





Institutionen för hälsovetenskap

## Överbryggande av kommunikationsbarriärer med drivkraft framåt

- En intervjustudie om konsten att främja barns hälsa i det transkulturella mötet

Deborah Björk Kelly Rocha

**Examensarbete i omvårdnad på  
avancerad nivå  
Specialistsjuksköterskeprogrammet  
Institutionen för Hälsovetenskap  
Vårterminen 2021**

## Bridging communication barriers with a drive forward

- An interview study on the art of promoting children's health in the transcultural encounter

Författare: Deborah Björk & Kelly Rocha

Institution: Institutionen för Hälsovetenskap, Högskolan Väst.

Kurs: Examensarbete i Omvårdnad, avancerad nivå, 15 högskolepoäng.

Handledare: Henrik Eriksson

Sidor: 31

Månad och år: Juni 2021

## Sammanfattning

### Bakgrund

En fjärdedel av barn i Sverige har utländsk bakgrund, de har enligt Barnkonventionen (2020) samma rättigheter som barn till svenskfödda. Primärvården är oftast deras första kontakt med svensk hälso- och sjukvård, vilket ställer krav på sjuksköterskor som bär ansvar i att tillgodose och möjliggöra jämlik vård. Ojämligheter i vården kan dock uppstå och beror ofta på kommunikationsbarriärer i mötet.

### Syfte

Syftet var att beskriva primärvårdssjuksköterskors erfarenheter av kommunikationsbarriärer i mötet med barn till utrikesfödda föräldrar.

### Metod

Studien genomfördes med kvalitativ design med induktiv ansats. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med sjuksköterskor inom primärvården i Västsverige. Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

### Resultat

Sjuksköterskor inom primärvården har i möten med barn och deras utrikesfödda föräldrar verktyg för att överbrygga kommunikationsbarriärer, bland annat genom *att hantera dialogen* med föräldrarna och navigera barriärer som uppstår. Sjuksköterskor kan även *identifiera kulturen* och finna sätt att kommunicera och utveckla behovet av mer utbildning och beredskap inför dessa möten. På så sätt även *bära ansvaret* och känslorna i uppdraget mot en mer jämlik vård. Genom arbetet med kommunikationsbarriärer ser sjuksköterskan till att barnets rätt till god hälsoutveckling tillgodoses, och bidrar till att utveckla kunskap om kommunikationsbarriärer och vägen framåt med det hälsofrämjande arbetet.

### Slutsats

Ur olika perspektiv har kommunikationsbarriärer lyfts i tidigare forskning både internationellt som nationellt. Men mer kunskap om lösningar kring kommunikationsbarriärer behövs från barnets perspektiv. Forskning behöver riktas mer på hur man kan arbeta kring problemet, inkludera barnet och blicka framåt.

**Nyckelord:** Främja barns hälsa, kommunikationsbarriärer, kulturkompetent vård, ojämlikhet, transkulturell omvårdnad.

## **Abstract**

### **Background**

A quarter of children in Sweden have a foreign background, according to the Convention on the Rights of the Child (2020) all children own the same rights. Primary care is usually their first contact with Swedish healthcare, which places demands on nurses who are responsible for providing and enabling equal care. However, inequalities often arise due to communication barriers in the meeting.

### **Purpose**

The purpose was to describe primary care nurses' experiences of communication barriers in the meeting with children of foreign-born parents.

### **Method**

The study was conducted with a qualitative design and an inductive approach. Semi-structured interviews were conducted with nurses in primary care in western Sweden. The interviews were analyzed with a qualitative content analysis according.

### **Results**

In caring for children of foreign-born parents, nurses in primary care possess tools for bridging communication barriers. By navigating the dialogue and identifying the culture and finding ways to communicate can enable preparedness for the task. Thus nurses can bear the responsibility and feelings in the mission towards a more equal care for the child. By overbridging communication barriers, nurses are able to cherish for the child's rights and increase knowledge of the phenomenon.

### **Conclusion**

Communication barriers have been lifted worldwide in previous research. More knowledge concerning solutions for communication barriers is needed from the child's perspective. Research needs to focus more on how to work around the problem with a drive forward.

**Keywords:** Communication barriers, culturally competent care, inequality, promote children's health, transcultural care.

## Populärvetenskaplig sammanfattning

Titel: Överbryggande av kommunikationsbarriärer med en drivkraft framåt - Intervjustudie om konsten att främja barns hälsa i det transkulturella mötet

Med ett mångkulturellt samhälle har en fjärdedel av alla barn i Sverige utländsk bakgrund. Primärvårdssjuksköterskor arbetar hälsofrämjande och möter barn till utrikesfödda föräldrar via telefonrådgivning och mottagning. Mötet med barnet och föräldrarna kräver mer av sjuksköterskan, som ska överbygga kommunikationsbarriärer och främja barnets hälsa.

*Bakgrund:* Forskning visar att det finns utmaningar i att ge jämlik vård till barn med utrikesfödda föräldrar. Utmaningarna grundar sig ofta i kommunikationsbarriärer som kan uppstå i mötet. Sjuksköterskor inom primärvården har en avgörande roll i att upptäcka risker i barns tillväxtmiljö för rätten till en god hälsoutveckling.

*Syfte:* Att undersöka primärvårdssjuksköterskors erfarenheter av kommunikationsbarriärer i mötet med barn till utrikesfödda föräldrar.

*Metod:* För att besvara syftet har sju intervjuer med primärvårdssjuksköterskor genomförts. Intervjuerna analyserades med hjälp innehållsanalys för att få fram det manifesta innehållet i sjuksköterskornas berättelser.

*Resultat:* Sjuksköterskor inom primärvården behöver inta barnets perspektiv och ta ansvar för barnets rätt till jämlik vård i möten där kultur som barriär påverkar. Sjuksköterskor behöver även hantera och navigera de barriärer som dialogen mellan dem och föräldrarna innebär, i syfte att främja barnets hälsa. För att kunna hantera situationer där barriärer uppstår efterfrågar sjuksköterskor mer utbildning och beredskap. Ansvar för barnets hälsa skapar känslor som behöver hanteras, vilket genom handledning och stöd från kollegor men även organisationen ger drivkraft framåt i arbetet.

*Slutsats:* Kommunikationsbarriärer bidrar till att hälsan hos barn till utrikesfödda åsidosätts vilket berövar barnet möjligheten till jämlik vård. Primärvårdssjuksköterskor har olika strategier för att överbygga kommunikationsbarriärer. En relationsfokuserad inställning som är mer individ och kulturanpassad är en av strategierna som sjuksköterskorna betonar. Målet är att nå barnet genom föräldrarna och skapa en gemensam väg för barnets hälsa, men mycket finns kvar att göra.

*Förslag på klinisk tillämpning:* Ökat organisatoriskt stöd och resurser till primärvårdssjuksköterskor krävs i form av tid, utbildning och kunskap i kulturkompetent vård för att rusta sjuksköterskan i detta arbete. Mer resurser i form av tidiga insatser och bedömning av risker för barnet men, också resurser för sjuksköterskan kan öka kunskapen och öppna upp för diskussion kring kommunikationsbarriärer. Sjuksköterskors roll i utvecklingen av det hälsofrämjande arbetet för barn till utrikesfödda behöver prioriteras, genom ökad beredskap och övning i kulturkompetens redan i utbildningen men också på arbetsplatser för mer erfarna.

## **Tillkännagivande**

Tack

Vi vill framföra vårt varmaste tack till våra familjer för allt tålamod och förståelse under skrivandet av vår Magisteruppsats. Samtliga sjuksköterskor som deltagit i vår studie, och därmed visat intresse för utveckling av sjuksköterskans uppdrag i riktning mot att främja alla barns hälsa oavsett barnets bakgrund.

Ett stort tack också till vår handledare Henrik Eriksson för vägledning under skrivprocessen. Slutligen vill vi tacka cheferna som trots Coronapandemin delgivit sitt godkännande till att genomföra studien inom deras verksamheter.

**Deborah Björk och Kelly Rocha**

## Definitioner och terminologi

**Barn till utrikesfödda:** Barn mellan 0–18 år där en eller två av föräldrarna är födda utanför de nordiska länderna som för enkelhetens skull även kommer att benämnas “patientgruppen” “barnet” “barnen”

**Utrikesfödda föräldrar:** Föräldrar som är födda i länder utanför Norden (Exempelvis Sverige, Norge, Danmark, Finland och Island). För att korta ner detta kommer dessa föräldrar i vissa fall benämnas som “Föräldrar” i studien.

**Kommunikationsbarriärer:** Barriärer som försvårar möjligheter att främja barns hälsa, däribland språkliga verbala och icke verbala, kulturella, organisatoriska, brist på kulturell kompetens hos sjuksköterskan, brister i tolkanvändning, känslor etc.

**Sjuksköterska/Primärvårdssjuksköterska:** Distriktssköterska, barnsjuksköterska och grundutbildad sjuksköterska som möter barn till utrikesfödda föräldrar i sitt arbete inom primärvården.

**Författarna/Vi:** För enkelhetens skull kommer vi som skrivit uppsatsen att benämna oss själva “författarna” eller “vi” i studien.

**Kulturell kompetens:** En process av kulturell medvetenhet, kunskap, skicklighet, samspel och känslighet bland vårdgivare och den vård som de står för.



