de nyblivna föräldrarna vände sig ofta till familjen för stöd. Familjen bestod även av den närmsta släkten, vilket BHV-sjuksköterskorna kunde se på hembesöken då det ofta fanns många som ville hjälpa till. De hade erfarenhet att många föräldrar rådfrågade familjen och sedan frågade de även BHV-sjuksköterskorna om deras syn på råden. Genom att det fanns många som hjälpte de nyblivna föräldrarna kunde de vara mer närvarande i barnets liv. Enligt BHV-sjuksköterskorna innebar det en mer harmonisk tillvaro för barnet och den nyblivna familjen.

”De har ju en annan och en starkare familjesammanhållning... på hembesöken då är ju ofta farbror, farmor, mormor eller systrar där hos familjen.” - (13)

Stödet från familjen utgjorde en trygghet, men en del av de utlandsfödda föräldrarna hade även kommit hit utan familj och fick försöka klara sig utan det stödet som de tidigare hade fått av familjen. BHV-sjuksköterskorna hade då erfarenhet av att de fick ge mer stöd till dessa föräldrar och blev en viktig del av deras närmaste sociala krets.

När familjen utgör ett hinder

BHV-sjuksköterskorna hade erfarenhet av att möta föräldrar som hade problem med sin familj. I vissa kulturer som de mötte fick inte föräldrarna bestämma över barnet utan det var andra familjemedlemmar som hade större inverkan. Föräldrarna fick kämpa för att själva få bestämma över sitt barn och där hade BHV-sjuksköterskorna erfarenhet av att försöka finnas där för föräldrarna och stärka dem i att fatta egna beslut. Även inom den nyblivna familjen hade BHV-sjuksköterskorna erfarenhet av att det fanns andra aspekter angående föräldraskapet då det i vissa kulturer var mammorna som fortfarande hade allt ansvar kring barnen. De ville inte "trampa föräldrarna på tårna" för deras kultur och tankesätt men samtidigt ville de försöka förklara hur det fungerade med föräldraskapet och genus i Sverige.

Enligt BHV-sjuksköterskornas erfarenhet fanns det svårigheter att få papporna att inse deras betydelse i föräldraskapet. De fick lägga ner mycket resurser på att engagera papporna i att ta hand om sina barn. BHV-sjuksköterskornas erfarenhet var att en del av papporna tyckte det var konstigt att prata om deras känslor, delaktighet och papparoll, eftersom att de inte hade erfarenheter av det från deras kultur. För att kunna skapa en möjlighet för pappan att delta hade BHV-sjuksköterskorna en viktig del i att bjuda in pappan, då pappan inte alltid förstod att det var frågor som handlade om hela familjen.

Diskussion

Metoddiskussion

Studien utgår från en kvalitativ design och är utformad som en intervjustudie. Kvalitativ design valdes för att kunna besvara studiens syfte, eftersom kvalitativ design är att föredra för att nå en djupare förståelse för deltagarens erfarenheter (Danielson, 2017). En styrka med intervjustudier är att det finns möjlighet att förklara samt försäkra sig om att deltagaren har förstått innebörden i frågorna (Polit & Beck, 2012). Det kan dock vara tidskrävande att göra intervjuer på olika geografiska platser och att transkribera det insamlade materialet till text.

Intervjuguiden var utformad på ett semistrukturerat vis och författarna upplevde att ha en öppen huvudfråga tillät deltagaren att prata fritt kring sina erfarenheter. För att inte störa deltagaren i tankeprocessen kunde författarna anpassa frågornas följd efter deltagarens svar (Danielson, 2017). Det ansågs också som en trygghet för författarna att ha en utformad intervjuguide att förhålla sig till då de hade begränsad erfarenhet av att utföra intervjuer. Under intervjutillfällena deltog enbart en av författarna vilket kan ses som en svaghet då frågorna kan ställas på olika sätt av författarna. Studiens författare valde dock att tillsammans utföra en pilotintervju. Även om pilotintervjun inte kunde inkluderas i studien var det ett tillfälle för författarna att tillsammans öva på intervjuteknik samt hur de skulle förhålla sig till frågorna. Enligt Kvale och Brinkmann (2014) är det viktigt att innan de planerade intervjuerna äger rum öva på intervjuteknik för att skaffa sig mer kunskap och för att sedan kunna uppnå ett annat djup under intervjuerna med studiens deltagare.

