



**BVC-SJUKSKÖTERSORS
ERFARENHETER AV ATT
MÖTA IMMIGRERADE
FAMILJER**

**CHILD HEALTH CARE
NURSES' EXPERIENCES OF
ENCOUNTERING
IMMIGRATED FAMILIES**

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad
Avancerad nivå
15 Högskolepoäng
Hösttermin 2013

Författare: Jenny Andersson
Sara Franzén

SAMMANFATTNING

Titel: BVC-sjuksköterskors erfarenheter av att möta immigrerade familjer

Författare: Andersson, Jenny; Franzén, Sara

Institution: Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde

Kurs: Examensarbete i omvårdnad – specialistsjuksköterska, OM771A, 15 hp

Handledare: Westin, Lars

Examinator: Sahlsten, Monika

Sidor: 24

Nyckelord: Barnhälsovård, BVC-sjuksköterska, familj, immigration

Sammanfattning

Bakgrund: Fler människor är någonsin tidigare immigrerade till Sverige under 2012. Alla barn som kommer hit har rätt till samma barnhälsovård som barn som är födda i Sverige. Skillnader i kultur och språk kan dock göra mötet mellan BVC-sjuksköterskan och den immigrerade familjen komplex. *Syfte:* Syftet med studien var att belysa BVC-sjuksköterskors erfarenheter av att möta immigrerade familjer. *Metod:* Studiens ansats var induktiv och datamaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Åtta sjuksköterskor med specialistexamen till distriktssköterska eller specialistutbildning inom hälso- och sjukvård för barn och ungdomar intervjuades. *Resultat:* Ur analysen framkom tre teman; ”Vill vara ett stöd”, ”Kommunikation på andra villkor” och ”Vill bemöta med respekt trots olika synsätt” med nio subteman. *Konklusion:* BVC-sjuksköterskors möte med immigrerade familjer kompliceras ofta av att de talar olika språk och kommer från olika kulturer. BVC-sjuksköterskorna känner sig behövda och mer betydelsefulla för dessa familjer. Ibland är familjernas behov större än BVC-sjuksköterskornas resurser och resulterar i en känsla av otillräcklighet.

ABSTRACT

Title: Child health care nurses' experiences of encountering immigrated families

Authors: Andersson, Jenny; Franzén, Sara

Department: School of Life Sciences, University of Skövde

Course: Master Degree (One Year) Project in Nursing, 15 ECTS

Supervisor: Westin, Lars

Examiner: Sahlsten, Monika

Pages: 24

Keywords: Child health care, child health care nurse, family, immigration

Abstract

Background: During the year 2012 more people immigrated to Sweden than ever before. Every child who immigrates has the same rights to child health care as children born in Sweden. Differences in culture and language, however, can make the encounter between the child health care nurse and the immigrated family complex. *Aim:* The aim of this study was to illustrate child health care nurses' experiences of encountering immigrated families. *Method:* The approach of this study was inductive and data were analysed using qualitative content analysis. Eight child health care nurses working with child health care were interviewed. *Results:* Three themes emerged from the analysis; "Want to be a support", "Communicating on other terms" and "Want to meet with respect despite different views" with nine subthemes. *Conclusion:* The encounter between child health care nurses and immigrated families is often complicated by differences in language and culture. Child health care nurses feel needed and more important to these families. Sometimes families' needs exceed the child health care nurses' resources resulting in a sense of insufficiency.

.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND.....	1
Barnhälsovård	1
Immigration.....	2
Att möta immigrerade familjer.....	2
Kommunikation i omvårdnaden.....	3
Familjefokuserad omvårdnad.....	3
BVC-sjuksköterskans erfarenheter av att möta immigrerade familjer.....	4
Transkulturell omvårdnad utifrån Leiningers modell	5
PROBLEMFÖRMULERING.....	6
SYFTE	6
METOD	6
Urval.....	7
Datainsamling	7
Analys	7
Etiska överväganden	8
RESULTAT	9
Vill vara ett stöd.....	9
Ger av sina resurser.....	10
Känner sig otillräcklig	11
Kommunikation på andra villkor	11
Vill kunna kommunicera	11
Bedöma språkutveckling.....	13
Vill bemöta med respekt trots olika synsätt	14
Tar hänsyn till familjens bakgrund	14
Bemöter olika uppfattningar	14
Ställs inför dilemman.....	15
Möter familjer med krigsupplevelser och utvisningshot.....	15
Berikas av andra kulturer	16
Resultatsammanfattning.....	16
DISKUSSION.....	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion.....	18
Konklusion och kliniska implikationer	20
REFERENSER	22

- Bilaga 1 Brev till vårdföreståndare/verksamhetschef
- Bilaga 2 Brev till BVC-sjuksköterskor
- Bilaga 3 Ansökan om tillstånd för studie
- Bilaga 4 Samtycke till att delta i studie
- Bilaga 5 Intervjuguide

INLEDNING

Enligt Statistiska centralbyrån (2013a) väljer många människor från andra länder att flytta till Sverige, efter ett par år med minskad immigration visar 2012 års statistik på den högsta nivån någonsin. År 2012 immigrerade 103 059 människor till Sverige varav 80 % hade utländskt medborgarskap. Många av dessa människor ingår i familjer som någon gång kommer att besöka en barnvårdscentral (BVC). Lindstrand (2011) påvisar att det finns stor variation av uppfattningar om levnadsvanor och barnuppfostran inom immigrerade familjer. Det är viktigt att BVC-sjuksköterskan är följsam och lyhörd för den enskilda familjens behov. Alla barn som immigrerat till Sverige oavsett orsak har rätt till samma hälso- och sjukvård som andra barn i det svenska samhället (Lindstrand, 2011). Tidigare forskning visar att mötet mellan BVC-sjuksköterskan och immigrerade familjer kan vara komplext och invecklat för båda parter (Robinson & Gilmartin, 2002; Berlin, Hylander & Törnkvist, 2008). Berlin et al. (2008) menar att den största rädslan hos BVC-sjuksköterskor i arbetet med immigrerade familjer är att förbise barn utsatta för hälsorisker. Att samverka med immigrerade familjer och samtidigt tillgodose en vård av hög kvalitet på lika villkor är en stor utmaning för BVC-sjuksköterskan (a.a.). Fokus för denna studie är därför att öka kunskapen om BVC-sjuksköterskors möte med immigrerade familjer.

BAKGRUND

Barnhälsovård

Barnhälsovården ska erbjuda alla barn från 0-6 år hälsoundersökningar och förebyggande hälsovård samt ge alla föräldrar tillgång till kunskap och stöd till ett aktivt föräldraskap (Jonsell, 2011). Ett av syftena med landets barnvårdscentraler är att upptäcka avvikelser och funktionsnedsättningar så att de kan botas eller så att sekundära handikapp kan förhindras eller minskas. BVC-sjuksköterskan är en nyckelperson i det hälsofrämjande arbetet och ska ha en pediatrik kompetens utifrån FN:s barnkonvention. Det förebyggande arbetet med barn och deras familjer innebär att BVC-sjuksköterskan har nära samarbete med olika verksamheter såsom vårdcentralens läkare, socialtjänst och förskolor (Jonsell, 2011). BVC-sjuksköterskan förväntas vara nåbar, bedöma barns utveckling, utföra vaccinationer, ge stöd och råd, tillhandahålla säkerhetsråd och organisera föräldragrupper (Fägerskiöld & Ek, 2003). Barnhälsovården ska erbjuda alla nyblivna mödrar screening med EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) när barnet är 6-8 veckor för att upptäcka förlossningsdepression. Svaren på formuläret är ett underlag för fortsatt samtal och eventuell diagnos och behandling. Formuläret finns översatt på ett flertal olika språk. Vid annan språklig bakgrund blir samtalet extra viktigt (Wickberg, 2013).

Barnhälsovården ska även erbjuda individuellt stöd och hjälp till familjer och barn med särskilda behov, exempelvis de med annan kulturell bakgrund (Jonsell & Delvert, 2011). Alla nyinflyttade familjer som har barn i förskoleålder ska erbjudas ett hembesök. Tyngdpunkten i barnhälsovårdens förebyggande arbete ligger på barnets första 18 månader, under den tiden byggs ett förtroende upp mellan BVC-sjuksköterskan och

föräldrarna. De familjer som flyttar till Sverige när barnet är äldre än ett år går då miste om viktiga delar av barnhälsovårdens förebyggande arbete. BVC-sjuksköterskan kan tillsammans med dessa familjer planera ett individuellt anpassat program som kompenserar för sådant som de kan behöva men inte har kunnat ta del av (Jonsell & Delvert, 2011). I Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) fastslås att målet för all hälso- och sjukvård är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Det innebär att BVC-sjuksköterskan ska ge vård med respekt för alla människors lika värde, oavsett ursprung.

Immigration

Enligt Statistiska centralbyrån (2013b) har andelen människor i Sverige som är födda i ett annat land ökat under lång tid. År 2012 bestod nära 1,5 miljoner av Sveriges befolkning utav människor som är födda i ett annat land. De vanligaste födelseländerna bland de utrikesfödda är Finland, Irak, Polen, forna Jugoslavien och Iran. Allmänt sett är det vanligare bland utlandsfödda personer att vara bosatta i storstadsområden än i övriga delar av landet. I både Stockholm och Malmö utgör de utlandsfödda människorna 22 % av den totala befolkningen, motsvarande siffror för övriga delar av Sverige varierar mellan 9-14 % (Statistiska centralbyrån, 2013b).