# Innehåll

<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>2</b>
<i>Tidigare forskning</i> .....	2
Nationellt forskningsläge.....	2
Internationellt forskningsläge.....	3
<b>Definitioner</b> .....	<b>3</b>
<i>Det hälsofrämjande mötet med barnet och dess föräldrar</i> .....	3
<i>Jämlik vård på barnets villkor</i> .....	4
<i>Kommunikationsbarriärer</i> .....	5
Sjuksköterskans kommunikation och roll gentemot barnet och föräldrarna.....	5
Språk som kommunikationsbarriär.....	5
Tolkanvändning.....	6
Kultur som kommunikationsbarriär.....	7
<i>Kulturkompetent vård</i> .....	7
<i>Teoretisk referensram</i> .....	8
Transkulturell omvårdnad.....	8
<b>Problemformulering</b> .....	<b>9</b>
<b>Syfte</b> .....	<b>9</b>
<b>Metod</b> .....	<b>9</b>
<b>Design</b> .....	9
<b>Kontext</b> .....	10
<b>Urval</b> .....	10
<b>Datainsamling</b> .....	11
<b>Analys</b> .....	11
<b>Etiska övervägande</b> .....	<b>13</b>
<b>Resultat</b> .....	<b>14</b>
<i>Att värna om barnet</i> .....	14
Kulturkrockar.....	14
Barnperspektiv.....	14
<i>Att hantera dialogen</i> .....	15
Språkets betydelse.....	15
Tolkanvändning i mötet.....	15

<i>Att identifiera kulturen</i> .....	16
Olikheter i möten.....	16
Kunskap och beredskap.....	17
<i>Att bära ansvar</i> .....	17
Känslor i mötet.....	17
Coopingstrategier.....	18
<b>Diskussion</b> .....	<b>18</b>
<b>Resultatdiskussion</b> .....	18
Överbryggande som transkulturell omvårdnad.....	18
Framåtsyftande hälsa som drivkraft.....	20
<b>Metoddiskussion</b> .....	<b>21</b>
<b>Slutsats</b> .....	<b>23</b>
<b>Förslag till klinisk tillämpning</b> .....	<b>24</b>
<b>Förslag till fortsatt kunskapsutveckling</b> .....	<b>24</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>26</b>

### ***Bilagor***

- I** Information om intervjustudie - brev till verksamhetschef
- II** Informationsbrev om forskningsprojektet till informanter
- III** Medgivande om deltagandet i studien - till informanter
- IV** Intervjuguide med följdfrågor

## Inledning

I barnkonventionen som i januari 2020 blev lag i Sverige fastställs det i artikel 2 att alla barn i landet har samma rättigheter och att dessa rättigheter ska tillgodoses utan åtskillnad (SFS 2018:1197.). Statistik visar skillnader gällande barns skolresultat, ekonomi och hälsa. Dessa skillnader kan tala för att barns möjligheter att få sina rättigheter tillgodosedda varierar beroende på var i Sverige barnet bor. Det fastställs att en fjärdedel av alla barn i Sverige har utländsk bakgrund. Inom primärvården möter sjuksköterskor barn till utrikesfödda föräldrar, dessa möten sker via telefonrådgivning och mottagning. Bemötandet gentemot barnet och föräldrarna kräver mer av sjuksköterskan än med svenskfödda föräldrar och barn, då det ofta förekommer kommunikationsbarriärer. Kommunikationsbarriärerna kan leda till oklarheter gällande barnets hälsa som kan innebära ökade risker för felbedömningar av sjuksköterskan gällande barnets hälsa och hälsoutveckling, vilket talar emot det hälsofrämjande arbete.

Forskning visar att sjuksköterskor kan känna oro och ångest över att missa barn som utsätts för olika hälsorisker. Om barnets psykosociala förhållanden är obekanta för sjuksköterskorna, kan det leda till försenad identifiering av olika hälsorisker och interventioner, som behöver genomföras för att säkra en god fysisk, mental och psykosocial hälsoutveckling. Som blivande specialistsjuksköterskor inom folkhälsa är ämnet angeläget att studera då det är centralt i professionen att ha ett hälsofrämjande synsätt. Genom synliggörande av kommunikationsbarriärer hoppas vi öka kunskapen och initiera en diskussion kring fler barriärer än språk. Vi hoppas även kunna öppna upp för mer forskning kring lösningar och strategier för att möjliggöra jämlik vård för barn till utrikesfödda föräldrar, där barnperspektivet lyfts och bedömning av hälsoriskerna underlättas. Slutligen vill vi lyfta behovet av ökad kulturell kompetens inom hälso- och sjukvården, för att rusta sjuksköterskan i dennes ansvar i att värna om barnets rättigheter.

## Bakgrund

I bakgrunden kommer tidigare forskning att presenteras, relevanta omvårdnadsbegrepp definieras och vår teoretiska referensram till valt forskningsområde att beröras.

### Tidigare forskning

#### Nationellt forskningsläge

Den utrikesfödda befolkningen i Sverige, det vill säga de som är födda i ett annat land är 2 046 731 personer och utgör ca 19,7% av den svenska befolkningen enligt Statistiska Centralbyrån. Utifrån dessa siffror visar statistiken att en fjärdedel av alla barn i Sverige har utländsk bakgrund (SCB, 2020). För att få en överblick över hur forskningsläget representerar gruppen granskades ett flertal studier som visade att fokus främst lades på språkbarriärer mellan förälder och sjuksköterska. Barnperspektivet som riktas mot de konsekvenser som uppkommer i möten med barnets utrikesfödda föräldrar, samt vad det innebär för barnet var något som saknades (Berlin m.fl., 2006; Berlin m.fl., 2008; Berlin m.fl., 2010a, Berlin m.fl., 2010b; Johansson m.fl., 2016; Englund & Rydström, 2012).

Nationell forskning har uppmärksammat att interaktionen mellan sjuksköterskan och utrikesfödda föräldrar påverkade bedömningen av barnens hälsa, vilket kunde ha negativa konsekvenser för barnet. Berlin m.fl. (2010a) menade att konsekvenserna av interaktionen mellan föräldrarna och sjuksköterskan bidrog till bristfällig närvaro för barnet till besök inom barnhälsovården och därmed minskad tillgång till Barnhälsovårdens Nationella program. Förmågan att bedöma barnets hälsa berodde enligt Berlin m.fl. (2008) på flera faktorer bland annat otillräcklig kulturell kompetens, bristfälliga resurser i bedömning av hälsorisker i barnets psykosociala miljö samt sjuksköterskans förmåga att skapa en tillitsfull relation med föräldrarna för att kunna tillgodose deras behov och förväntningar. Berlins m.fl. (2010b) kommer i en studie fram till att träning för sjuksköterskor i kulturell kompetens minskade hälsoriskerna för barn till utrikesfödda, samtidigt som kvalitén inom barnhälsovården generellt ökade. I studien upplevde sjuksköterskorna att träning i kulturell kompetens hade en positiv inverkan på deras förmåga att hantera kraven som innebar att arbeta inom Primärvården med barn till utrikesfödda föräldrar. Dessa resultat överensstämmer med Golsäter & Hedberg (2016) som påvisade att kulturell kompetens bör vara integrerad i sjuksköterskors arbete för att kunna säkerställa att föräldrar förstått innebörden i det som sjuksköterskan försökte kommunicera. Sjuksköterskor i en annan studie av Berlin m.fl. (2006) påtalade sitt missnöje med kvalitén på det hälsofrämjande arbetet då bristfällig kulturell kompetens bidrog till en oförmåga att bemöta behov och förväntningar från barnet och dess utrikesfödda föräldrar. Mangrio & Persson (2017) visade att när hälsobedömningar inom barnhälsovården görs med uppskattning av föräldrars kultur gav det användbar information och insyn i kulturella, kost och hälsomässiga vanor som påverkade barnet.

Slutligen argumenterade Englund & Rydström (2012) för resurser samt organisatoriskt stöd för sjuksköterskor men även andra yrkeskategorier i att kunna bära ansvaret och leverera vård till barn med utrikesfödda föräldrar. Stödet kunde handla om tid för reflektion, professionell handledning med även uppmuntran till att ha mod för att kunna möta föräldrarna med sina unika behov.

## Internationellt forskningsläge

Internationellt skilde sig forskning från den nationella i det avseendet att ämnet kring vården till barn till utrikesfödda föräldrar var fokuserat på språk men även kultur. Den kulturella aspekten och lösningar som överbryggade kulturella skillnader lyftes djupare internationellt, men även fler kommunikationsbarriärer poängterades som lika viktiga i det hälsofrämjande arbetet kring barn till utrikesfödda föräldrar (Schouten m.fl., 2020; Belintxon, 2019; McCarthy m.fl., 2013; Festini m.fl., 2009; Taylor & Alfred, 2010). Avsaknad av samförstånd tillsammans med den professionellas brist på kulturell medvetenhet bidrog enligt Belinxton (2019) till svårigheter i mötet mellan sjuksköterska och föräldrar med kulturell mångfald. En yttlig och distanserad relation mellan parterna påverkade implementeringen av Barnhälsovårdens nationella program, och skapade oro hos sjuksköterskor över förmågan att göra en helhetsbedömning på barnet. Svårigheter med att erhålla och registrera kulturella aspekter som påverkade barnets hälsa och utveckling, ansågs bero bland annat på elektronisk journal, språkbarriärer, brist på kulturell medvetenhet samt kulturell kompetens. Ytterligare lyftes språkbarriärer och dess betydelse för förmågan att erbjuda god vårdkvalité av McCarty m.fl (2013) som menar att språkbarriärer var tidskrävande men krävde även också resurser i form av tolk. Med tolkanvändning kom andra utmaningar såsom tillgång och kvalité.