Totalt ingick 10 intervjuer i föreliggande studie. Kvale och Brinkmann (2014) menar att det är viktigt att i kvalitativa studier inte ha ett för stort material att arbeta med för att kunna få en djupare analys. Anledningen till att det blev få intervjuer var att det fanns svårigheter att rekrytera deltagare till studien då det var 23 verksamhetschefer och åtta BHV-sjuksköterskor som tackade nej på grund av tidsbrist. Då både verksamhetschefer och BHV-sjuksköterskorna tillfrågades under sommaren kan det ha bidragit till att inte fler deltog. Det ansågs emellertid som att de 10 intervjuerna som genomförts tillförde tillräckligt med data för att få ett resultat som besvarade studiens syfte och flera av ämnena som BHV-sjuksköterskorna valde att lyfta återkom i samtliga intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2014). Det finns dock alltid en osäkerhet kring om fler intervjuer hade kunnat bidra med ytterligare erfarenheter.

En svaghet med urvalsprocessen skulle kunna vara att inte alla BHV-sjuksköterskorna i Skåne kom från olika kommuner. Detta faktum anses dock inte ha haft större inverkan på studiens resultat då BHV-sjuksköterskorna har olika barn listade hos sig vilket gör att de inte träffar samma barn och föräldrar inom samma kommun. En annan svaghet i studien kan vara att samtliga deltagare var kvinnor. Enligt Trost (2010) kan det vara viktigt att spegla ett heterogent urval där både män och kvinnor deltar. Eftersom att det inte var några män som arbetade på de barnvårdscentraler där författarna fick medgivande att utföra studien saknas därför genusperspektiv i denna studie. Urvalet bedöms dock som representativt för yrkeskåren inom barnhälsovården.

Analysprocessen genomfördes enligt Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av innehållsanalys. Genom att följa de olika stegen för innehållsanalys upplevde författarna en struktur i analysarbetet. Båda författarna utförde stora delar av analysarbetet gemensamt förutom transkribering och markering av det i texten som motsvarade syftet. Dock valde författarna att jämföra texten som hade markerats för att inte något material skulle missas. Det kan anses som en styrka och ökar studiens tillförlitlighet att författarna utförde de flesta stegen i innehållsanalysen gemensamt då Graneheim och Lundman (2004) beskriver att det kan förekomma skillnader i tolkningsprocessen därav bör fler än en person delta i analysen (a.a.). Genom hela analysprocessen har en övervägning kontinuerligt gjorts för att se om kategorin passat med innehållet, kategorin och underkategorierna har varierat under analysprocessen och justerats upprepade gånger (Polit & Beck, 2012). Citat direkt från intervjuerna valdes ut för att spegla det konkreta från intervjuerna och ge läsaren en större förståelse. Det kan också öka studiens trovärdighet enligt Graneheim och Lundman (2004).

Resultatdiskussion

I mötet med de utlandsfödda föräldrarna var det avgörande att använda tolk för att kunna kommunicera med de föräldrar som inte behärskade det svenska språket. Enligt den transkulturella omvårdnadsteorin är kommunikationen mellan sjuksköterska och patient en av de stora utmaningarna inom den transkulturella vården (Leininger, 2002). En fungerande kommunikation är dock av stor vikt för att kunna skaffa kunskap och förståelse för patientens kultur (a.a.). I föreliggande studie framkom det att tolken både kunde underlätta och utgöra ett hinder i mötet. BHV-sjuksköterskorna menade att det tog längre tid att prata via en tolk och det fanns oro över om all information de gav kom fram till föräldrarna. Liknande fynd har även gjorts i Holmberg Fagerlund, Pettersen, Terragni och Glavin (2016) studie som problematiserar kring osäkerheten över att aldrig kunna säkerställa om tolken verkligen översätter det som ska översättas. Det medförde att sjuksköterskorna hamnade i en utsatt position. Även Johnsson, Golsäter och Hedberg (2016) beskriver detta problem med tolk, där de menade att det kunde vara bra om BHV-sjuksköterskan bad föräldern återberätta och relatera till det som hade sagts. Det gjorde att sjuksköterskan bättre kunde skapa sig en uppfattning om föräldern hade förstått informationen på rätt sätt (a.a.).