Den enskilt största anledningen till immigration till Sverige är anhöriginvandring, det vill säga immigration av anhörig till person som är medborgare i ett land eller som har uppehållstillstånd där. Andra orsaker till immigration är flykt, skyddsbehov, arbete och studier. Det är unga personer som flyttar till Sverige, år 2008 var 80% av immigranterna under 40 år. En tredjedel av de som fick uppehållstillstånd på grund av familjeband under samma år var barn (Johansson, 2009). Av de som immigrerade till Sverige år 2012 var medelåldern för kvinnor 27 år och för män 28 år (Statistiska centralbyrån, 2013a).

Att möta immigrerade familjer

Vårdande möten och relationer är centrala inom barnhälsovård och inkluderar interaktioner med patienter såväl som andra vårdgivare. Att utveckla relationer med patienter och familjer och medverka till fungerande förhållanden med kollegor är en viktig del i omvårdnadsprofessionen. Dessvärre kan vårdande möten försvåras i den moderna vårdens snabba, opersonliga och teknologiska sammanhang (Duffy & Hoskins, 2003). Duffy (2003) menar att det krävs samspel för att inleda vårdande relationer. Samspelet sätter upp villkoren för mötet och innebär mänsklig kontakt och en pågående kommunikation. Aktivt lyssnande, bekräftande och uppmuntrande positiva och negativa uttryck är nödvändiga delar av kommunikation som förstärker samspelet (Duffy, 2003).

Berlin et al. (2008) fann i en studie att BVC-sjuksköterskor ibland upplever att det finns en vägg mellan sig och familjerna och att de inte kan nå fram till dem. Svårigheter att kommunicera är en del i detta. BVC-sjuksköterskorna kan uppfatta, för dem, främmande attityder och beteendemönster som att föräldrarna gör oförnuftiga saker med sina barn när det egentligen är kulturskillnader. BVC-sjuksköterskorna känner att det finns skillnader i attityder och blir osäkra på sig själva då de inte vill tvinga sina egna värderingar på familjerna. Detta skapar tvivel, osäkerhet och oro att de har missat en situation som de bör ha gripit in i. BVC-sjuksköterskorna har olika tillvägagångssätt för att få en klar bild av

potentiella hälsorisker. De gör hembesök och har tätare kontakt med de immigrerade familjerna (Berlin et al., 2008).

Kommunikation i omvårdnaden

Travelbee (2006) beskriver kommunikation som en handling och en process mellan människa till människa. Det sker så fort sjuksköterskan och patienten är tillsammans, både med och utan ord. Interaktionen mellan parterna ger sjuksköterskan möjlighet att uppfatta patientens omvårdnadsbehov. Det är sjuksköterskans ansvar att planera, styra och leda interaktionen mellan dem och därmed förse patientens omvårdnadsbehov. Utifrån omvårdnaden ska individen och familjen få hjälp att erhålla erfarenheter med sjukdom och lidande, men även att finna en mening med dem (a.a.).

Baggens (2001) menar att en avsikt med BVC är att stödja föräldrarna i sin roll som föräldrar. De ska känna en trygghet och få möjlighet att ställa frågor. För att detta skall fungera är det viktigt med en god kommunikation mellan föräldrarna och BVC-sjuksköterskan. I de allra flesta fall är det BVC-sjuksköterskan som leder samtalet in på de olika ämnesområdena. I de fall då föräldrarna styr är oftast när de har frågor om kroppsliga symtom. I många fall inbjuder BVC-sjuksköterskan föräldrarna till att ställa ytterligare frågor och ger dem plats i samtalet för eventuell oro eller för att tala om ämnen som inte tagits upp tidigare. Det innebär också att det finns de BVC-sjuksköterskor som inte inbjuder till frågor. Många föräldrar upplever att det är lättare att samtala utifrån vad barnet sysslar med under besöket på BVC. Det framkom att en del föräldrar uppskattar att BVC-sjuksköterskan dominerar och styr samtalet och andra föräldrar upplever det precis tvärtom (a.a.).

Travelbee (2006) skildrar kommunikationen som verbal och icke verbal. Verbalt innebär när ord i skrift eller muntligen överförs. Icke verbal kommunikation handlar om information som uttrycks med hjälp av kroppsspråk, ansiktsuttryck och beröring. Det icke verbala föregår alltid det verbala vid kommunikation. Kommunikationen fungerar bra när budskapet uppfattas och tolkas korrekt. Då kommunikationen inte fungerar kan det resultera i att människor blir sårade eller att en av parterna verkar fränstötande (Travelbee, 2006).

Baggens (2001) framhåller att det gäller för BVC-sjuksköterskan att individanpassa samtalen och hälsovården som erbjuds. Samtalens struktur utifrån BVC-sjuksköterskan kommer ursprungligen ifrån inarbetade rutiner. Dessa kan ses ur två perspektiv, antingen som en trygghet eller som att samtalet blir väldigt formellt och svårt att anpassa för varje individ (a.a.).

Familjefokuserad omvårdnad

Wright, Watson och Bell (2002) menar att ”en familj är en grupp människor som binds samman av starka emotionella band, en känsla av samhörighet och ett starkt ömsesidigt engagemang i varandras liv” (a.a., s. 72). En familj kan beskrivas på olika sätt, men en begreppsförklaring kan vara att de som kallar sig en familj är en familj. Sjuksköterskans synsätt av begreppet familj påverkar förhållningssättet till familjen och därigenom omvårdnaden. De flesta familjer har kapacitet och resurser att hantera sina egna svårigheter

men kan behöva hjälp av en utomstående att se och bli påmind om sina egna tillgångar. Det är viktigt att hjälpa familjen att se sina styrkor och framhålla deras positiva sidor (Wright et al., 2002).

Berlin (2010) belyser hur immigrerade föräldrar upplever situationen på BVC. De är rädda att bli missbedömda i sin föräldraroll på grund av sin utländska härkomst. Detta gör att relationen mellan BVC-sjuksköterskan och familjen blir svår. Båda parter tolkar kroppsspråk och andra signaler för att få en ökad förståelse. Utifrån hur familjen känner i samspelet med BVC-sjuksköterskan har de olika känslor för att komma till BVC. Detta resulterar i att det är viktigt att BVC-sjuksköterskan är medveten om sitt sätt att vara och sitt förhållningssätt. De BVC-sjuksköterskor som genomgått utbildning i kulturell kompetens upplever förbättring, men de behöver ytterligare kunskap för att utveckla sina kulturella färdigheter och därmed utföra säkrare bedömningar (Berlin, 2010).

BVC-sjuksköterskans erfarenheter av att möta immigrerade familjer

Robinson och Gilmartin (2002) konstaterar att BVC-sjuksköterskor upplever att det finns svårigheter att få patienten delaktig då det finns kommunikationssvårigheter. Dessa är språkliga men även bristande kulturell kunskap har betydelse. I en del länder används liknande uttryck men har olika betydelser, vilket kan vara vilseledande och leda till missförstånd. Det framkommer också att psykiska problem kan uttryckas olika utifrån kultur. Detta kan upplevas som svårt för BVC-sjuksköterskorna för att få en helhetssyn på patienten (a.a.). I en avhandling tydliggör Berlin (2010) faktorer som kan försvåra samspelet och dess kvalitet mellan BVC-sjuksköterskor och föräldrar till barn med utländsk härkomst. Utifrån svårigheterna som framkommer i studien är målsättningen att utforma ett utbildningsprogram i kulturell kompetens och kunna utvärdera om det har någon effekt (a.a.).

För att minska kommunikationssvårigheterna kan tolk användas. Att använda tolk, antingen professionell eller en släkting, kan också innebära svårigheter då en individ tolkar in först och sedan delger vidare. En del patienter vill inte använda sig av tolk. De kan uppleva att det är svårt att diskutera sin situation med en annan landsman och de kanske inte litar på att det förblir sekretess. En del av patienterna som nyligen kommit till landet vill passa in och bli en del av samhället. De vill inte vara till extra besvär som att exempelvis be om tolk. De vill komma in i det nya samhället så fort som möjligt utan att utmärka sig (Robinson & Gilmartin, 2002). Det framkommer att BVC-sjuksköterskor upplever sig ha låg kompetens gällande kultur vid möte av dessa barn och deras föräldrar. Även de som har lång erfarenhet och stor del immigrerade barn på sitt område upplever att det är svårt. BVC-sjuksköterskorna har svårt att bedöma hemmiljön och hur den påverkar barnets utveckling och hälsa (Berlin, 2010).

Robinson och Gilmartin (2002) framhåller i sin studie att BVC-sjuksköterskor ska uppmuntras att fokusera på individanpassad vård i det multietniska samhället. Detta innebär att de behöver utveckla sin transkulturella kompetens för att därmed kunna ha ett holistiskt synsätt av patienten. Mycket av den information som ges i vården i form av broschyrer finns översatt till flera olika språk. Studien visar dock att dessa broschyrer inte delas ut i den grad som de borde. För att kunna förbättra kommunikationen bör svårigheterna belysas för att en bättre strategi ska kunna utvecklas. Då är framförallt

utbildning för BVC-sjuksköterskor om olika kulturer i fokus. Alla har rätt till lika vård (Robinson & Gilmartin, 2002). Berlin, Johansson och Törnkvist (2006) menar också att BVC-sjuksköterskor som arbetar med immigrerade familjer bör sträva efter att nå en hög nivå av kulturell kompetens. Kulturell kompetens definieras här som en hög nivå av kunskap om andra kulturer erhållen genom utbildning eller klinisk erfarenhet. För att kunna erbjuda optimal barnhälsovård till immigrerade familjer krävs inte bara kulturell kompetens utan även rådgivning, hjälp och stöd. BVC-sjuksköterskorna upplever att de har otillfredsställande arbetsförhållanden, exempelvis missnöje över kvaliteten på det hälsofrämjande arbetet samt brist på skrivna riktlinjer och stöd i arbetet med immigrerade familjer. BVC-sjuksköterskorna anger att de endast är delvis eller inte alls nöjda med kvaliteten på deras hälsofrämjande arbete med immigrerade familjer (a.a.).