För att kunna överbrygga språkbarriärer menade Festini m.fl (2009) att det borde introduceras utbildning i kulturella olikheter och teoretiska riktlinjer gällande transkulturell omvårdnad redan i sjuksköterskeutbildningen och fortsättningsvis i praktiken. I en vetenskaplig konferens presenterad av Schouten m.fl. (2020) med syfte att förbättra interkulturell kommunikation inom hälso- och sjukvården, konstaterades det att språk och kultur ansågs viktigt att adressera samtidigt då de går in i varandra. Detta kunde åstadkommas genom att använda strategier såsom kurser i språket och kulturellt skraddarsydd patientutbildning. Strategierna kunde leda till ökad hälsolitteracitet samt bidra till en tillitsfull relation mellan patient och vårdgivare. Även lösningar såsom stöd inom organisationer gällande kulturell kompetens betonades av Taylor & Alfred (2010) som menade att adekvat tillgång till språktjänster och träning i kulturell kompetens krävdes i möten där kulturella och språkliga skillnader existerade.

## Det hälsofrämjande mötet med barnet och dess föräldrar

Begreppet hälsa definieras av Socialstyrelsen: *Hälsa är ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och inte endast frånvaro av sjukdom eller skada* (Socialstyrelsens termbank, 2009). Nationella folkhälsomål för en *god hälsa* beskriver barn och ungdomar som en särskilt betydelsefull målgrupp för det hälsofrämjande arbetet. Goda vanor i tidig ålder sätter standard och skapar villkor för sunda levnadsvanor även i vuxen ålder (Prop.2007/08:110). Att vara respektfull, intresserad och uppmärksam innefattas i det hälsofrämjande mötet med barn och föräldrar, barnets behov ska komma i första hand och beaktas genom att aktivt lyssna till barns och föräldrars egen kunskap och erfarenhet (Bramhagen & Carlsson, 2013). I det hälsofrämjande mötet med barnet och föräldrar bör sjuksköterskan besitta ett hälsofrämjande förhållningssätt där betoning ligger på en mer jämlik relation. Med ett sådant förhållningssätt strävar sjuksköterskan mot ett partnerskap med föräldrar och barn, där föräldrarna anses som experter på sitt barn. Sjuksköterskans hälsofrämjande arbete blir att bidra med fördjupad kunskap om barns behov och utveckling, som föräldrarna kan ha tillgång till för att förebygga sjukdom och främja barnets hälsa

(Köhler & Reuter, 2013). Det kan även leda till ökad kunskap och kontroll över positiva och negativa hälsofaktorer (Magnusson, 2009). För att kunna uppnå god kvalitet i det hälsofrämjande mötet krävs en helhetssyn på barns hälsa där ett salutogent synsätt är avgörande (Köhler och Reuter, 2013). Begreppet Salutogenes skapades av Aaron Antonovsky som studerade människors välmående trots svåra utmaningar i livet (Kristenson m.fl, 2012). Även Bramhagen & Carlsson (2013) diskuterar salutogenes och förklarar Antonovskys teori som ett tillstånd där man ställer sig frågan om vad det är som får en att må bra och får en i riktning mot bättre hälsa, samt hur individen kan bibehålla nuvarande hälsoläge till skillnad från patogenes som fokuserar på vad som orsakar ohälsa och sjukdom.

## **Jämlik vård på barnets villkor**

Rättvis fördelning av resurser och tillgång till hälso- och sjukvård och andra vård- och omsorgstjänster ingår i sjuksköterskans ansvar, och att sjuksköterskan ska verka för jämlikhet och social rättvisa (ICN, 2012). Med en jämlik vård avses att erbjuda vård på lika villkor till alla. I Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) fastställs det att målet för hälso- och sjukvården i Sverige är *en god hälsa och en vård på lika villkor till hela befolkningen*. Att ge likvärdig vård kan innebära att patienter med olikheter måste bemötas olika. En av dessa olikheter kan vara graden av hälsolitteracitet som är individens kunskapsförmåga att söka, förstå och utvärdera information relaterad till hälso- och sjukvården och den egna hälsan (Dahlborg Lyckhage m.fl.,2015). Alla familjer har olika behov av stöd och hälsofrämjande insatser där varje familjesituation är unik. Att främja barns hälsa och utveckling är ett kärnuppdrag i svensk barnhälsovård där jämlik hälsa uppnås genom att erbjuda lika god hälsovård till alla barn oavsett ursprung, identitet eller geografiskt område (Köhler & Reuter, 2013).

Köhler (2012) har i en rapport belyst barn och ungdomars livsvillkor och hälsa ur ett socioekonomiskt perspektiv. I stort sett lever många barn i Malmö ett gott liv där hälsan är god och levnadsförhållandena är trygga. Skillnader mellan barnen hängde ihop med familjernas socioekonomiska status, som i sin tur gav olika möjligheter till hur barn utvecklades kognitivt. I enighet med föregående rapport menar Barnombudsmannen (2018) att 900 barn i förorten upplevde ojämlikheter och utanförskap från större delen av samhället. Barnen jämförde sig själva med barn från andra geografiska områden, och konstaterade att de inte fick samma möjligheter i livet på grund av sin socioekonomiska status. Socialstyrelsen (2018b) påvisade också att barn till en eller två utrikesfödda föräldrar får färre ADHD diagnoser än barn med svenskfödda föräldrar. I samma rapport beskrevs det att påfrestande psykosociala och socioekonomiska faktorer i ett barns uppväxtmiljö ledde till att barn i större utsträckning diagnostiserades med ADHD. Rapporten visade ojämlikheter i vården som ges till barn i Sverige samt att barn till utrikesfödda föräldrar behöver få jämlik vård med barn till svenskfödda och att vården idag strider mot Barnkonventionen.

Johansson (2019) menar att ett vårdsökande barn befinner sig i dubbelt underläge då det möts av en vuxen som samtidigt är professionell. Barnet hamnar i underläge gentemot sina föräldrar både emotionellt, praktiskt, juridiskt och åldersmässigt. När frågor ställs till barnet kan den underlägsna positionen leda till svar som barnet tror att man önskar, då barnet vill vara en till lags. Tates & Meeuwesen (2001) understryker att barnets roll negligerades i kommunikationen mellan föräldern och sjukvården då det oftast var föräldern som betraktades som patienten. För

att barnet skall kunna fatta beslut om sin egen hälsa menar Johansson (2019) att det då krävs att barnet får en aktiv roll i kommunikationen för att kunna påverka. För att inkludera barnen i mötet och möjliggöra delaktighet anser Köhler & Reuter (2013) att sjuksköterskan bör skapa tid, rum, möjligheter och kunskap för att ta del av barns erfarenheter och tankar.

## **Kommunikationsbarriärer**

### **Sjuksköterskans kommunikation och roll gentemot barnet och föräldrarna**

Ordet kommunikation härstammar från latinets *“communicare”* och *“comunis”* som innebär att något blir gemensamt och delat. Kommunikation spelar en avgörande roll eftersom allt vi gör i livet innebär att vi måste kommunicera och samspela med andra. Kommunikation kan ske verbalt och ickeverbalt och oftast kombineras dessa när budskap förmedlas. Det som kommuniceras kan tolkas på olika sätt beroende på vad som förmedlas och hur det förmedlas (Waldermarson & Nilsson, 2016). Inom hälso - och sjukvården är det viktigt att tala på ett sätt så att andra förstår. Hur man uttrycker sig har betydelse, alltifrån röst och tonfall är av stor vikt. Vår uppfattning om den vårdsökande och oss själva påverkar kommunikationen på grund av olika förståelse och förväntningar på varandra. Stress hos sjukvårdspersonal kan försvåra för den vårdsökande att fråga eller berätta något som kräver tid, förtroende eller engagemang (Fossum, 2019). Enligt International Council of Nurses (ICN, 2012) ansvarar sjuksköterskan för att korrekt, tillräcklig och lämplig information ges till den enskilde på ett kulturellt anpassat sätt, och att detta är grunden för samtycke till vård och behandling. Att information kommuniceras och förmedlas på ett korrekt sätt är en förutsättning för vårdsäkerhet (Örhn, 2013).

I en nyligen utförd studie av (Herrero-Arias & Diaz, 2021) undersöktes det hur sydeuropeiska immigranföräldrar navigerar det norska sjukvårdssystemet. I studien beskriver forskarna att kulturella och språkliga skillnader, socioekonomiska faktorer, socialt stöd och uppbyggnaden av socialt nätverk påverkade föräldrarnas förmåga att tillgå och att ta till sig information för att kunna fatta beslut om sin och sina barns hälsa. Graden av hälsolitteracitet behöver därför beaktas i möten med dessa familjer. Johansson (2019) påpekar att barnets underordnade position gentemot sina föräldrar och vårdgivaren ställer högre krav och särskild kompetens på professionen som i detta fall är sjuksköterskan. Kraven kan exempelvis vara förmågan att vända sig direkt till barnet för att anpassa kommunikationen till det enskilda barnets ålder och mognadsgrad. Ärlighet gentemot barnet bygger upp en förtroendefull relation till vårdgivaren då ord är en liten del av kommunikationen och barn kan läsa av kroppsspråk. Föräldrar är känsliga för bemötande gentemot de själva och deras barn vilket kräver reflektion från vårdgivaren över föräldrarnas ställning när de söker vård för sitt barn.