Det fanns olika erfarenheter om platstolk eller telefontolk föredrogs. Tolken på plats kunde se allas kroppsspråk och vad som hände i rummet medan med telefontolk kunde BHV-sjuksköterskan prata mer direkt till föräldrarna och hade inte ytterligare en människa att förhålla sig till i rummet på samma vis. Hadziabdic, Heikkilä, Albin och Hjelm (2009) fann att patienter ofta föredrar att ha en tolk på plats, eftersom att de kan se tolkens ansiktsuttryck och kroppsspråk. Om det var känsliga ämnen som skulle diskuteras så föredrogs telefontolk. Patienterna ansåg även att det var viktigt att ha samma tolk varje gång, då det ingav en trygghet vilket även framkom i föreliggande studie fast ur BHV-sjuksköterskans perspektiv.

I föreliggande studie framkom det att det var svårt att ge hälsoinformation då synen på vad som var hälsosamt kunde skilja sig mellan olika kulturer och de utlandsfödda föräldrarna hade även andra vanor. Det medförde att mycket resurser i form av tid och planering fick avsättas vilket även betonas av Johnsson, Golsäter och Hedberg (2016) samt av Ekström och Söderbäck (2014). I den transkulturella omvårdnadsteorin framgår att synen på hälsa beroende på patientens kultur kan skilja sig åt och är en viktig faktor att förhålla sig till för att kunna ge patienten en god omvårdnad som ger stöd och främjar välbefinnande (Leininger, 2002). Detta fynd understryks även av Johnsson, Golsäter och Hedberg (2016) som beskriver att i kulturer kan det finnas olika uppfattningar om vad hälsa innebär och att sjuksköterskans och patientens uppfattningar kan skilja sig åt. De skilda uppfattningarna kunde bidra till att sjuksköterskorna kände sig osäkra i mötet (a.a.). I föreliggande studie framkom det att det var viktigt att visa förståelse för föräldrarnas synsätt och BHV-sjuksköterskorna värdesatte en öppen dialog med föräldrarna. Att visa förståelse och respekt för att synen på vad som anses som hälsosamt kan variera beroende på patientens kultur betonas även av andra studier. (Holmberg Fagerlund, Pettersen, Terragni & Glavin, 2016; Mangrio & Persson, 2017).

Ett annat perspektiv som framkom ur föreliggande studie var att det fanns svårigheter att ge hälsoinformation i föräldragrupp vilket till stor del berodde på lågt deltagande bland utlandsfödda föräldrar. Detta faktum är känt sedan tidigare. Enligt Wallby och Hjern (2011) har utlandsfödda föräldrar lägre deltagande i föräldragrupp. Det som kunde öka deltagandet i föräldragrupp var om de utlandsfödda mammorna hade en svensk partner eftersom att de då var mer vana vid det svenska språket vilket medförde att de kände sig tryggare i gruppen.

I Sunrise-modellen ingår bland annat kulturellt relaterade levnadssätt, normer och värderingar vilka sjuksköterska bör ta hänsyn till för att omvårdnaden inte ska stå i konflikt med