Att arbeta med ett stort antal immigrerade familjer kan bidra till en ökad medvetenhet om andra kulturer. Denna medvetenhet kan dock leda till ökade känslor av otillräcklighet och frustration. BVC-sjuksköterskorna upplever svårigheter i att möta föräldrarnas behov och förväntningar, vilket resulterar i problem och en känsla av frustration. Det kan också handla om att hantera föräldrarnas ibland problematiska bakgrunder, exempelvis de som är flyktingar (Berlin et al., 2006).

Berlin et al. (2008) fann att den största källan till oro hos BVC-sjuksköterskor i arbetet med immigrerade familjer är rädslan att missa barn utsatta för hälsorisker som orsakas av olika förhållanden i deras omgivning. När förhållanden i barnens psykosociala miljö är främmande och svåra att förstå för BVC-sjuksköterskan upplevs de som svårbedömda. Detta skapar osäkerhet och sjuksköterskan kan inte avgöra om omständigheterna är riskfyllda eller riskfria för barnets hälsa. BVC-sjuksköterskornas personlighet och deras tolerans för svårbedömda och oklara förhållanden är avgörande för hur lång tid det tar innan de vidarebefordrar eller släpper ett fall. Det finns fall då BVC-sjuksköterskor aldrig bestämmer sig utan undviker ett beslut tills dess att barnet fyller sex år och ska flyttas över till skolhälsovården (Berlin et al., 2008).

Transkulturell omvårdnad utifrån Leiningers modell

Teoretisk utgångspunkt för studien är Leiningers (1994) Sunrise-modell. Den syftar till att underlätta för sjuksköterskor att kunna bedriva en kulturellt anpassad omvårdnad genom olika begreppsområden som kan påverka patientens mänskliga omsorg. Leininger började med att skapa en vetenskaplig metod med fokus på transkulturell omvårdnad. Utifrån den utvecklades en teori. Författaren studerade olika kulturer och vanor och seder i samband med vård, men även synen på och värderingen av hälsa och sjukdom. Enligt Leininger (1994) är hälsa detsamma som välbefinnande och omvårdnad är att ge omsorg. Att ta hänsyn till patientens kulturella vanor i samband med vård och omvårdnad och att se till hela familjen. Människans tolkning av sig själv, samhället, naturen och grupprocesser är inlärd sociala konstruktioner. Den kulturella bakgrunden kan ha en stor betydelse för patienten för att återfå hälsan (Leininger, 1994).

Leininger utvecklade Sunrise-modellen för att skapa en tydlig bild av sin teori. Den kan liknas vid en uppgående sol där flertalet dimensioner i form av sju faktorer ingår. Dessa faktorer är: teknologiska - religiösa och filosofiska - familjära och sociala - kulturellt betingade värderingar, övertygelser och livsstilar - politiska och juridiska - ekonomiska

och utbildning. Tre centrala tillvägagångssätt beskriver teorin: bevara kulturen, anpassa vården till kulturen och återbygga kulturen i vården. Avsikten med teorin är att förklara olika kulturella faktorer som påverkar hälsa, välbefinnande, sjukdom eller död. Sunrise-modellen ska vara till en hjälp för sjukvårdspersonal och ska fungera som en kunskapsvägledning för att kunna få en helhetssyn och i slutändan kunna ge en kulturöverensstämmande omvårdnad. Genom att ta hänsyn till alla delar i modellen erhålls en holistisk människosyn. Det mest avgörande är att lyssna med ett öppet sinne, ta lärdom av patienterna och inte påtvinga dem sina egna idéer (Leininger, 2002).

PROBLEMFORMULERING

Immigration till Sverige sker från många olika länder. De flesta människor som flyttar hit är i en ålder som kan innebära familjebildning. Beroende på hur situationen runt om i världen ser ut skiftar det vilket ursprung immigranterna har. Tidigare forskning visar att BVC-sjuksköterskor upplever svårigheter i arbetet med immigrerade familjer, detta på grund av deras egna bristfälliga kunskaper om andra kulturer. Detta kan göra att BVC-sjuksköterskan har svårt att upptäcka hälsorisker hos dessa familjer. Barnhälsovården behöver konstant aktualiseras eftersom de möter många olika immigrerade familjer. Kommunikationssvårigheter kan göra att BVC-sjuksköterskan inte kan utföra sitt hälsofrämjande och förebyggande arbete på ett tillfredsställande sätt. Risken för missförstånd och oklarheter är stor. All hälso- och sjukvård vilar på en evidensbaserad grund, därför behöver även forskning vad gäller immigrerade familjer och barnhälsovård vara aktuell. Efterforskningar visar att BVC-sjuksköterskors möte med immigrerade familjer är ett sparsamt utforskat område. Genom att belysa BVC-sjuksköterskors erfarenheter av att möta immigrerade familjer ökas därför kunskapen och förståelsen för detta undersökningsområde.

SYFTE

Syftet med studien var att belysa BVC-sjuksköterskors erfarenheter av att möta immigrerade familjer.

METOD

Denna studie hade en induktiv ansats där datamaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Induktiv ansats innebär att förutsättningslöst analysera BVC-sjuksköterskornas berättelser av sina erfarenheter. Vid kvalitativ innehållsanalys beskrivs variationer i en text genom att identifiera skillnader och likheter i innehållet av texten. Den här studien sökte det latenta budskapet i texten, det handlar om att urskilja vad som sägs mellan raderna och uttrycks på en tolkande nivå. (Graneheim & Lundman, 2004).

Urval

Inklusionskriterierna för studien var att informanterna skulle vara specialistutbildade till distriktssköterska eller ha specialistutbildning inom hälso- och sjukvård för barn och ungdomar (barnsjuksköterska) och som var verksamma inom Västra Götalandsregionen och ha arbetat minst ett år. Tillträde till forskningsfältet inhämtades från verksamhetschefer och vårdföreståndare vid barnvårdscentraler i Västra Götalandsregionen. Först kontaktades de via telefon med kort information om studiens syfte och tillvägagångssätt, därefter skickades e-post med utförlig information (bilaga 1). När tillstånd givits ombads respektive verksamhetschef eller vårdföreståndare om tillstånd att tillfråga BVC-sjuksköterskor om de var intresserade av att delta i studien. Därefter kontaktades BVC-sjuksköterskor via telefon och e-post och fick information om studien samt förfrågan att delta (bilaga 2). Skriftligt samtycke från verksamhetschefer/vårdföreståndare (bilaga 3) och BVC-sjuksköterskor (bilaga 4) inhämtades. Urvalet kom att bestå av åtta BVC-sjuksköterskor ifrån sju olika kommuner. Deras medelålder var 51 år och de var alla kvinnor. De hade arbetat som BVC-sjuksköterskor mellan 3-34 år. Sex av informanterna arbetade som distriktssköterskor, en som barnsjuksköterska och en arbetade både som distrikt- och barnsjuksköterska.

Datainsamling

Den datainsamlingsmetod som användes var kvalitativa intervjuer. Kvale och Brinkman (2009) beskriver hur viktigt det är att intervjuaren har god kunskap om ämnet för att kunna finna deltagarnas erfarenheter och upplevelser. Det är betydelsefullt att vara lyhörd, att lyssna aktivt och ansvara för att en struktur upprätthålls (a.a). Alla intervjuer i denna studie utfördes på en tid och plats vald av respektive BVC-sjuksköterska. Innan varje intervju startade fick deltagarna återigen information om studiens syfte och tillvägagångssätt samt en förklaring av begreppet immigrerade. Författarna utförde fyra intervjuer var och varje intervju pågick mellan 22-45 minuter. En intervjuguide (bilaga 5) med tre strukturerade och sex öppna frågor användes. Exempel på de öppna frågorna var: Kan du beskriva en positiv/negativ situation när du har mött en immigrerad familj? Hur upplever du din roll som BVC-sjuksköterska i dessa situationer? Intervjuarna lyssnade aktivt under intervjun och ställde följdfrågor utifrån deltagarnas svar för att bredda och inhämta data med god kvalitet. Exempel på följdfrågor kunde vara: Hur menar du? Kan du utveckla? Hur kommer det sig? Det som avgör kvaliteten på data enligt Kvale och Brinkman (2009) är hur väl insatt intervjuaren är i ämnet samt hur god intervjuteknik som tillämpas. Intervjuerna spelades in på ljudfil och transkriberades ordagrant efter att intervjuerna var genomförda då minnet av upplevelsen var som starkast.

Analys

Datamaterialet analyserades genom kvalitativ innehållsanalys beskriven av Graneheim och Lundman (2004). De transkriberade intervjuerna utgjorde datamaterialet vilket lästes igenom upprepade gånger av båda författarna för att skapa en känsla av texten som helhet. Texten delades sedan in i meningsenheter, vilka utgjordes av ord, meningar och stycken som hörde ihop genom sitt innehåll. För att göra meningsenheterna mer lätthanterliga kortades de ned, men utan att det centrala innehållet gick förlorat, detta steg i analysen kallas kondensering. Därefter abstraherades den kondenserade texten. Det innebar att

texten förseddes med koder vilka kort beskrev meningsenhetens innehåll. Koderna jämfördes med varandra avseende likheter och skillnader och relaterades in i preliminära teman. Ett tema bestod av flera koder med likartad innebörd. Analysarbetet resulterade i ett antal teman och subteman vilka utgjordes av det latenta budskapet, en tolkning av det underliggande innehållet. För att få fram vad som sades mellan raderna ställdes frågor till texten, såsom: ”Vad står det här för?”, ”Vad innebär det här för BVC-sjuksköterskan?” och ”Vad erfor BVC-sjuksköterskan?”.