### **Språk som kommunikationsbarriär**

*“Språklig överensstämmelse, ömsesidig förståelse, gemensamma koder, delade erfarenheter, normer och värderingar mellan patient och behandlare kan inte tas för givet. Detta blir särskilt påtagligt mellan patient och behandlare med olika kulturella bakgrunder och erfarenheter “* (Bäarnhielm, 2019 s.365)

Kommunikationsbarriärer existerar trots att man talar samma språk, men djupare barriärer tenderar att öka mellan personer som talar olika språk då språket är en av faktorerna som kan

skapa en kommunikationsbarriär (Bäärnhielm, 2019). Det finns ingen homogen definition på vad en språkbarriär är. Språkbarriär beskrivs som en kommunikationsbarriär som orsakas av att patient och vårdgivare talar olika språk. När vårdgivare och patient inte talar samma språk uppstår brister i kommunikationen eftersom det inte går att upprätthålla en verbal konversation. Vårdgivare och patient förstår inte varandra och missförstånd kan uppstå (Nilsson & Waldermarsson, 2016). I ett och samma språk kan ord betyda olika saker för sändare och mottagaren beroende på deras erfarenheter och lärande. Grammatiska skillnader i språket är en annan barriär som kan bidra till svårigheter i kommunikation, så även jargong då sjuksköterskor tenderar att använda medicinska termer som patienterna inte förstår (Giger & Haddad, 2021). Inom hälso- och sjukvården kan jargong vara en barriär som även en tolk inte förstår trots att den talar samma språk som hälso- och sjukvårdspersonalen (McCarthy m.fl., 2013). En annan viktig aspekt är tonfall som ofta kan misstolkas som blyghet eller ilska i samspelet mellan olika individer (Giger & Haddad, 2021). Barriärer i språket är något som försvårar det hälsofrämjande arbetet kring barnet.

Steinberg m.fl (2016) beskrev mödrars upplevelser av att navigera sig igenom olika vårdinstanser som en kamp om att hantera språkbarriärer med hälso - och sjukvårdspersonalen. Mödrarna upplevde att de kände sig tvungna att acceptera och anta inställningen av att "ta sig igenom" besök med begränsade språkkunskaper som kunde leda till missförstånd gällande barnets behandling. Detta styrks av Watts m.fl (2019) som undersökte hur språkbarriärer kunde påverka tillgången till telefonrådgivning i primärvården för familjer som inte talade engelska. Resultatet visade att familjer med annat språk än engelska ringde in i mindre utsträckning till kliniken när det var öppet, då möjligheten till tolk saknades. Familjer valde i första hand att göra ett fysiskt besök än att ringa in till kliniken. Orsaken till detta fastställdes inte i studien men det konstaterades att vidare forskning är nödvändigt för att kunna hitta eventuella barriärer och effektiva metoder för att öka användning av telefonrådgivning.

## **Tolkanvändning**

Fors (2019) förklarar att tolkar används när människor som saknar ett gemensamt språk behöver kommunicera med varandra. Den som inte behärskar svenska eller är allvarligt tal eller hörselskadad har rätt till tolk i kontakten med myndigheter enligt förvaltningslagen. Tolkbehovet kan vara ömsesidigt då språkbrister kan förekomma hos vårdgivare och patient (Fors, 2019). Dock ses enbart rätten till tolk i de fall där språkbristen finns hos patienten. Dahlborg Lyckhage & Lau (2015) beskriver att olikheter i språk är ett av de vanligaste hindren i mötet mellan vårdgivare och patient.

Språkbarriärer har enligt Gerrish m.fl. (2004) visat sig vara ett stort hinder när etniska minoritetsgrupper söker till primärvården. Tolkanvändningen inom primärvården varierade och visade att de sjuksköterskor som fått utbildning i tolkanvändning var mer benägna att använda sig av tolk. Bristfällig träning i tolkanvändning påverkade kvalitén av interaktionen i möten inom primärvården. Sjuksköterskor var bekväma med att använda anhöriga som tolkar, istället för att anstränga sig och använda professionell tolk. Att barn och andra anhöriga används som tolkar i möten med hälso- och sjukvården menar Socialstyrelsen (2018a) åsidosätter rättssäkerheten. Medlande handlar inte enbart om att tolka men även barnet tilldelas därför ett stort ansvar som det kan bli påverkat av hela livet. Att låta barn medla för sina familjer osynliggör barnets livsvillkor, då maktrelationen i familjerna förändras och barnet får större maktposition som inte är åldersadekvat. Dock är det också viktigt för hälso- och sjukvårdspersonal att ta hänsyn till situationen en nyanländ familj befinner sig i och att de



inte sällan saknar alternativ till att använda barnen som medlare eftersom de snabbt kan ha lärt sig språket. Hälso- och sjukvårdspersonal bör anta ett barnperspektiv och uppmärksamma barns utsatthet och det ansvar som de får bära i sina familjer. Sammanfattningsvis kan barn i tolkande och medlande situation få negativa konsekvenser av ansvaret, då de kan få ta del av information som är olämplig för ett barn och kravet att medla leda till frånvaro från skolan. I linje med Socialstyrelsen argumenterar (Jaeger m.fl., 2019) för att det är oroväckande när minderåriga används som tolkar och hur detta kan få negativa konsekvenser för dem själva, den vårdsökande och den som vårdar eftersom brister i tolkanvändning påverkar vårdkvalitén.

### **Kultur som kommunikationsbarriär**

Kulturell, social och etnisk mångfald hos patienter och vårdgivare behöver uppmärksammas som betydelsefullt för god kommunikation och gott bemötande inom sjukvården (Bäärnhielm, 2019). Kultur definieras som den livsstil som karakteriserar en grupp människor och kan ha en avgörande roll för individens vanor och på vilket sätt denne kommunicerar (Nilsson & Waldemarsson, 2016). Även vid kulturella olikheter kan en god förståelse skapas och missförstånd i kommunikationen därmed undvikas, således har kulturella traditioner betydelse i kommunikationen (Hannerz, 1992). Kultur beskrivs också som ett dynamiskt koncept som kan förändras och utvecklas i samband med nya erfarenheter (Kersey-Matusiak, 2015).

Kommunikationsproblem och bristen på förståelse för kulturella olikheter orsakas av ojämlig hälsa och vård, vilket resulterar i missförstånd och otrygghet. Genom tillåtelse för varandra att sätta ord på egna tankar och erfarenheter möjliggörs förståelse av den andres perspektiv (Dahlborg Lyckhage & Lau, 2015; Hannerz, 1992). Det är enligt Bäärnhielm (2019) först på senare år som det har blivit uppmärksammat att ge introduktion till nyanlända i Sverige om hur sjukvården fungerar. Men redan på 1990- talet konstaterade (Hannerz, 1992) att nyanlända kan ha erfarenheter som påverkar hälsan psykiskt och fysisk, exempelvis krig och trauman.

Tidigare forskning har visat att utrikesfödda föräldrar känt sig utsatta samt varit rädda om att bli missförstådda på grund av sitt ursprung när de sökte vård för sitt barn. Föräldrarna hoppades att sjuksköterskan skulle vara medveten om deras sårbarhet. De var även oroliga över sjuksköterskans inställning gentemot dem, om dennes tidigare erfarenheter i möten med föräldrar med annat ursprung varit negativa (Berlin m.fl., 2010a; Tavallali, 2016).

Sjuksköterskans förståelse och sympati för föräldrars bakgrund och kultur ledde enligt Berlin (2010a) till bättre närvaro på barnavårdscentralen. Om inte föräldrarna kände att relationen till sjuksköterskan var byggd på förståelse och tillit, blev konsekvensen tveksamhet och ovilja till att ta barnet till hälsokontroller. Brister i interaktionen mellan föräldrar och sjuksköterskan kunde innebära negativa konsekvenser och risker för barnet.

### **Kulturkompetent vård**

Med ett allt mer mångkulturellt samhälle ökar också mångfald inom vårdverksamheten, som leder till skilda perspektiv på vad en god omvårdnad innebär (Wiklund Gustin & Lindwall, 2019). I samhällen där flera kulturer finns menade Smith (1998) att det krävs kulturkompetent vård. Kulturell kompetens som koncept förklarade forskaren som en kontinuerlig process av kulturell medvetenhet, kunskap, skicklighet, samspel och känslighet bland vårdgivare och den

vård som de stod för. Brist på skriftliga riktlinjer och stöd i arbetet med barn och föräldrar med utländskt ursprung rapporterades av Berlin m.fl. (2006) som ett problem uttryckt av sjuksköterskor inom primärvården. Sjuksköterskorna beskrev att deras kulturella kompetens inte var tillräcklig och att endast en tredjedel hade formell utbildning inom kulturell kompetens. Föregående påstående stöds även av Samarasinghe m.fl. (2010); Kersey-Matusiak (2015) där sjuksköterskors hälsofrämjande arbete med individer och familjer relaterades till sjuksköterskans kulturella kompetens. Det var av vikt att alla individer fick kulturkompetent vård, men för vissa minoritetsgrupper i det svenska samhället beskrevs kulturkompetent vård vara avgörande. Dessa minoritetsgrupper utgörs av bland annat papperslösa, nyanlända invandrare och de med svenska som andra språk. Sjuksköterskors förståelse av individer och familjer utifrån etnocentrism ökade risken för felaktiga antaganden som kunde leda till frustration och konfrontationer i kulturella möten, då fokus enbart lades på de medicinska aspekterna och andra aspekter ignorerades. Sjuksköterskor och annan vårdpersonal behövde vara lyhörda och ha ett personcentrerat förhållningssätt till vården som gavs till dessa individer och familjer, och inte enbart utgå från en etnocentrisk position med auktoritet och makt. Ekman & Norberg (2013) menar att ett personcentrerat förhållningssätt lyfter fram relationen mellan sjuksköterskan och den vårdsökande i partnerskap.