patientens kultur (Leininger, 2002). I föreliggande studie ansågs det vara viktigt att BHV-sjuksköterskan hade ett öppet förhållningssätt och inte dömde de utlandsfödda föräldrarna för deras sätt att tänka, då de var vana vid och uppväxta med en annan kultur. De utlandsfödda föräldrarna hade även andra traditioner och seder som de hade med sig från deras kultur. Andra studier visar också på vikten av att ha ett öppet förhållningssätt vid mötet med andra kulturer där bland annat Hart och Mareno (2014) samt Berlin, Hylander och Törnqvist (2008) poängterar att öppenhet och att lägga undan fördomar är avgörande för att patienterna inte ska känna utsatthet på grund av sin kultur (a.a.). I den transkulturella omvårdnadsteorin framgår det att sjuksköterskan ska möta patienten på ett professionellt sätt och lägga undan egna värderingar och fördomar. Det krävs att sjuksköterskan själv är medveten om sin egen kultur och sina fördomar. Om sjuksköterskan inte skulle vara medveten kan det återspegla en negativ attityd i mötet med patienten, vilket kan medföra att omvårdnaden inte främjar patientens välbefinnande (Leininger, 2002).

Ett annat resultat i föreliggande studie var att BHV-sjuksköterskorna hade erfarenhet av att försöka skapa en relation med föräldrarna som byggde på tillit och respekt. Att utforma en relation i det transkulturella vårdmötet är något som även Narayanasamy (2002) samt Hemberg och Vilander (2017) belyser som en viktig del där relationen ska bygga på respekt för patientens kultur. Narayanasamy (2002) beskriver att genom att utforma en relation som bygger på respekt för patientens kultur, skapar det trygghet för patienten. Vidare skriver Hemberg och Vilander (2017) att skapa en god vårdrelation till patienten är grundläggande för omvårdnaden och detta genom att visa respekt, intresse och öppenhet i mötet med patienten. Det kan i sin tur bidra till att sjuksköterskan ökar sin kunskap om patientens kultur och patientens lidande kan minska (a.a.). För att sjuksköterskan ska kunna öka sin kunskap om patientens kultur framgår det även enligt den transkulturella omvårdnadsteorin att sjuksköterskan ska möta patienten genom att ställa frågor, lyssna och observera för att kunna skapa sig en förståelse och kunskap om patienten (Leininger, 2002). Kunskap om patienten och dennes kultur anses öka möjligheterna att kunna anpassa omvårdnadsinsatser efter patientens kultur. Då det kan bidra till att sjuksköterskan kommer till insikt om vilka faktorer som behöver beaktas för varje enskild patient, vilket betonas även i Sunrise-modellen (a.a.). I föreliggande studie framgick det att det skulle ses som en tillgång att få ta del av föräldrarnas kultur och ta lärdom av det. Genom att ha en dialog med föräldrarna kring deras kultur kunde det medföra att BHV-sjuksköterskan ökade sin kunskap om deras kultur och därmed kunna anpassa omvårdnadsinsatser efter familjens behov.

Konklusion och implikationer

Det framkom i resultatet att BHV-sjuksköterskor som möter utlandsfödda föräldrar behöver lägga ner mer resurser i form av tid och planering. Erfarenheten var att det var mycket nytt för föräldrarna och ofta hade de andra vanor och ett annat synsätt. För att skapa en god kommunikation var det avgörande att använda sig av tolk i mötet om familjen inte behärskade det svenska språket. I mötet ansågs det viktigt att BHV-sjuksköterskan hade insikt om sina fördomar för att dessa inte skulle återspegla sig i mötet. Det var avgörande att BHV-sjuksköterskan hade ett öppet förhållningssätt och var villig ta del av föräldrarnas kultur genom att skapa en dialog med föräldrarna. En förhoppning är att resultatet ska kunna bidra med att stödja BHV-sjuksköterskor med begränsad erfarenhet i deras möten med utlandsfödda föräldrar genom att lyfta fram de komponenter som anses viktiga att tänka på i mötet för att bidra till en likvärdig och god omvårdnad för hela familjen som står i samspel med ursprung och kultur. Då det finns ett begränsat antal studier kring att möta utlandsfödda föräldrar inom BHV skulle därför denna studie kunna utgöra en god grund för kommande studier inom transkulturell omvårdnad och BHV. Förslagsvis skulle framtida studier kunna inriktas på hälsorådgivning då det är en viktig del av arbetet inom BHV.