Etiska överväganden

Denna studie följer forskningsetiska riktlinjer enligt Vetenskapsrådet (2011). Deltagarna i studien har informerats skriftligt om studiens syfte och tillvägagångssätt. Information gavs även om att allt material hanteras konfidentiellt, det vill säga det hanteras med ett etiskt förhållningssätt. Det innebär att materialet förvaras säkert för att utomstående människor inte kan ta del av dem. Deltagarna ska inte kunna identifieras. Deltagarna har informerats om att deltagande är frivilligt och att de när som helst under studiens gång kan avbryta utan att det kommer att påverka dem negativt. Ett skriftligt samtycke har lämnats av deltagarna. Enligt lagen om etikprövning av forskning som rör människor (SFS 2003:460) behövs inget tillstånd då studien inte är utförd på patienter och den är utförd av studenter inom högskoleutbildning avancerad nivå.

RESULTAT

Efter bearbetning och analys av datamaterialet framkom tre teman och nio subteman, dessa presenteras i tabell 1. I texten nedan följer en beskrivning av dessa teman och underteman samt belysande citat.

Tabell 1. Presentation av teman och subteman baserat på BVC-sjuksköterskors utsagor.

Tema	Subtema
Vill vara ett stöd	Ger av sina resurser Känner sig otillräcklig
Kommunikation på andra villkor	Vill kunna kommunicera Bedöma språkutveckling
Vill bemöta med respekt trots olika synsätt	Tar hänsyn till familjens bakgrund Bemöter olika uppfattningar Ställs inför dilemman Möter familjer med krigsupplevelser och utvisningshis Berikas av andra kulturer

Vill vara ett stöd

Vill vara ett stöd handlar om att BVC-sjuksköterskorna upplevde att de immigrerade familjerna oftare behövde mer av deras resurser och att de hjälpte till på ett mer konkret sätt. I vissa fall kunde BVC-sjuksköterskorna inte tillgodose dessa behov på grund av tidsbrist vilket resulterade i en känsla av otillräcklighet.

Ger av sina resurser

BVC-sjuksköterskorna upplevde att BVC är ännu viktigare för många av de nyanlända immigrerade familjerna, eftersom de kommer till ett nytt land med andra seder och språk och många blir ensamma. Asylsökande är en grupp som också behöver hjälp på ett helt annat vis, det kräver mer resurser av BVC-sjuksköterskan. BVC-sjuksköterskorna lade mer tid på immigrerade familjer, de hjälpte till på ett mer handgripligt sätt. Det kunde handla om att få med dem i den sociala gemenskapen med andra föräldrar eller att förmedla andra kontakter. I vissa fall hjälpte BVC-sjuksköterskan till och ringde själv till olika instanser. De träffade immigrerade familjer oftare och behövde ibland remittera vidare. Vissa familjer hade svårt att orientera sig i samhället, BVC-sjuksköterskan behövde då hjälpa och informera på ett annat sätt. Till en del familjer som hade större behov hade BVC-sjuksköterskorna möjlighet att ge extra stöd i form av begagnade kläder och att söka pengar. Att ge extra stöd kunde också vara ett dilemma:

Däremot så är det ju tillåtet att göra omskärelse på pojkar. Och där är det naturligtvis så att det är ju ett politiskt beslut som är taget att de har rätt att få göra det, men de ska också ordna det själva och det kan jag känna ibland att där... det är lite negativt för det blir ju egentligen vi som BVC-sköterskor som får stötta och hjälpa till i detta på nåt sätt. Och vi ska inte behöva ta ställning i detta. (5)

Barnets hälsa påverkas även av hela familjens välmående. En situation som beskrevs var då ett syskon till ett BVC-barn var apatisk och hur BVC-sjuksköterskan fick vara med och stödja hela familjen. Det fanns en önskan att finnas där för familjen även i svåra situationer. BVC-sjuksköterskorna upplevde även att det var viktigt att lyssna på och att stärka föräldrarna. Det kändes positivt att kunna vara betydelsefull för hela familjen.

När BVC-sjuksköterskan stödjer föräldrarna vid anknytningsprocessen sker det på samma sätt oavsett var familjen kommer ifrån. BVC-sjuksköterskorna gav råd utifrån den bild de hade av familjen. De uttrycktes dock en frustration över att inte ha full kännedom om hur råden efterföljs.

Jag brukar säga det att vi på BVC vi tittar på barnen i ett nyckelhål, vi ser dem en liten stund här så, men sen vet vi inte så mycket om vad som händer. (7)

I vissa situationer upplevde BVC-sjuksköterskorna att de gjorde små saker utöver det vanliga som kunde betyda mycket för familjerna. En liten gest som att kunna en hälsningsfras på familjens modersmål uppskattades mycket. En BVC-sjuksköterska beskrev en situation där hon såg en större grupp av föräldrar med samma nationalitet med barn i liknande ålder och skapade en speciell föräldragrupp för dem med tolk. En form av extra stöd kunde vara att följa med en orolig förälder vid ett tandläkarbesök, vilket stärkte relationen mellan dem. Det kunde också vara att gå och köpa en bok till ett barn i en flyktingfamilj som höll på att lära sig svenska. Att kunna göra något extra för dessa familjer kändes positivt för BVC-sjuksköterskorna och stärkte dem i sin roll.

Fastän hon är orolig och inte kan språket, och hon är väldigt orolig för tandläkarbesök för dottrarna och för sig själv då men. Då har vi tandläkare precis här runt hörnet, då har vi gått dit och vi har pratat och hon har fått ett positivt möte mellan oss då hon är väldigt glad att jag har kunnat hjälpa henne då. (1)

I många fall där BVC-sjuksköterskan beskrev att hon hade lagt extra tid och resurser fick hon också mycket tillbaka från familjerna. BVC-sjuksköterskan stärktes i sin roll då hon såg positiv utveckling och samtidigt stärktes hennes relation till familjerna.

Känner sig otillräcklig

Otillräcklighet var en känsla som framkom när BVC-sjuksköterskorna ville göra mer än de hade möjlighet till. De upplevde ett pressat besöksschema, samtidigt som de såg familjer som hade behov av mer stöd. För att få tid för dem fick annat i verksamheten prioriteras bort. Att erbjuda andra aktiviteter utöver basprogrammet fanns inga resurser till. Önskemål framkom om att ha mer tid för att kunna ha en tätare kontakt och kunna stötta efter det behov de såg.

Man behöver ju egentligen åka hem på lite fler hembesök kanske. Och man klämmer in det men det är ju tight, så att så blir det annat i verksamheter som får stå tillbaka. (4)

I de fall där vidare hjälp behövdes utöver BVC-sjuksköterskans resurser kunde hon förmedla detta. När en remiss väl var skickad kunde väntan ändå bli lång, upp till ett år. Familjens frustration togs under tiden ut på BVC-sjuksköterskan, som i sin tur hade gjort sin del och därför kände sig hjälplös.

Kommunikation på andra villkor

Kommunikation på andra villkor handlar om att vilja kunna kommunicera med familjer trots att parterna talar olika språk. Bedömningen av språkutvecklingen blir ett problem för BVC-sjuksköterskan under dessa förutsättningar. BVC-sjuksköterskorna använde sig av olika hjälpmedel för att underlätta kommunikationen, men ibland kunde parterna inte nå varandra ändå.

Vill kunna kommunicera

Det framkom tydligt att i möten med immigrerade familjer är det framförallt språket som är ett hinder i kommunikationen. Det ansågs viktigt att använda tolk för att alla parter skulle ha möjlighet att komma till tals. Det var lättare för föräldrar att ställa frågor och få information på sitt eget språk. Att använda tolk regelbundet gjorde BVC-sjuksköterskan bättre på att samtala via tolk, att ställa frågor och få återkoppling. Utan tolk var det svårt att ha djupare samtal, då det kan vara svårt med nyanser i olika språk. En del BVC-sjuksköterskor föredrog att använda tolk på plats och andra telefontolk. Vid tolkning via telefon blev det ofta ett bra samtal. Ibland kunde dock en del föräldrar titta på telefonen under samtalet, vilket kunde få BVC-sjuksköterskan att känna sig utanför.

I vissa situationer upplevdes det svårt att avgöra om tolk skulle användas eller inte, för att göra besöket så bra som möjligt. Kvaliteten på tolkar varierade, en del verkade översätta mer än vad BVC-sjuksköterskan sa och i vissa fall bekräftade föräldrar att tolkar översatte fel. Detta framkom inte förrän samtalet var avslutat. När tolkningen inte blev som BVC-

sjuksköterskan hade tänkt kände hon sig besviken och osäker på vilken information familjen fått. Samtal med tolk kunde av BVC-sjuksköterskorna erfaras som korta och onaturliga, då hon inte lade ut orden så mycket. De kände sig begränsade av att inte kunna prata lika fritt som vid andra samtal. Ett samtal som sker via en tredje part upplevdes inte som ett vanligt samtal.

Ja, men det blir ju stelbent. Det blir ju inte som vanligt att ha en tredje person som tolk. Det är ju en person till i rummet och det är oftast en för mycket egentligen. Men jag är ju helt beroende av tolken. Och är det en bra tolk då kan man ju känna att det funkar som om man vore bara två. Men det är ju långt ifrån varje tolkning som känns så. (3)

BVC-sjuksköterskornas erfarenhet var att tolkmöten tar längre tid och mer kraft. En av BVC-sjuksköterskorna delgav en erfarenhet där hon i samtal med föräldern kom överens om tolk, sedan visade det sig att familjen var flerspråkig och att barnet inte förstod tolken. BVC-sjuksköterskan trodde att hon hade skapat bästa möjliga förutsättningar och fick en känsla av misslyckande när hon inte kunde nå hela familjen. Även om tolk används kan det vara svårt att nå varandra.