## **Teoretisk referensram**

### **Transkulturell omvårdnad**

Madeleine Leininger utvecklade under 1960 talet teorin *transkulturell omvårdnad* som innebar mångfald och universalitet i kulturrelaterad omsorg. Vidare har hon utvecklat Sunrisemodellen som är en del av teorin *Theory of culture care* som användes för att bedöma kulturell bakgrund hos den enskilde individen, familjer, grupper eller samhällen i olika hälsosystem. Sökande efter likheter och olikheter inom och mellan kulturer genomfördes med målet att uppnå kulturell adekvat vård där hänsyn togs till kulturen och individens känsla av välbefinnande och hälsa (Wikberg & Eriksson, 2003; Mcfarland & Wehbe-Alama, 2019). Leininger menar att grundliga kunskaper om olika kulturer är en del av sjuksköterskans kompetens som ständigt behövde utvecklas (Wiklund Gustin & Lindwall, 2019). Teorin har utvecklats och byggts på av många efterkommande i strävan att ge transkulturell vård (Giger m.fl., 1993; Smith, 1998; Mcfarland & Wehbe-Alama, 2019). Transkulturellt utbildade sjuksköterskor menade Mcfarland & Wehbe-Alama (2019) idag främjar kulturinriktad kunskap i vården genom bekräftelse av sambandet mellan vård och kultur, och att detta gagnade patienten då det underlättade identifiering av sjukdom och ökade förståelsen för välbefinnande.

För att kunna bistå med kulturellt anpassad och kompetent vård är det viktigt att inte glömma att varje individ är kulturellt unik och är summan av sina erfarenheter, kulturell tro och normer. Även om det inom etniska grupper finns individuella olikheter anses det vara viktigt att ha baskunskaper om data som relaterar till en specifik grupp om man skall kunna bistå med kulturellt lämplig vård (Giger m.fl., 1993). Den utvecklade modellen *Transcultural assesment model* av Giger & Davidhizars har använts inom flera discipliner och utbildningar. Den har använts tvärprofessionellt och inom vårdvetenskapen som en erkänd och mycket applicerbar modell för att utbilda i kulturell kompetens och lära ut kulturell mångfald (Giger & Haddad, 2021).

## Problemformulering

Då vi ska arbeta som specialistsjuksköterskor i ett mångkulturellt samhälle, är det angeläget att forska kring lösningar som kan bidra till barns hälsa på lika villkor. I barnkonventionen betonas alla barns lika värde och rättigheter samt att ingen får diskrimineras. En fjärdedel av alla barn i Sverige har utländsk bakgrund. Nationellt visar forskning kunskap kring språkbarriärer mellan vårdare och utrikesfödda föräldrar, men få studier tar upp hur fler barriärer än språk påverkar vården för dessa barn. Det är heller inte tillräckligt beskrivet ur sjuksköterskans perspektiv om hur denne främjar barnets hälsa vid kommunikationsbarriärer. Internationellt visar forskningen större utveckling i diskussionen kring fler barriärer i kommunikationen än enbart språket. Kultur, tolkanvändning och sjuksköterskans erfarenhet samt kulturella kompetens är några av de punkter som diskuteras. Man har även kommit längre i reflektionen kring lösningar för att överbrygga problemen i mötet med barn och deras utrikesfödda föräldrar, men det saknas fortfarande forskning som är riktad mot de konsekvenser som uppkommer och vad det innebär för barnet. Det råder därmed tydligt brist på kunskap om lösningar och strategier för att möjliggöra jämlik vård för barn till utrikesfödda föräldrar.

## Syfte

Syftet var att beskriva primärvårdssjuksköterskors erfarenheter av kommunikationsbarriärer i mötet med barn till utrikesfödda föräldrar.

## Metod

I metodavsnittet presenteras studiens valda design samt urval, datainsamling och dataanalys förfarande. Slutligen beskrivs etiska överväganden.

## Design

Studien genomfördes som en kvalitativ intervjustudie med semistrukturerade frågor och induktiv ansats som grund. En kvalitativ metod används för att undersöka människors upplevelser och erfarenheter vilket var grunden i vår intervjustudie med primärvårdssjuksköterskors erfarenheter (Graneheim & Lundman, 2004). Vi utgick således från Graneheim och Lundman (2004) kvalitativa innehållsanalys, som tillåter viss tolkning i texten. En induktiv ansats valdes då denna avser att söka mönster och variationer i texter som för vår del avser intervjuerna (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017).

Syftet med semistrukturerade intervjustudier är enligt Polit & Beck (2017) att försäkra sig om att specifika ämnen tas upp i intervjun. De semistrukturerade intervjuerna genomfördes med stöd av en intervjuguide, för att försäkra sig om att informanternas svar var relevanta till vårt specifika ämne. Forskarna vet frågan de vill ställa men kan inte förutspå deltagarnas svar. Roller & Lavrakas (2015) beskriver att semistrukturerade intervjuer uppmuntrar till utbyte eller dialog mellan informant och forskare som manifesterar en personlig och unik situation, som är fördelaktig för kvalitativ forskning. Forskarens roll är att vara förberedd och strukturerad då informanten är mer oförberedd och får fritt utrymme att berätta. Intervjuguiden bör enligt Polit & Beck (2017) vara strukturerad i en logisk eller kronologisk ordning från generella till mer specifika frågor vilket utgjordes i vår intervjuguide. Fokus under intervjun skall konstant ligga på informanten då dennes berättelse kan ge svar till frågor som kommer senare. Följdfrågor bör också vara utformade från start i intervjuguiden för att undvika ja och nej svar, och möjliggöra rika och detaljerade data ifrån informanten.

## Kontext

Studien genomfördes på vårdcentraler i områden med högt antal utrikesfödd befolkning i en region i Västsverige, men också i områden där det fanns ett färre antal utrikesfödda på grund av svårigheter i att rekrytera sjuksköterskor. Primärvården som kontext valdes då det oftast är där som det första mötet med hälso- och sjukvården sker för barnet och de utrikesfödda föräldrarna. Det är lagstadgat att primärvården genomför hälsokontroller på alla barn som vistas i Sverige (SFS,2019:930; SFS 2019:958). Barn behöver erbjudas inskrivning på BVC för att följa barnets utveckling och erbjudas det svenska vaccinationsprogrammet (Rikshandboken, 2020) om inte föräldrarna motsätter sig det då det är frivilligt.

## Urval

Sjuksköterskor inom primärvården intervjuades och för att inkluderas i studien skulle de ha minst ett års erfarenhet av att möta barn till utrikesfödda föräldrar, samt ha arbetat minst ett år inom primärvården. För att kunna nå ut till en stor grupp informanter skedde rekryteringen via mejl till fem chefer på vårdcentraler i Västsverige, och områden med högt antal utrikesfödd befolkning. Rekrytering omfattade minst två sjuksköterskor från varje vårdcentral med eller utan specialistutbildning som arbetade med ovannämnda patientgrupp. Informationsbrevet skickades till de fem vårdcentralerna och ledde till svar från tre informanter. Då inget svar kom från resterande chefer kontaktades två chefer på vårdcentraler i områden med mindre antal utrikesfödd befolkning också i Västsverige, samt förfrågan via facebookgrupperna *Distriktssjuksköterskeföreningen* i Sverige och *Sjuksköterskan* skickades ut. Via de två sistnämnda vårdcentralerna kunde ytterligare fyra informanter rekryteras som totalt gav sju informanter till studien. Inga informanter exkluderades då all data berikade studien. Könstillhörighet och ålder hos informanterna ansågs inte påverka studiens syfte, och var därför inte relevant i rekryteringen.

Generella frågor om demografiska data från intervjuerna sammanställs i följande tabell som beskriver vilken utbildning sjuksköterskorna hade, antal år inom primärvården samt årserfarenhet av att arbeta med barn till utrikesfödda föräldrar (Tabell 1).

**Tabell 1. Utbildning och erfarenhet av möten med barn till utrikesfödda**

Utbildning	År inom primärvården	Årserfarenhet av möten med barn till utrikesfödda föräldrar
Distriktssköterska	18	18
Distriktssköterska	13	14
Distriktssköterska	6	6
Barnsjuksköterska	3,5	8,5
Distriktssköterska	2,8	2,8
Sjuksköterska	2,5	2,5
Barnsjuksköterska	1,3	8

Totalt sju sjuksköterskor deltog i studien, varav fyra distriktssjuksköterskor, två specialistsjuksköterskor med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar (barnsjuksköterska) och en grundutbildad sjuksköterska. Samtliga sjuksköterskor uppfyllde inklusionskriterierna. Den som hade längst erfarenhet hade arbetat 18 år inom primärvården och lika många år med patientgruppen. Samtliga sjuksköterskor arbetade på Barnavårdscentraler förutom den grundutbildade sjuksköterskan som arbetade på vårdcentral.