Referenser

- Ahmed, A., Stewart, D., Teng, L., Wahoush, O. & Gagnon, A. (2008). Experiences of immigrant new mothers with symptoms of depression. *Archives of Women's Mental Health*, 11(4), 295–303. doi: 10.1007/s00737-008-0025-6
- Berlin, A., Hylander, I. & Törnkvist, L. (2008). Primary child health care nurses' assessment of health risks in children of foreign origin and their parents - a theoretical model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(1), 118–37.
- Berlin A, Johansson S, & Törnkvist L. (2006). Working conditions and cultural competence when interacting with children and parents of foreign origin - primary child health nurses' opinions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(2), 160–168.
- Berlin, A., Nilsson, G. & Törnkvist, L. (2010). Cultural competence among Swedish child health nurses after specific training: a randomized trial. *Nursing & Health Sciences*, 12(3), 381–391. doi: 10.1111/j.1442-2018.2010.00542.x
- Berlin, A., Törnkvist, L. & Hylander, I. (2010). Watchfully checking rapport with the primary child health care nurses - a theoretical model from the perspective of parents of foreign origin. *BMC Nursing*, 9(14), 14–23. doi: 10.1186/1472-6955-9-14
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s.143–154). Lund: Studentlitteratur.
- Dellenborg, L., Skott, C. & Jakobsson, E. (2012). Transcultural encounters in a medical ward in Sweden: experiences of health care practitioners. *Journal of Transcultural Nursing*, (4), 342–350.
- Ekström, M. & Söderbäck, C. (2014). Health counseling with Somali parents in Swedish primary child health care - a qualitative study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 34(4), 33–37. doi: 10.1177/010740831403400407

Förenta Nationerna. (1989). *Barnkonventionen*. Hämtad 21 januari 2018. Från UNICEF Sverige, <https://unicef.se/barnkonventionen/las-texten#full>

Giger, J. N. & Davidhizar, R. (2002). The Giger and Davidhizar transcultural assessment model. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 185–188.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, (24), 105–112.

Hadziabdic, E., Heikkilä, K., Albin, B & Hjelm, K. (2009). Migrants' perceptions of using interpreters in health care. *International Nursing Review*, 56(4), 461–469.
doi: 10.1111/j.1466-7657.2009.00738.x

Hart, P.L. & Mareno, N. (2014). Cultural challenges and barriers through the voices of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 23(15–16), 2223–32. doi: 10.1111/jocn.12500

Hemberg, J.A.V. & Vilander, S. (2017). Cultural and communicative competence in caring relationship with patients from another culture. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 822–829. doi: 10.1111/scs.12403

Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s.111–120). Lund: Studentlitteratur.

Holmberg. Fagerlund, B., Pettersen, K. S., Terragni, L. & Glavin, K. (2016). Counseling immigrant parents about food and feeding practices: public health nurses' experiences. *Public Health Nursing*, 33(4), 343–350. doi: 10.1111/phn.12248

Jirwe, M., Gerrish, K. & Emami, A. (2010). Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 436–44.
doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00733.x

Johnsson, L., Golsäter, M. & Hedberg, B. (2016). Health dialogue with non-native-speaking parents: child health nurses' experiences. *Nordic Journal of Nursing Research*, (4), 209–215. doi: 10.1177/2057158516635480

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Leininger, M. (2002a). Culture care assessments for congruent competency practices. I M. Leininger & M. McFarland (Red.), *Transcultural Nursing. Concepts, theories, research & practice (3rd ed.)* (s. 117–143). New York: McGraw-Hill.

Magnusson, F. (2002). Kulturmöten. I F. Magnusson. (Red.), *Etniska relationer i vård och omsorg*. (s. 9–13). Lund: Studentlitteratur.

Mangrio, E., & Persson, K. (2017). Immigrant parents' experience with the Swedish child health care system: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 18, 1–9. doi: 10.1186/s12875-017-0604-6

Narayanasamy, A. (2002). The access model: a transcultural nursing practice framework. *British Journal of Nursing*, 11(9), 643–650.