Ibland visade det sig att den inbokade tolken kände familjen sen tidigare. BVC-sjuksköterskorna föredrog en neutral tolk. Då tolk och föräldrar kände varandra blev inte samtalet personligt i samma utsträckning, trots tolkens tystnadsplikt. BVC-sjuksköterskorna upplevde i dessa samtal att föräldrarna blev hämmade och undvek känsligare ämnen. Att familjemedlemmar användes som tolk föredrogs inte. BVC-sjuksköterskan ville inte låta exempelvis äldre syskon tolka, då det var ett för stort ansvar och det fanns risk för missförstånd.

Att möta immigrerade familjer med engelskakunskaper underlättade kommunikationen. Vid kortare besök upplevde BVC-sjuksköterskorna detta som en fördel och tidsbesparande. I de fall där båda parter talade olika språk kunde BVC-sjuksköterskorna använda olika hjälpmedel. Flera använde översättningsprogram i datorn, även kroppsspråk kunde underlätta. Den skriftliga informationen som delges på BVC finns även översatt på flera olika språk, vilket underlättade betydligt för båda parter. I vissa fall är det tydligt att det planerade besöket inte går att genomföra utan ett nytt besök med tolk får bokas.

Tolk kunde vara ett bra hjälpmedel, men av olika anledningar användes det inte i alla situationer. Det kunde bero på att pappan var svensk, att familjen dök upp utan bokad tid eller att familjen hade önskat att inte ha tolk då de ville öva på svenska språket. Detta kunde visa sig problematiskt för BVC-sjuksköterskorna. Ibland kunde föräldrarna säga att de förstod, men BVC-sjuksköterskan förstod genom kroppsspråk eller motfrågor att hon inte hade nått fram. De uttryckte även att det krävdes större tydlighet när de kommunicerade med immigrerade familjer utan tolk. Det blev ännu viktigare att ge information på ett genomtänkt sätt och att försäkra sig om att båda parter förstod. Trots språksvårigheter är det viktigt att ha tillit till varandra, det kan dock vara svårt att bygga en relation när parterna inte förstår varandra.

BVC-sjuksköterskorna beskrev situationer där kommunikationen skedde via pappan. I vissa fall var bara kvinnan immigrerad och pappan svensk, i andra fall kom båda

föräldrarna från ett annat land men pappan hade lärt sig svenska. En del familjer var av den åsikten att all kommunikation ska gå via pappan. I de situationer då BVC-sjuksköterskan var osäker på måendet hos kvinnan och barnet i relation till mannen blev det en svårighet eftersom hon inte kunde fråga rätt ut. Detta upplevdes som ett dilemma på grund av anmälningsskyldigheten. BVC-sjuksköterskorna kände sig frustrerade över att inte kunna kommunicera direkt med kvinnan. I vissa samtal framkom endast mannens perspektiv där BVC-sjuksköterskan var ute efter kvinnans upplevelse:

För jag fick ingen kläm på egentligen, hur mår mamman? Hur upplevde mamman förlossningen? Pappan tyckte det gick bra, men det är ju hans version. Ja, så man biter sig bara i svansen att inte ha tolk. (3)

Samtal via telefon kunde erfaras som särskilt problematiskt på grund av att parterna inte ser varandra. Endast verbal kommunikation försvårade för BVC-sjuksköterskan att försäkra sig om att de förstått varandra.

För de har mycket lättare för att prata öga mot öga. En del försöker att ringa, och det blir oftast inga bra samtal. Jag känner mig faktiskt ganska frustrerad då efteråt för att, jag vet inte riktigt om de har förstått. Och det är mycket lättare, man har ju ganska mycket kroppsspråk och sådär som man... man läser ju av varandra också på ett annat sätt, när man ses. (8)

Språksvårigheter blev tydliga även vid screening av förlossningsdepression. Trots att EPDS-formuläret finns översatt på olika språk beskriver BVC-sjuksköterskorna svårigheter. Ibland framkom inte kvinnans depression genom hennes skriftliga svar utan det visar sig senare i samtal. De kvinnor som inte talar något av de översatta språken faller utanför och riskerar att inte få samma hjälp. BVC-sjuksköterskorna uttryckte oro över att inte kunna upptäcka förlossningsdepression hos immigrerade kvinnor.

Konsekvensen av att inte förstå varandra blir även tydlig vid hembesök. Några BVC-sjuksköterskor beskrev att de skulle göra hembesök och då visade det sig att barnet i fråga inte var hemma. Vid sådana missförstånd tog BVC-sjuksköterskan på sig ansvaret och reflekterade över hur det hade uppstått.

Bedöma språkutveckling

Att tala olika språk beskrevs som en svårighet för BVC-sjuksköterskan när hon ska bedöma barnets språkutveckling. Hon kan bedöma barnets kontakt med föräldrarna och se att det finns ett språk, resten av bedömningen får hon göra i samråd med föräldrarna. Den situationen kändes inte optimal för BVC-sjuksköterskorna, men utifrån de förutsättningar som fanns gjorde de sitt bästa. Oavsett ursprung har barn lika signaler och leker och pratar på samma sätt fast på olika språk, detta var en trygghet för BVC-sjuksköterskorna i deras bedömning.

Och då är det ju en väldig svårighet om inte barnet har kommit igång och prata på svenska för då kan ju inte jag göra någon bra kontroll. Hur ska jag få en uppfattning om språket? Jag har ju ingen susning om hur barnet pratar på sitt

modersmål eller ursprungsspråk då, så jag får ju helt förlita mig på att föräldrarna är kapabla att bedöma det. (3)

Vill bemöta med respekt trots olika synsätt

Vill möta med respekt trots olika synsätt handlar om olika former av kulturkrockar som kan förekomma i mötet mellan BVC-sjuksköterskor och immigrerade familjer. I samband med att BVC-sjuksköterskan möter många olika nationaliteter möter hon också olika synsätt som kan kollidera med BVC:s rekommendationer. BVC-sjuksköterskorna belyste vikten av att behandla alla lika, oavsett ursprung. De försökte informera och stödja familjerna på ett respektfullt sätt.

Tar hänsyn till familjens bakgrund

BVC-sjuksköterskorna beskrev att de tog hänsyn till familjernas olika bakgrunder. De fick skaffa sig en bild av föräldrarnas tankesätt och situation för att individuellt kunna möta deras behov. BVC-sjuksköterskorna tog hänsyn till hur länge familjerna hade bott i Sverige och vilken utbildningsnivå de hade när de gav råd:

Och som till exempel det där med stötta extra i amning, för det är ju väldigt olika ifrån olika länder hur det ser ut. För många så är det fint att kunna ha råd till att köpa tillägg. Så då är det nästan att de får visa upp att jag har pengar till att köpa tillägg. Fastän vi tycker ju det bästa är om de får bröstmjölk. (4)

BVC-sjuksköterskorna påtalade vikten av hur de uttrycker sig när de informerar. Det var betydelsefullt att ha kännedom om och respekt för familjernas bakgrund och vanor för ett bra bemötande. För en fortsatt bra relation ville de undvika att trampa någon på tårna. BVC-sjuksköterskorna mötte immigrerade familjer från många olika länder.

Bemöter olika uppfattningar

BVC-sjuksköterskorna beskrev att en del immigrerade familjer inte är vana vid den sortens vård som BVC bedriver, vissa har aldrig upplevt det överhuvudtaget. En del familjer uppfattar BVC-sjuksköterskan som en myndighetsperson och kan känna rädsla inför henne, medan andra ser henne som någon som hjälper och inte kontrollerar. Vid möten med familjer som visade rädsla var det viktigt för BVC-sjuksköterskan att planera sitt bemötande och inte känna sig stressad. Denna rädsla kunde visa sig i samband med vaccinering, vilket kunde relateras till familjernas tidigare erfarenheter:

Men vi skulle vaccinera och de föräldrarna blev så rädda. Tills det när vi förstod, då var det någon av de här familjerna som berättade att i kriget tog de barnen och vaccinerade dem och sedan lämnade de tillbaka döda barn. (2)

BVC-sjuksköterskorna upplevde att många av de immigrerade familjerna är mer angelägna om att ha en bra relation med henne. Detta förstärkte BVC-sjuksköterskornas känsla av att vara betydelsefulla.

Vid olika situationer uppmärksammades skillnader som gjorde att BVC-sjuksköterskan fick delge sina rekommendationer. En händelse som beskrevs var där en familj lindade sitt spädbarn. BVC-sjuksköterskan kände viss förståelse då detta tidigare har varit vanligt även i Sverige, men samtidigt kände hon ett ansvar att informera varför det inte görs längre. Även synen på sjukdomar och behandling kunde skilja sig åt, exempelvis önskades antibiotikabehandling i större utsträckning då det finns mer lättillgängligt i många andra länder. Beroende på ursprung kan synen på åga, kost och säkerhet, exempelvis användning av cykelhjälm, se annorlunda ut. BVC-sjuksköterskorna lade mer vikt på att informera och följa upp inom dessa områden.

Ställs inför dilemman

BVC-sjuksköterskorna hade svårt att hantera när en del män ansåg att kvinnor var mindre värda. Det uppstod ett dilemma mellan BVC-sjuksköterskornas personliga åsikter och yrkesroll.

Så jag har svårt att det finns män som tycker att kvinnor är av sämre sort. Och säkert syns det. Man ska försöka vara neutral och inte visa det, men det tror inte jag att jag klarar. Även om jag försöker. (2)

BVC-sjuksköterskorna mötte en givmildhet och gästvänlighet som var svår att hantera i deras yrkesroll. Det kunde sätta dem i ett dilemma, att avböja kunde påverka deras relation samtidigt som de exempelvis inte kunde ta emot gåvor.