## **Datainsamling**

Polit & Beck (2017) beskriver att intervjuer är den vanligaste metoden för datainsamling inom kvalitativa studier och att forskaren planerar i förväg när och hur data ska samlas in. Intervjuerna spelades in med diktafon som beskrivs av Polit & Beck (2017) som mer tillförlitlig metod, då informanternas svar ordagrant kan beskrivas och sedan transkriberas. Även inspelning med mobiltelefon genomfördes för att säkra upp materialet. Intervjuerna varade mellan 25 och 35 minuter. Intervjuer kan genomföras på olika sätt och inte enbart genom fysiska möten som är den vanligaste metoden inom hälso-och sjukvården. Telefonintervjuer är också en metod och som ger fördelar och är ett bra alternativ i vissa omständigheter (Polit & Beck, 2017).

I studien har endast två intervjuer genomförts via fysiska möten, resterande via telefon och videosamtal relaterat till den pågående Covid-19 pandemin. Telefonintervjuer är mindre kostsamt än fysiska intervjuer särskilt då detta alternativ ofta innebär mindre resor bland annat för forskaren. Det är också mer tidseffektiv då forskningen kan göras på kortare tid i jämförelse med fysiska mötesintervjuer. Kvalitetsmässigt kan det också innebära högre geografisk täckningsgrad då mötena sker per telefon (Roller & Lavrakas, 2015). Det ger också möjligheter såsom att informanter som ej föredrar fysiska möten får förutsättningar att delta per telefon. Det tar också bort press från intervjusituationen och ger en större känsla av anonymitet (Lavrakas m.fl, 2010).

Majoriteten av informanterna valde video och telefonsamtal vilket författarna respekterade. De två intervjuerna som genomfördes via fysiska möten tog något längre tid än de via telefon och videosamtal vilket bekräftar Roller och Lavrakas (2015) teori. De fysiska intervjuerna genomfördes enskilt i ett avskilt rum under arbetstid på informanternas arbetsplats, efter deras önskemål. Samtliga intervjuer skedde i enskilt rum där informanten och författaren var ensamma, under informanternas arbetstid. För att informanterna skulle känna sig trygga, var det viktigt för oss att miljön där intervjun genomfördes var i avskildhet. Bryman (2012) menar att det är rekommenderat att forskaren väljer en tyst miljö så att kvalitén på inspelningen inte blir dålig, på grund av störande ljud i bakgrunden. Men också för att bevara informantens konfidentialitet bör miljön för intervjun också vara privat så att inte andra kan höra det som sägs i intervjun.

## **Analys**

Samtliga intervjuer transkriberades direkt i anslutning till att de genomfördes samma dag. Totalt resulterade det transkriberande materialet i 30 A4 sidor. Båda forskarna läste intervjuerna var för sig, och sedan gemensamt för att få en översikt av materialet. Materialet analyserades noggrant genom reflektion kring meningsenheter för varje intervjufråga, som sedan grovt utgjorde en domän enligt kvalitativ innehållsanalys som i enligt Höglund- Nielsen & Granskär (2017) används när man granskar och tolkar texter som exempelvis inspelade intervjuer.

Graneheim & Lundman (2004) föreslår hela intervjuer som mest lämplig analysenhet där längden på intervjutexten är av vikt. Intervjutexten bör vara tillräcklig stor för att betraktas som en helhet och tillräckligt liten för att möjliggöra en minnesbild, som ett sammanhang för meningsenheten under analysprocessen. Meningsenhet beskrivs som ord, meningar och stycken som relaterar till varandra genom innehåll och kontext.

Insamlat material analyserades och strukturerades upp efter sjuksköterskornas berättelser om sina upplevelser, vilket karaktäriserar en induktiv ansats där mönster undersöks (Graneheim & Lundman, 2004). Forskaren kommer fram till en teoretisk förståelse från den insamlade data (Höglund- Nielsen & Granskär, 2017). Variationer identifieras genom mönster i materialet, teman och kategorier byggs upp med hjälp av strukturering av skillnader och likheter (Graneheim & Lundman, 2004). Manifest innehåll innebär det som är synligt i texten och innebär en liten grad av tolkning. Det latenta innehållet innebär tolkningar som talar om det som är underliggande (Graneheim & Lundman, 2004). Fokus i studien är manifest innehåll då vi har koncentrerat oss på det som är synligt i materialet, vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) är det vanliga att göra som nybörjare i metoden innehållsanalys.

Metoden kvalitativ innehållsanalys valdes då syftet var att beskriva primärvårdssjuksköterskors erfarenheter av kommunikationsbarriärer i mötet med barn till utrikesfödda föräldrar (se exempel i Tabell 2)

**Tabell 2. Exempel på dataanalys av meningsenheter och koder**

<b>Meningsbärande enheter</b>	<b>Kondenserad meningsbärande enhet</b>	<b>Koder</b>
Det är inte alla kulturer som tänker primärvård...vill inte ha spruta för mitt barn är inte sjukt (info 1 fråga 4)	Föräldrar vill inte ha spruta för sitt barn som inte är sjukt	Föräldrar nekar vaccin
Man måste börja i tid, annars blir det jobbigt i skolan. (info 2 fråga 5)	Börja i tid, annars blir det jobbigt.	Vill hjälpa barnet i tid.
Kan vara svårt när man inte alls når fram, Man ser på kroppsspråk att de inte bryr sig om vad man säger. Man kommer inte innanför. Undrat om jag ens nått fram, har jag varit tydlig. (info 1 fråga 6)	Svårt när man inte når fram och man inte kommer innanför. Man ser på kroppsspråk att de inte bryr sig. Undrat om jag varit tydlig.	Svårt när man inte når

Efter analys av data och bearbetning av texten sammanställdes och strukturerades resultatet upp. Texten resulterade i fyra kategorier som bestod av 8 underkategorier. Underkategorierna kommer klargöras med stöd av citat från texten som belyser ämnet i resultatet. En översikt av kategorier och underkategorier presenteras i Tabell 3.

**Tabell 3. Exempel på abstrahering av underkategorier och kategorier**

<b>Underkategorier</b>	<b>Kategorier</b>
Barnperspektivet	Att värna om barnet
Kulturkrockar	
Tolkanvändning i mötet	Att hantera dialogen
Språkets betydelse	
Olikheter i mötet	Att identifiera kulturen
Kunskap och beredskap	
Känslor i mötet	Att bära ansvar
Coopingstrategier	

## **Etiska överväganden**

Under studiens gång efterföljdes de etiska principerna för forskning på människor ur Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2018). Säkerställande om informanternas välbefinnande, värdighet, integritet, självbestämmande och rättigheter har värnats om. När studier avser kandidat och magisternivå krävs ingen etikprövning enligt etikprövningslagen (Etikprövningsenheten, 2019). En etisk egengranskning genomfördes enligt Högskolan Västs riktlinjer för examensarbete på avancerad nivå, resultatet från riskbedömningen visade inga risker för deltagarna. Reflektion av etiska aspekter bör genomföras under forskningens alla steg då forskningsetikens syfte är att ” skydda och visa respekt för deltagarna” (Sandman & Kjellström, 2018; Polit & Beck, 2017).

Förfrågan till de olika vårdcentralernas skickades via mejl tillsammans med informationsbrev om studien för att få samtycke. De sjuksköterskor och distriktssköterskor som valde att delta i studien fick sedan ett informationsbrev om informerat samtycke som undertecknades. Även muntligt samtycke har inhämtades av författarna före start av intervju. Informationsbrevet

innehöll information om frivillighet i deltagandet, samt rättigheter i att avbryta medverkan när som helst under studiens gång tillsammans med en försäkran om konfidentialitet. Detta för att tydliggöra de överenskommelser som deltagarna ingick gällande data som skulle insamlas (Kaiser, 2012). Varje intervju kodades till en siffra som uppgav vilken informant det gällde, och kodnyckeln valdes att inte skrivas ner. Röstmaterialet lyssnades av och transkriberades enbart av den författare som hade genomfört intervjun. Det transkriberade materialet och röstmaterialet har enbart varit tillgängligt för författarna och inga personuppgifter har uppgetts. Allt röstmaterial raderades efter transkribering, och inga kopior finns kvar.

## Resultat

Syftet var att beskriva primärvårdssjuksköterskors erfarenheter av kommunikationsbarriärer i mötet med barn och deras utrikesfödda föräldrar. Genom den kvalitativa innehållsanalysen av sju intervjuer framkom det fyra kategorier underbyggda av åtta underkategorier. Det som framkom ur intervjuerna presenteras med rubriker ihop med citat.

### *Att värna om barnet*

#### **Kulturkrockar**

För att kulturen inte skulle bli en barriär som drabbade barnet beskrev sjuksköterskorna att de intog inställningen att det som inte skadar barnet inte heller var viktigt. Istället kände de att de hellre tog striden för det som ansågs utgöra en risk för barnet vilket handlade om att värna om barnets rättigheter och säkerhet. Kultur som barriär i att främja barnets hälsa upplevde sjuksköterskorna ha en stor påverkan på tankesättet hos föräldrarna, då exempelvis många folktraditioner sågs influera föräldrarnas sätt att uppfostra och ta hand om sitt barn. Kulturen och traditionerna från hemlandet genomsyrade föräldrarnas sätt att tänka, oavsett vad sjuksköterskorna gav för råd. Detta var något som skapade en barriär i kommunikationen kring vad som rekommenderas för barnet.