Nationella nätverket för barnhälsovårdssamordnare/vårdutvecklare i Sverige. (2017). *Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom barnhälsovården (BHV)*. Hämtad den 22 januari 2018. Från Rikshandboken BVC: [http://www.rikshandboken-bhv.se/Dokument/Nationella%20målbeskrivningar/Nationell%20målbeskrivning%20för%20sjukskötersketjänstgöring%20inom%20barnhälsovården%20\(bhv\).pdf](http://www.rikshandboken-bhv.se/Dokument/Nationella%20målbeskrivningar/Nationell%20målbeskrivning%20för%20sjukskötersketjänstgöring%20inom%20barnhälsovården%20(bhv).pdf)

Ny, P., Dejin. Karlsson, E., Plantin, L. & Dykes, A.K. (2008). The experience of middle eastern men living in Sweden of maternal and child health care and fatherhood: focus-group discussions and content analysis. *Midwifery*, 24(3), 281–290. doi: 10.1016/j.midw.2006.05.006

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Patriksson, K., Berg, M., Nilsson, S. & Wigert, H. (2017). Communicating with parents who have difficulty understanding and speaking Swedish: an interview study with health care professionals. *Journal of Neonatal Nursing*, 23, 248–252.

doi: 10.1016/j.jnn.2017.07.001

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research generating and assessing evidence for nursing practise*. (9th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins

Region Blekinge. (2017). *Befolkningsutveckling*. Hämtad den 10 oktober, 2018. Från Region Blekinge:

http://www.regionblekinge.se/a/uploads/dokument/Blekinge_Befolkningsutveckling_2017.pdf

Region Skåne. (2017). *Etnisk mångfald*. Hämtad den 10 oktober, 2018. Från Region Skåne: <https://utveckling.skane.se/digitala-rapporter/huga/etnisk-mangfald/>

Richards, J., Kliner, M., Brierley, S. & Stroud, L. (2014). Maternal and infant health of Eastern Europeans in Bradford, UK: a qualitative study. *Community Practitioner*, 87(9), 33–36.

SFS 2017:30. *Hälso - och sjukvårdslag*. Stockholm: Riksdagen.

Socialstyrelsen. (2014). *Vägledning för barnhälsovården*. Hämtad den 25 januari, 2018. Från Socialstyrelsen:

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19403/2014-4-5.pdf>

SCB. (2018a). *Befolkningsstatistik*. Hämtad den 25 januari, 2018. Från Statistiska centralbyrån: <http://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/in-och-utvandring/>

SCB. (2018b). *Definitioner för färdiga tabellpaket*. Hämtad den 25 januari, 2018. Från Statistiska centralbyrån: <https://www.scb.se/vara-tjanster/regionala-statistikprodukter/fardiga-tabellpaket/definitioner-for-fardiga-tabellpaket/>

Taylor, R.A. & Alfred, M.V. (2010). Nurses' perceptions of the organizational supports needed for the delivery of culturally competent care. *West Journal of Nursing Research*, 32(5), 591–609. doi: 10.1177/0193945909354999

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. (4., [omarb.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Wallby, T. & Hjern, A. (2011). Child health care uptake among low-income and immigrant families in a Swedish county. *Acta Paediatrica*, 100(11), 1495–503. doi: 10.1111/j.1651-2227.2011.02344.x

World Medical Association. (2017). *WMA, declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad den 7 februari 2018. Från, World Medical Association: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Intervjuguide

Huvudfråga

Vilka är dina erfarenheter kring att möta utlandsfödda föräldrar inom barnhälsovården?

Frågeområden

Hinder/möjligheter

Kommunikation

Användning av tolk

Hälsoinformation/hälsorådgivning/undervisning

Förhållningssätt

Viktiga aspekter att lyfta

Följdfrågor

Kan du berätta mer?

Kan du ge något exempel?

Hur menar du?

Är det något mer du vill tillägga?

KOD:

Frågeformulär till deltagare i intervjustudien

Hur länge har du arbetat som sjuksköterska?

Hur länge har du arbetat som specialistsjuksköterska?

Vad har du för utbildning? (vidareutbildning, andra kurser relaterade till sjuksköterskeyrket)

Hur länge har du arbetat inom barnhälsovården?

Hur många barn är för närvarande listade?