Ibland kan ju det där vara lite svårt att tackla för alltså, det kan ju hända att de ska resa tillbaka till sitt hemland och så kan de komma och fråga "nu ska vi åka, vad vill du ha för present när vi kommer tillbaka?" (7)

BVC-sjuksköterskorna upplevde att det var viktigt att vara medveten om dessa skillnader för att kunna hantera de situationer som kan uppstå. Samtidigt önskades ytterligare kunskap om andra kulturer och sedvänjor för att få en ökad förståelse.

BVC-sjuksköterskorna beskrev andra dilemman, exempelvis att familjerna kunde komma till BVC utan att ha en tid inbokad. Det var svårt att förhålla sig till detta då de inte alltid hade tid att träffa dem eller möjlighet att på kort varsel boka tolk. En del föräldrar verkade inte ha fått information om syftet med BVC-besöken utan kunde exempelvis hjälpa sitt barn under en synkontroll eller ett språktest, detta gjorde det svårt för BVC-sjuksköterskan som skulle bedöma barnets färdigheter. Detta blev även tydligt då en del föräldrar kom med sina sjuka barn till BVC istället för vårdcentralen.

Möter familjer med krigsupplevelser och utvisningshot

En del familjer som BVC-sjuksköterskorna mötte hade det svårt, det kunde handla om familjer som flytt från krig eller som levde under utvisningshot. Kontakten med utvisningshotade familjer kunde vara svår att upprätthålla på grund av hemliga adresser. Barn från krigsdrabbade länder kunde ha svårt att lita på andra människor, det var tidskrävande för BVC-sjuksköterskan att få kontakt och skapa en relation samtidigt som hon inte kunde sätta sig in i deras situation. Hos dessa familjer hade BVC-sjuksköterskan ett annat fokus.

Kommer man från ett krigsdrabbat område så blir ju, alltså, då kanske man fokuserar på andra saker lite mer. Alltså det finns vissa saker som inte är så jätteviktiga kanske, för oss att fokusera på kan man tycka, utan det finns andra saker som är viktigare i de familjerna, och att det är ju den psykiska hälsan framför allt. Att man måste se hur föräldrar och barn mår. (5)

Berikas av andra kulturer

BVC-sjuksköterskorna uttryckte uppskattning över att arbeta med människor från andra länder. De mötte mycket tacksamhet, värme, öppenhet och givmildhet. Att möta andra kulturer ansågs vara en förmån som berikade deras arbete. BVC-sjuksköterskorna uppskattade att ta del av andra matkulturer. Att möta andra kulturer gav en ökad förståelse och en insikt om andra levnadssätt.

På något sätt känner jag att det berikar ens sätt att se på sitt jobb. Jag blir nog mer ödmjuk inför andra människor också. (8)

Resultatsammanfattning

Sammanfattningsvis visar denna studie att BVC-sjuksköterskor vill bemöta alla familjer lika oavsett ursprung. De har en ännu viktigare roll för immigrerade familjer och kan ge olika former av extra stöd utifrån familjernas behov. Den största svårigheten i mötet med immigrerade familjer ansågs vara kommunikationssvårigheter. Att använda tolk kan vara ett bra hjälpmedel men kan även kännas hämmande och onaturligt. BVC-sjuksköterskorna upplevde att det var viktigt att ta hänsyn till familjernas olika bakgrunder för att få en förståelse och kunna stötta dem och ge information på ett bra sätt. Familjernas olika synsätt och levnadsvanor kunde ställa BVC-sjuksköterskorna inför dilemman, men kunde också vara lärorika och gav en ökad förståelse om andra sätt att leva.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Då syftet med denna studie var att belysa erfarenheter valdes en kvalitativ metod med induktiv ansats för att förutsättningslöst kunna tolka BVC-sjuksköterskornas berättelser. Kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) ger möjlighet att beskriva variationer i en text och söka dess underliggande mening, det latenta innehållet.

Graneheim och Lundman (2004) menar att informanter i en studie med olika kön och åldrar bidrar till en rikare variation av det som studeras och därmed ökar giltigheten. Urvalet av informanter i denna studie bestod endast av kvinnor, detta beroende på att de kontaktade vårdcentralerna endast hade kvinnliga BVC-sjuksköterskor, vilket troligtvis också speglar verkligheten på de flesta andra barnvårdscentraler. Deras åldrar varierade mellan 37-59 år med en medelålder på 51 år. Alla BVC-sjuksköterskor var verksamma på olika vårdcentraler spridda över ett större geografiskt område, totalt sju olika kommuner. BVC-sjuksköterskornas upptagningsområden representerades av både stad och landsbygd, andelen immigrerade familjer som de hade hand om varierade också. Antalet yrkesverksamma år inom BVC varierade stort bland informanterna. Detta sammantaget anses ha bidragit till att öka studiens giltighet.

Att välja den mest lämpliga metoden för datainsamling är viktigt för studiens giltighet (Graneheim & Lundman, 2004). Intervjuer valdes för att BVC-sjuksköterskorna skulle kunna berätta fritt om sina erfarenheter. Exempelvis en enkätundersökning hade inte gett utrymme för följdfrågor och hade troligtvis inte gett ett lika rikt resultat. En studies tillförlitlighet relateras till hur data förändras över tid och hur en forskares beslut under analysprocessen förändrar datan. Om datainsamlingen sker under lång tid och datan är omfattande finns en risk att motsägelser inom datamaterialet framkommer (Graneheim & Lundman, 2004). Alla intervjuer i den här studien utfördes under tre veckor. Vid de sista intervjuerna framkom upprepningar från tidigare intervjuer, därför ansågs åtta vara tillräckligt. Mängden data som behövs för att svara på ett syfte på ett trovärdigt vis varierar enligt Graneheim och Lundman (2004) och beror på datans kvalitet samt hur komplext fenomenet som studeras är. Alla informanter hade fått ett brev före intervjun med information om studien och dess syfte. Några av dem uttryckte i samband med intervjun att de hade velat se även intervjufrågorna i förväg för att på så vis kunna känna sig mer förberedda. Detta hade troligtvis inte gett lika spontana svar och informanter hade kanske funderat mer på vad intervjuaren ville ha för svar och påverkats av det. BVC-sjuksköterskorna fick själva välja tid och plats för intervjun för att på så vis skapa de bästa möjliga förutsättningarna.

Innan analysen påbörjades genomgicks Graneheim och Lundmans (2004) metodbeskrivning grundligt. Båda författare arbetade tillsammans genom hela analysprocessen vilket möjliggjorde ständig diskussion och reflektion. Ett metodiskt arbetssätt användes genom hela förloppet där urval av meningsenheter var det första steget. Hur meningsenheterna väljs ut är kopplat till studiens tillförlitlighet. För stora meningsenheter kan vara svåra att hantera då de kan innehålla flera betydelser medan för små meningsenheter kan bli alltför fragmentariska (Graneheim & Lundman, 2004), vilket

togs hänsyn till i denna studie. Därefter följde fortsatt systematiskt arbete vid kondensering och kodning. Hela tiden kontrollerades giltigheten i de olika stegen genom att jämföra dem med varandra. Flera koder med liknande innehåll skapade subteman. Dessa subteman bearbetades grundligt för att tillsammans bilda ett antal teman. Teman och subteman belyser vad texten handlar om på en tolkande nivå. För att visa på analysens giltighet stärktes resultatet med citat.

Graneheim och Lundman (2004) anser att en text alltid innehåller flera betydelser och att en viss grad av tolkning är oundviklig. På latent nivå hanteras data på flera abstraktionsnivåer samtidigt (a.a.). Då författarna inte har någon tidigare erfarenhet av barnhälsovård gav detta en större öppenhet vid analysen av texterna. Det lämnas till läsaren att avgöra huruvida studiens resultat är överförbart till andra sammanhang, efter att ha tagit del av beskrivningen av urval, informanter, datainsamling och analysprocess.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att belysa BVC-sjuksköterskors erfarenhet av att möta immigrerade familjer.

Resultaten tydliggör att informanterna erfar att det finns ett större behov av stöd hos immigrerade familjer. Till viss del kan de tillfredsställa dessa behov, men ofta finns inte tillräckligt med resurser. Berlin et al. (2006) fann att BVC-sjuksköterskor som arbetar nära immigrerade familjer och får fördjupade insikter om andra kulturer på grund av detta kan få ökade känslor av att inte räcka till. Informanterna erfar en känsla av frustration över att se behov och vilja tillgodose dem men inte kunna på grund av resursbrist. Berlin et al. (2006) fann också att BVC-sjuksköterskor upplever svårigheter i relation till otillfredsställande arbetsförhållanden och brist på riktlinjer i arbetet med immigrerade familjer. Även om informanterna i denna studie ofta kände sig otillräckliga fanns ingen ovilja att arbeta med familjerna utan BVC-sjuksköterskorna kände snarare att det var utvecklande och en källa till glädje.

Av resultaten framkommer en situation där informanter satte samman en föräldragrupp med föräldrar från samma land och en tolk användes för att parterna skulle kunna kommunicera med varandra. Detta visade sig vara mycket uppskattat av föräldrarna och informanterna kände sig nöjda att de fick en bra dialog med dem. Dock krävdes det mer planering och förberedelser av informanterna för att kunna genomföra detta och det var svårt att hitta den tiden. De har även efter detta tillfälle sett ytterligare behov men inte haft möjlighet att genomföra fler grupper på grund av tidsbrist vilket genererat fortsatt frustration hos informanterna. I en studie gjord i USA (Urdiales Baker, 2001) påvisas vikten av att föräldrar får utbildning i barnhälsovård samt hur betydelsefullt det är att den ges på ett språk där de också har möjlighet att ställa frågor och diskutera ämnet. Urdiales Baker (2001) framhåller också betydelsen av att BVC-sjuksköterskan har kunskap om den kultur som familjen kommer ifrån för att kunna stödja barnets hälsa. Det visar sig att föräldrarna blir mer delaktiga i barnhälsovården kring sina barn och BVC-sjuksköterskorna har lättare att bemöta mödrarna när det vet om vilka kunskaper de har sedan tidigare (a.a.). Resultaten tydliggör att informanterna får bra respons av föräldrarna som ingår i gruppen, detta bekräftar det behov som de har sett. Även Urdiales Baker (2001) ser många

fördelar för båda parter med informationsgrupper på olika språk. Det blir ett tillfälle att utbyta kunskaper som ökar förståelsen för varandra.