*“Från vissa länder är man van att ta på barnen väldigt mycket kläder/.../ de kan knappt röra sig. Då pratar jag om att det är viktigt att barnet kan röra sig när de sover, för att förhindra plötslig spädbarnsdöd/.../ de förstår inte varför, det blir bara jättekonstigt/.../ vi har alltid gjort såhär”. Informant 3*

Mor och farföräldrar spelade en stor roll i vissa kulturer då de hade mandat att bestämma över barnet. Olika kulturer hade olika syn på barnuppfostran och anknytning, att informera barnet om vårdbesök uppfattades inte vara viktigt då föräldern är förmyndaren och ansågs vara den som bestämmer. Många föräldrar förväntade sig ett läkarbesök och var ovilliga att ta emot rådgivning för att de var vana vid annat i deras kultur. Detta ledde till kulturkrockar enligt sjuksköterskorna.

#### **Barnperspektiv**

Sjuksköterskorna upplevde att de kulturella skillnaderna kunde vara ett hinder som gav konsekvenser för barnets framtid, och försvårade barnperspektivet i det hälsofrämjande arbetet. Sjuksköterskorna tog upp att de hade haft situationer där det inte hade löst sig, och man inte nått fram till föräldrarna. Konsekvenserna kunde vara att barnet missade vaccinationsprogrammet samt att föräldrarna nekade utredningar för bland annat



neuropsykiatriska diagnoser. Detta bidrog till att utredningar tagit längre tid, att barnet kunde halkat efter i skolan och inte fått tillgång till de resurser som barnet är berättigad till.

*“det är till exempel när vi ser att barnet har neuropsykiatriska problem/.../ det är autistiskt tycker vi/.../ och föräldrarna inte alls förstår vad det innebär, de vill inte alls höra talas om det/.../Vill inte att vi skickar remiss för utredning, för att pappan/.../ hade det lika svårt när han var liten.”* Informant 2

Skam var också en aspekt som sjuksköterskorna beskrev som ett hinder i arbetet med barnet och kopplades till kulturer där det inte var lika socialt accepterat med olika diagnoser. I dessa situationer upplevde sjuksköterskorna att det var svårt att kommunicera och nå fram till föräldrarna för att kunna ha barnets bästa som utgångspunkt. Eftersom föräldrarna hade en annan kulturell bakgrund, såg sjuksköterskorna att känslan av skam hos föräldrarna var ett hinder i att se tecken på avvikande beteenden hos sitt barn. Språkutvecklingen hos barnet bekymrade sjuksköterskorna då de såg att språket var bristfälligt, vilket också berodde på de kulturella skillnaderna mellan föräldrarna och det svenska samhället. Många föräldrar lät sina barn se mycket på TV för att de tyckte att det var en förmån för barnen, vilket ledde till minskad läsning, lek och samtal med barnet. Utan ett väl utvecklat språk vare sig modersmålet eller svenska, upplevde sjuksköterskorna att det senare bli svårt för barnet i skolan.

## ***Att hantera dialogen***

### **Språkets betydelse**

Språkmässiga barriärer var en del av det som begränsade kommunikationen i mötet då ett djupare samtal mellan sjuksköterskan och föräldrarna inte var möjligt. Ett gemensamt språk var nödvändigt för att inte bara förstå varandra, utan även bedöma barnets språkutveckling och sedan förmedla sin bedömning vidare till föräldrarna. Sjuksköterskor betonade att det inte enbart var de språkmässiga svårigheterna i mötena som försvårade det hälsofrämjande arbetet, utan även andra barriärer som tolkanvändning, kultur och känslor hos föräldrar och sjuksköterskan med mera, som ansågs vara några av de barriärer som spelade lika stor roll. Avsaknad av gemensamt språk försvårade kommunikationen då man inte förstod varandra, och detta kunde leda till felaktig information om barnet som riskerade att leda till felaktiga bedömningar.

*“Mamma som försöker beskriva ett besvär/.../ då har hon beskrivit helt fel kroppsdel/.../ barnet har ont i armen egentligen, då visar det sig sen att hon har pratat om foten/.../ då är det väldigt svårt att främja barnets hälsa, när man inte ens får rätt information helt enkelt.”* Informant 4

Sjuksköterskorna upplevde att föräldrarna ofta uppgav att de kunde tala och förstå svenska eftersom de hade bott i Sverige i många år, men att det sedan framkom i mötet att det ändå uppstod språkförbistringar. Detta uppfattade sjuksköterskorna berodde på att föräldrarna inte ville känna sig okunniga i språket men också såg det som ett tillfälle att öva på sin svenska. För vissa föräldrar var besöket det enda tillfället de kunde öva på sin svenska.

### **Tolkanvändning i mötet**

Sjuksköterskorna berättade att tillgången till tolk samt användningen av tolk var till stor hjälp, men påverkade också situationen och utfallet i ett möte med barn och deras utrikesfödda föräldrar. Tolkens roll var inte enbart någon som översatte i samtalet utan också en part som hade makt gentemot den eller de som tolkningen riktade sig till. I möten där tolk användes var

det viktigt för sjuksköterskorna att vara tydliga, noggranna och kortfattade i det som skulle tolkas. För att den tolkbehövande inte skulle missuppfatta det som sagts var det viktigt, att hålla sig kortfattad i samtalet, men detta kunde bidra till att viktig information tappades bort och eller missuppfattades. Därför betraktade sjuksköterskorna vanan i tolkanvändning som en betydelsefull del av deras kompetens, vilken kunde förvärvas av erfarenhet och utbildning. Tolkanvändning betraktades sammanfattningsvis som ett komplext verktyg som krävde ödmjukhet, erfarenhet och ibland att sjuksköterskorna gick utanför ramarna. Att gå utanför ramarna kunde ibland innebära tillåtelse för syskon och andra anhöriga att tolka i telefon eller oplanerade besök, då situationen krävde det.

Sjuksköterskorna uppgav att mycket tolkat material såsom broschyrer, och informationsblad om besök samt bildstöd användes och delades mellan olika vårdcentraler, vilket underlättade i det hälsofrämjande arbetet. Tolk användes oftast i möten med utrikesfödda familjer, men på vissa språk saknades det tolkar att tillgå och de tolkar som användes beskrev dialektala skillnader som försvårade kommunikationen mellan alla parter. Även barnet, syskon eller andra anhöriga kunde hamna i tolkande situationer vilket sjuksköterskorna uttryckte inte var optimalt.

*“Mm, när det är syskon som tolkar också/.../ eftersom syskonen kanske bara kan svenska marginellt bättre än föräldrarna/.../ då sitter föräldrarna och försöker förmedla till syskonen som skall förmedla till mig, då blir det nästan ännu svårare att bena ut vad det är de söker för.”*  
Informant 4

Tolksamtal underlättade kommunikationen men misstolkningar kunde ändå uppstå, ett exempel var i situationer där man bedömer barnets språkutveckling och använde telefontolk. Tolken såg inte barnet, och kunde heller inte interagera med barnet. Detta upplevdes försvåra bedömningen, då sjuksköterskornas fick förlita sig enbart på det som föräldrarna sade och tyckte. Tolksamtal bidrog till att ett mer konkret samtal behövde hållas, vilket gjorde att småpratet försvann och sjuksköterskorna upplevde att nyanser om familjens mående och situation tappades bort.

## ***Att identifiera kulturen***

### **Olikheter i möten**

Kultur som fenomen var något som sjuksköterskorna uppfattade som rörligt och som blandning av flera komponenter som skapar en gemensam nämnare för en grupp. Kultur kunde både hjälpa och stjälpas i den vårdande situationen enligt sjuksköterskorna, då det inom olika kulturer kunde finnas saker som skiljde sig från den svenska kulturen eller sättet att se på saker. Sjuksköterskorna uppgav att de saknade utbildning i kulturell kompetens.

Kännedom om olika kulturer visade sig vara viktigare för sjuksköterskorna än de kommunikationsbarriärer som kunde uppstå på grund av språkmässiga olikheter. Kulturen ansågs vara en av de saker som påverkade möten med barn och deras utrikesfödda föräldrar. Utbildning i kulturell kompetens är efterfrågat av sjuksköterskorna oavsett hur många årserfarenheter de hade av att arbeta med patientgruppen.

Sjuksköterskorna berättade att de inte hade fått någon utbildning eller kurs i hur de skulle hantera situationer där kommunikationsbarriärer kunde uppstå. Sjuksköterskorna beskrev att utbildning hade underlättat det hälsofrämjande arbetet då vissa situationer upplevdes som

chockartade. Utbildning hade varit positivt och berikande i processen att förstå och kunna bemöta olikheterna som uppkom i mötena.

*“Utbildning hade gjort det lättare från början då jag var lite chockad över vissa saker.”*  
Informant 2

Utbildning efterfrågades av sjuksköterskorna då de upplevde att det hade ökat tryggheten, samt stärkt sjuksköterskans kulturella kompetens och fördjupat relationen med barnet och föräldrarna. Men även underlättat identifiering av fallgröpar som försvårar kommunikationen.