Av resultaten framgår att informanternas hälsofrämjande arbete inte bara innefattar barnen utan de känner även att stärka föräldrarna är en viktig del av deras arbete, de ser familjen som helhet. De anpassar sina resurser utifrån hela familjens behov. Även Baggens (2001) och Wright et al. (2002) menar att ett av syftena med BVC är att stödja föräldrarna i deras roll och lyfta deras styrkor. Barnkonventionen (FN's generalförsamling, 1989) fastslår att alla barn ska ha rätt till nödvändig hälso- och sjukvård. Konventionsstaterna ska säkerställa att föräldrar och barn får stöd och information om näringslära, amning, hygien och förebyggande av olycksfall (a.a.). BVC-sjuksköterskorna arbetar enligt Barnkonventionen när de ser hela familjen som en helhet. Även Leininger (2002) talar om hur viktigt det är att se helheten kring patienten men också att se hela familjen. Hon utgår från sunrise-modellen och där blir det ännu tydligare hur viktigt det är till de olika dimensionerna för att kunna påverka välbefinnande och hälsa (Leininger, 2002).

Av resultaten framkommer det tydligt att kommunikationssvårigheter är det största bekymret i mötet med immigrerade familjer. Enligt Betz (2008) har immigrerade familjer ofta mycket skiftande behov. Att ge dem begriplig information är en förutsättning för att kunna främja hälsa, detta är en utmaning för sjuksköterskan (a.a.). Att använda tolk upplevs av informanterna vara viktigt för att kunna nå varandra och få ett mer fördjupat samtal. Kvaliteten på tolkar varierar och tolksamtal kan upplevas som korta och onaturliga av informanterna. Även Robinson och Gilmartin (2002) fann i sin studie att BVC-sjuksköterskor upplever kommunikationssvårigheter som ett hinder. Kommunikationssvårigheter kan vara såväl språkliga som kulturella. Att använda sig av tolk fungerar inte alltid bra, då samtalet sker via en tredje part och det finns risk för missförstånd. Barnes, Ball och Niven (2011) beskriver hur BVC-sjuksköterskor upplever att ha en tolk med under hembesök försvårar deras egen relation med familjen. Det kan till och med bli så att tolken och familjen får en närmare relation och då känner sig BVC-sjuksköterskan utanför (a.a.). Kommunikation är en process mellan människor och den sker både verbalt och icke verbalt. Det är sjuksköterskans skyldighet att leda kommunikationen och ge relevant information till patienten (Travelbee, 2006). Av resultaten framkommer att informanterna tar på sig ansvaret när missförstånd uppstår och att de tar lärdom till nästa gång. Informanterna undviker att använda sig av familjemedlemmar för att tolka. Hsieh, Ju och Kong (2010) fann att familjemedlemmar som tolkar anses problematiskt på grund av deras brist på medicinsk kunskap och för att de står utanför hälso- och sjukvårdens kontroll.

Informanterna erfor att av olika anledningar vill en del familjer inte använda tolk. Det kan bero på att någon i familjen kan svenska eller att de vill passa på att träna på svenska. Det är då extra viktigt att BVC-sjuksköterskan är lyhörd och tydlig i sitt sätt att uttrycka sig. Robinson och Gilmartin (2002) fann liknande resultat i sin studie där patienter ville komma in i samhället så fort som möjligt och därför avböjde tolk. Det var därför viktigt för BVC-sjuksköterskorna att veta mer om andra kulturer för att kunna individanpassa sitt hälsofrämjande arbete. För att kunna uppnå detta förespråkas utbildning (a.a.). Informanterna efterfrågade utbildning om andra kulturer för att kunna möta alla sina familjer på ett professionellt sätt.

Informanterna upplever att det är viktigt att ta de immigrerade familjernas bakgrund i beaktande för att kunna möta deras behov på ett respektfullt sätt. Berlin et al. (2008) berör detta i sin studie och menar att när skillnader i synsätt finns väcks en osäkerhet hos BVC-sjuksköterskorna då de inte vill påverka familjerna med sina egna värderingar. Även Berlin (2010) fann att det är viktigt för BVC-sjuksköterskan att vara medveten om sitt förhållningssätt. Författaren framhåller att detta förenklas av utbildning i kulturell kompetens. När Leininger (1994, 2002) beskriver den stora betydelsen av den kulturella bakgrunden för familjer och hur viktigt det är att ta hänsyn till och respektera densamma påvisar författaren behovet av dennes sunrise-modell, vilken kan vara ett stöd för BVC-sjuksköterskor som möter immigrerade familjer att få en helhetssyn och kunna bemöta på ett kulturöverensstämmande sätt. Som sjuksköterska är det av största vikt att arbeta med ett öppet sinne, inte påtvinga familjerna sina egna värderingar utan att ta lärdom av dem.

När informanterna träffar många immigrerade familjer möter de även olika synsätt som kan hamna i konflikt med deras egna. En del saker var svåra att förhålla sig till och kunde sätta dem i dilemman då de inte ville påverka relationen negativt. Att möta andra synsätt och levnadsvanor sågs även som en förmån som berikade deras arbete. Berlin (2010) belyser ämnet ur familjens perspektiv och finner att en oro och rädsla finns för att bli missbedömda på grund av sin härkomst. BVC-sjuksköterskor kan uppfatta främmande synsätt och beteenden och missbedöma kulturskillnader som oförnuftigt handlande (Berlin et al., 2008). Denna osäkerhet gör att de är rädda att förbise barn som far illa. För att ge BVC-sjuksköterskor bättre förutsättningar att bedöma och bemöta immigrerade familjer föreslår både Robinson och Gilmartin (2002) och Berlin (2010) utbildning om olika kulturer.

I resultaten framkommer slutligen att i vissa fall har informanterna svårt att bedöma måendet i familjen på grund av skillnader i språk och levnadssätt. Denna osäkerhet kan sätta dem i dilemma i relation till deras anmälningsskyldighet. Anmälningsskyldigheten enligt Socialtjänstlagen 14 kap 1 § (SFS 2001:453) innebär för BVC-sjuksköterskor att de är skyldiga att anmäla till socialnämnden vid misstanke eller kännedom om att ett barn far illa. Berlin et al. (2008) stärker resultaten när de skildrar hur BVC-sjuksköterskor kan uppleva att det finns en vägg mellan dem och immigrerade familjer. Kulturskillnader kan skapa oro att de har missat en situation som de borde ha gripit in i (a.a.). Trots denna oro har det inte framkommit av informanterna att de faktiskt har missat barn som farit illa. Detta ämne har dock inte berörts av alla då frågan inte ingått i intervjuguiden. Leininger (2002) beskriver sju olika dimensioner sin teori om är viktigt att ta hänsyn till för att kunna ge en kulturöverensstämmande vård, en av dem är kulturellt betingade värderingar och en annan är religion. Det är tydligt att när det inte finns tillräckligt med kunskap orsakar detta en osäkerhet och rädsla hos BVC-sjuksköterskorna.

Konklusion och kliniska implikationer

Denna studie visar att BVC-sjuksköterskors möte med immigrerade familjer ofta kompliceras av att de talar olika språk och kommer från olika kulturer. BVC-sjuksköterskorna känner sig behövda och mer betydelsefulla för dessa familjer. Ibland har familjernas behov varit större än BVC-sjuksköterskornas resurser och resulterat i en känsla av otillräcklighet. Det skulle vara av intresse att göra en liknande studie i ett område med

högre andel immigrerade för att se hur de BVC-sjuksköterskorna arbetar. Att göra en studie ur familjens perspektiv hade kunnat ge möjlighet till att jämföra de olika resultaten.

Studiens resultat bidrar med ökade kunskaper om BVC-sjuksköterskors arbetssituation i ett multikulturellt samhälle. Resultatet kan användas inom barnhälsovården för att påvisa utbildningsbehovet. I studiens resultat framkommer att BVC-sjuksköterskor önskar mer kunskaper om andra kulturer. Immigrationen till Sverige var år 2012 den högsta någonsin varav den största delen var yngre människor, vilket bekräftar att BVC-sjuksköterskornas önskan är högst relevant och att ämnet är aktuellt. Utan utbildning ökar risken för missförstånd och felbedömningar och ökar BVC-sjuksköterskors osäkerhet i dessa möten. Önskvärt vore kontinuerlig utbildning på grund av att det är ett stort ämne men också föränderligt. Detta skulle också ge tillfälle för BVC-sjuksköterskorna att utbyta tankar och erfarenheter med varandra. De ökade kunskaperna skulle kunna ge dem en ökad förståelse för andra synsätt och detta kan i sin tur spara tid och resurser i mötet med immigrerade familjer på BVC.

REFERENSER

- Baggens, C. (2001). What they talk about: conversations between child health centre nurses and parents. *Journal of Advanced Nursing*, 36(5), 659-667.
- Barnes, J., Ball, M., & Niven, L. (2011). Providing the Family-Nurse Partnership programme through interpreters in England. *Health and Social Care in the Community*, 19(4), 382-391.
- Berlin, A. (2010). *Cultural competence in primary child health care services – interaction between primary child health care nurses, parents of foreign origin and their children* (Doktorsavhandling). Karolinska Institutet.
- 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, 118-127.
- Berlin, A., Johansson, S-E., & 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, 160-168.
- Betz, C. L. (2008). Immigrant Children: Unmet Needs and a Myriad of Nursing Concerns. *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children & Families*, 23(3), 157-160.
- Duffy, J.R. (2003). Caring Relationships and Evidence-Based Practice: Can They Coexist? *International Journal for Human Caring*, 7(3), 45-49.
- Duffy, J.R., & Hoskins, L.M. (2003). The Quality-Caring Model Blending Dual Paradigms. *Advances in Nursing Science*, 26(1), 77-88.
- FN's generalförsamling. (1989). *Barnkonventionen*. Hämtad 7 november, 2013, från <http://unicef.se/barnkonventionen>
- Fägerskiöld, A., & Ek, A-C. (2003). Expectations of the child health nurse in Sweden: two perspectives. *International Nursing Review*, 50, 119-128.
- 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.
- Hsieh, E., Ju, H., & Kong, H. (2010). Dimensions of Trust: The Tensions and Challenges in Provider-Interpreter Trust. *Qualitative Health Research*, 20(2), 170-181.

Jonsell, R. (2011). *Översikt basprogrammet*. Jönköping: Rikshandboken barnhälsovård. Hämtad 7 november, 2013, från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Basprogrammet/Oversikt/>

Jonsell, R., & Delvert, J. (2011). *Kontakter med barnhälsovården*. Jönköping, Söderhamn: Rikshandboken barnhälsovård. Hämtad 7 november, 2013, från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Asylsokande-flyktingar/Kontakter-med-barnhalsovarden/>

Johansson, L. (2009). *Familjeband vanlig orsak till invandring*. Örebro: Statistiska Centralbyrån. Hämtad 7 november, 2013, från http://www.scb.se/statistik/_publikationer/LE0001_2009K04_TI_05_A05TI0904.pdf

Kvale, S., & Brinkman, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2:a uppl). Lund: Studentlitteratur.

Leininger, M. (1994). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, and Practices*. Columbus: Greyden Press.

Leininger, M. (2002). Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 189-192.

Lindstrand, A. (2011) *Barn från andra länder*. Stockholm: Metodbok Barnhälsovården SLL. Hämtad 7 november, 2013, från http://webbhotell.sll.se/Global/Bhv/Dokument/Metodbok/BHV_SLL_10-01.pdf

Robinson, M., & Gilmartin, J. (2002). Barriers to communication between health practitioners and service users who are not fluent in English. *Nurse Education Today*, 22, 457- 465.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 7 november, 2013, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 7 november, 2013, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/

SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtad 7 november, 2013, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/

Statistisk centralbyrån. (2013a). *Invandringen av syriska medborgare tredubblades*. Stockholm: Statistiska centralbyrån. Hämtad 7 november, 2013, från http://www.scb.se/Pages/PressRelease____350650.aspx

Statistiska centralbyrån. (2013b). *Fortsatt ökning av utrikes födda i Sverige*. Stockholm: Statistiska centralbyrån. Hämtad 7 november, 2013, från http://www.scb.se/Pages/Article____360678.aspx

Travelbee, J. (2006). *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje*. Köpenhamn: Munksgaard Danmark.

Urdiales Baker, R.A. (2001). Child health education for the foreign-born parent. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 24, 45–55.

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. Vetenskapsrådets rapportserie 1:2011. Hämtad 7 november, 2013, http://www.cm.se/webbshop_vr/pdf/2011_01.pdf

Wickberg, B. (2013). *Depression hos nyblivna mammor och screening med EPDS*. Göteborg: Rikshandboken barnhälsovård. Hämtad 7 november, 2013, från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Psykisk-halsa/Depression-hos-nyblivna-mammor-och-screening-med-EPDS-Psykisk-halsa/>

Wright, L.M., Watson, W.L., & Bell J.M. (2002). *Familjefokuserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Till vårdföreståndare/verksamhetschef

Skövde 13-04-23

Ansökan om tillstånd att inhämta data för en empirisk studie inom barnhälsovården

Vi är två distriktssköterskestuderande vid Högskolan i Skövde. I utbildningen ingår att skriva en magisteruppsats 15 hp vilken påbörjades i mars 2013.

Många människor från andra länder väljer av olika anledningar att flytta till Sverige. Flera av dessa ingår i familjer som någon gång kommer att besöka en barnavårdscentral. Det kan finnas en stor variation av levnadsvanor och barnuppfostran inom de immigrerade familjerna. BVC-sjuksköterskan har en central roll i barnhälsovården. Tidigare forskning visar att mötet mellan BVC-sjuksköterskan och immigrerade familjer kan vara komplext och invecklat för båda parter. Syftet med studien är att belysa BVC-sjuksköterskors erfarenheter av att möta immigrerade familjer.

Vi önskar att komma i kontakt med BVC-sjuksköterskor som varit verksamma på BVC i minst 2 år och har en specialistutbildning till distriktssköterska eller specialistutbildning inom hälso- och sjukvård för barn och ungdomar.

Vår avsikt är att intervjua åtta BVC-sjuksköterskor från olika barnavårdscentraler inom Västra Götalandsregionen under veckorna 15-18. Intervjun kommer att innehålla ett fåtal öppna frågor om erfarenheter av mötet med immigrerade familjer och beräknas pågå mellan 45-60 minuter. BVC-sjuksköterskan får själv välja plats och tid för intervjun. Intervjun kommer att spelas in för att sedan transkriberas ordagrant och analyseras enligt kvalitativ innehållsanalys. Allt material kommer att behandlas konfidentiellt. Deltagandet är helt frivilligt och BVC-sjuksköterskan kan när som helst välja att avbryta utan närmare förklaring.

Vid frågor går det bra att kontakta oss eller vår handledare via e-post eller telefon.

Med vänlig hälsning

Författare:
Jenny Andersson

Författare:
Sara Franzén

Handledare:
Lars Westin, Lektor.
Institutionen för Vård och Natur
Högskolan i Skövde
lars.westin@his.se

Informationsbrev till BVC-sjuksköterskor

Vi är två distriktssköterskestuderande vid Högskolan i Skövde. I utbildningen ingår att skriva en magisteruppsats 15 hp vilken påbörjades i mars 2013.

Många människor från andra länder väljer av olika anledningar att flytta till Sverige. Flera av dessa ingår i familjer som någon gång kommer att besöka en barnvårdscentral. Det kan finnas en stor variation av levnadsvanor och barnuppfostran inom de immigrerade familjerna. BVC-sjuksköterskan har en central roll i barnhälsovården. Tidigare forskning visar att mötet mellan BVC-sjuksköterskan och immigrerade familjer kan vara komplext och invecklat för båda parter. Syftet med studien är att belysa BVC-sjuksköterskors erfarenheter av att möta immigrerade familjer.

Vi önskar att komma i kontakt med BVC-sjuksköterskor som varit verksamma på BVC i minst 2 år och har en specialistutbildning till distriktssköterska eller specialistutbildning inom hälso- och sjukvård för barn och ungdomar.

Vår avsikt är att intervjua åtta BVC-sjuksköterskor från olika barnvårdscentraler inom Västra Götalandsregionen under veckorna 15-17. Intervjun kommer att innehålla ett fåtal öppna frågor om erfarenheter av mötet med immigrerade familjer och beräknas pågå mellan 45-60 minuter. Du får själv välja plats och tid för intervjun. Intervjun kommer att spelas in för att sedan transkriberas ordagrant och analyseras enligt kvalitativ innehållsanalys. Allt material kommer att behandlas konfidentiellt. Ditt deltagande är helt frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta utan närmare förklaring.

Om du väljer att delta i studien kommer vi att kontakta dig under den närmaste tiden för vidare planering. Vid frågor går det bra att kontakta oss eller vår handledare via e-post eller telefon.

Med vänlig hälsning

Författare:
Jenny Andersson

Författare:
Sara Franzén

Handledare:
Lars Westin, Lektor.
Institutionen för Vård och Natur
Högskolan i Skövde
lars.westin@his.se

Tillstånd att inhämta data för en empirisk studie

Härmed ansöks om tillstånd att inhämta data för en empirisk studie under vecka 15-18.

Tillstånd för att inhämta data för en empirisk studie tillstyrks:

.....
Underskrift

.....
Namnförtydligande

.....
Ort och datum

Skriftligt samtycke till att delta i studie

Jag har tagit del av den skriftliga informationen om studien och samtycke att delta. Jag är införstådd med att deltagandet är frivilligt och att jag närsomhelst kan avbryta utan förklaring.

.....
Underskrift

.....
Namnförtydligande

.....
Ort och datum

Intervjuguide

Förklaring

Det vi menar med immigrerade familjer är människor som är födda i ett annat land som har flyttat till Sverige av olika anledningar. Under den här intervjun är det dina erfarenheter som vi är intresserade av att höra.

Strukturerade frågor

Vilken specialistutbildning har du?

Hur länge har du arbetat som BVC-sjuksköterska?

Hur gammal är du?

Öppna frågor

Kan du berätta om dina erfarenheter av att möta immigrerade familjer?

Kan du beskriva en positiv situation när du har mött en immigrerad familj?

Kan du beskriva en negativ situation när du har mött en immigrerad familj?

Hur upplever du din roll som BVC-sjuksköterska i dessa situationer?

Har du upplevt några svårigheter i mötet med immigrerade familjer?

Beskriv hur du upplever att kommunikationen kan fungera.

Följdfrågor

Kan du utveckla/berätta mer?

Hur menar du?

Kan du ge exempel?

Varför då/hur kommer det sig?

Har du något mer att tillägga?