### **Kunskap och beredskap**

Att bemöta olikheterna sågs som en viktig del i att skaffa sig beredskap inför möten med familjen kring barnet. Strategin sjuksköterskorna använde sig av handlade om att lyssna på det föräldrarna sa och hitta en gemensam väg för att hjälpa barnet i tid. Genom att förmedla förståelsen över att hjälpa barnet inriktade sjuksköterskorna sig på det viktigaste, med andra ord prioriterade vad som var viktigast att ta upp i det specifika besöket det andra fick därför vänta. Barnets rätt till att få hjälp var drivkraften, och att bilda en relation till familjen sågs som ett viktigt steg till att möjliggöra hjälp till barnet. Flera strategier vidtogs för att kommunicera när man inte förstod varandra. Saker som språkappar, gestikulering, bildstöd, visa med handling, prata sakta, skriva på en lapp samt att vara lyhörd var några strategier som användes i nästan alla möten.

*Dels när man ska ge information och råd/.../ behöver tänka på hur man formulerar sig/.../ man får prata väldigt sakta/.../ man får varva ner lite och göra om det igen.* Informant 5

Sjuksköterskor berättade att det viktigaste var att säkerställa att föräldrarna hade förstått informationen de fått, och detta gjordes genom att boka nytt besök för att följa upp hur det gått för familjen. Man var också frikostig med att boka tid till läkare eller sjuksköterskemottagning samt inhämtade förskolans synpunkter i vissa bedömningar för att få en helhetsbild av barnet. Sammanfattningsvis efterfrågade sjuksköterskorna mer kulturkännedom och utbildning i kulturkompetens om olika folkgrupper och traditioner. Mer översatt material, samt PM och mallar som underlättar i kommunikationen. Förmågan i tolkanvändning hade gynnande eller missgynnande påverkan på utfallet av vården som barnet fick.

### ***Att bära ansvar***

#### **Känslor i mötet**

Ansvar i att vårda barn var något som sjuksköterskorna tog på högsta allvar, de såg barnet som en individ som inte alltid kunde tala för sig själv. En individ som kom i kläm mellan sina föräldrar, kulturen, och sjukvården men också i samhället i stort. Att vårda barn krävde relationsskapande och tillit till föräldrarna för att möjliggöra att den vård som barnet är berättigad till skulle kunna erbjudas. I de fall som det inte fungerade mellan föräldrarna och sjuksköterskan påverkades barnet. Ansvar skapade känslor hos sjuksköterskorna som krävde olika strategier och sätt att hantera känslorna på. Sjuksköterskorna kände frustration och oro över att inte kunna nå fram till föräldrarna och hjälpa barnet som de kände ett ansvar för. Både i telefonrådgivning och på mottagning var det svårt att göra bedömningar gällande barnet. Många känslor kom upp till ytan och sjuksköterskorna beskrev att de kände sig ledsna för

barnets skull, men också stressade inombords. Vidare uttryckte en av sjuksköterskorna att istället för att ta en diskussion med föräldrarna så antogs en normaliserande inställning för att inte uppfattas kulturnormativ.

*“det värsta som kan hända är att någon tror att jag har något/.../ rasistiskt sätt att se på saker, då det som händer är att jag blir överdrivet normaliserande.”* Informant 6

Sjuksköterskorna beskrev dessa möten som komplicerade och fick de att känna sig ineffektiva och bristfälliga. Resurser som finns till för barnet användes inte till fullo då man inte nådde fram till föräldrarna om barnets behov. Sjuksköterskorna berättade vidare att det märktes på föräldrarna via blickar och kroppsspråk att man inte nådde fram till de och att det kändes som att prata med en vägg.

### **Coopingstrategier**

Känslor som uppstod hanterades på olika sätt och ledde till olika lösningar. Sjuksköterskorna sökte stöd i sina kollegor för att hantera svåra frågor som uppkommit i möten med olika familjer. Stödet i kollegorna handlade om reflektion och handledning med varandra. Sjuksköterskorna antog en mer relationsfokuserad, lösningsorienterad samt hoppfull inställning inför framtida möten. De lösningar som ansågs viktigast var bland annat att boka nya besök, diskutera det viktigaste kring barnets hälsa samt boka tolk inför kommande möten.

*“Man måste göra nästa möte bättre och anpassa information på rätt nivå, ha en tanke och drivkraft framåt, nytt besök /.../ ta en tolk om jag inte hade det på förra besöket.”* Informant 6

Sjuksköterskorna uttryckte att arbetet med familjerna inte enbart var svårt och utmanande utan även roligt, lärorikt, och tillfredställande. De menade att man kunde vidga sina vyer då föräldrarna kunde ha flera bra idéer som man kunde ta med sig till andra besök.

## **Diskussion**

I följande text kommer vi att diskutera resultatets viktigaste fynd samt val av metod och studiens genomförande.

### **Resultatdiskussion**

Det framkom att sjuksköterskor som arbetar hälsofrämjande med barn till utrikesfödda föräldrar bär ett unikt ansvar som kräver ett salutogent synsätt. Det salutogena synsättet möjliggjordes genom att *värna om barnet, att hantera dialogen, att identifiera kulturen samt att bära ansvar.*

### **Överbryggande som transkulturell omvårdnad**

För att kunna överbrygga kommunikationsbarriärer krävdes det att sjuksköterskor kunde kommunicera med barn och dess utrikesfödda föräldrar. Överbryggandet innebar att sjuksköterskorna behövde identifiera kulturens betydelse för omvårdnaden, och lät kulturen ta plats utan att ta över. Denna slutsats överensstämmer med Schouten m.fl. (2020) som lyfte vikten av att adressera språk och kultur samtidigt eftersom det ena inte utesluter det andra. Vi tror att denna slutsats är avgörande i att kunna ge transkulturell omvårdnad till barnet genom

uppbyggnad av en tillitsfull relation till föräldrarna. Relationen innebär inte alltid att föräldrar och sjuksköterskan är överens, men vetskapen om att båda vill barnets bästa innebär att dialogen kring barnet kan fortgå trots meningsskiljaktigheter.

*Att hantera dialogen berörde* sjuksköterskornas upplevelse av utmaningarna i att ge information kring barnets hälsa i ett enda möte. Detta berodde på flera saker exempelvis tidsbrist och tillgång till resurser i form av tolk, men även språk och kulturella barriärer då dessa skilde sig mellan föräldrarna och sjuksköterskorna. Dessa fynd bekräftar aktuell forskning av Herrero-Arias & Diaz (2021) som beskrev att skillnader i kultur och språk påverkade utrikesfödda föräldrars grad av hälsolitteracitet. Graden av hälsolitteracitet hos föräldrarna innebar således en utmaning för sjuksköterskorna i vår studie, som var tvungna att anpassa informationen till föräldrarna efter tid, mängd och sätt som informationen förmedlades på. Tolkanvändningen blev ett verktyg som ofta togs till i möten med barnet och föräldrarna men innebar också utmaningar, då sjuksköterskornas förmåga i tolkanvändning ofta upplevdes bristfällig av dem själva. Tidigare forskning överensstämmer med dessa upplevelser av brister i tolkanvändningen, där Gerrish m.fl (2004) kom fram till att sjuksköterskor som fått utbildning i tolkanvändning kände sig mer bekväma i att använda tolk och istället valde bort att använda anhöriga i tolkande och medlande syfte. Vi har själva erfarenhet av liknande situationer då det inte sällan är syskon som ringer till vårdcentralen och skall försöka tolka åt föräldrarna som ringer åt sitt andra barn. Detta problem har även sjuksköterskorna uttryckt i vår studie och är i linje med vad (Jaeger m.fl., 2019) betonar i sin studie om minderåriga som användes som tolkar och dess påverkan på vårdkvalitén.

Vår upplevelse är att kommunikationsbarriärer på grund av språket men även för att man som vuxen talar till ett barn måste tas i beaktande, då mängden information som kan utbytas i det samtalet måste anpassas efter barnets ålder och mognadsnivå. Samtidigt som sjuksköterskor ställs inför en bedömning av hur snabbt ett annat barn är i behov av vård, innebär detta svårigheter i att bedöma det barn som är i behov av vård, och en otillräcklighet hos den som gör bedömningen.

Den kulturella aspekten i mötet med barn till utrikesfödda är något som sjuksköterskorna upplevde som känsligt men viktigt. Det är denna känslighet som gav upphov till kategorin *Att identifiera kulturen* som beskrevs som olikheter i mötet som kunde hjälpa eller skälpa i den vårdande situationen, då kulturen innebar att föräldrarna kom in med ett annat synsätt som ofta låg till grund för alla beslut kring barnet. Sjuksköterskorna efterfrågade utbildning i kulturell kompetens som de trodde skulle underlätta i mötet med barnet och föräldrarna. Eftersom det i artiklarna 4 och 30 i Barnkonventionen (2020) betonas att barn som tillhör minoritetsgrupper har rätt till sitt språk, sin kultur och religion, anser vi att det är ännu viktigare för sjuksköterskan att gå in med de transkulturella glasögonen i mötet med barn och deras utrikesfödda föräldrar. I dessa möten argumenterar vi för att sjuksköterskor som arbetar med patientgruppen får mer tid, då tidsaspekten komplicerade möjligheten att avhandla viktiga saker i ett enda besök och krävde därför fler besök.

Leiningers *theory of culture care* som var vår teoretiska referensram bekräftar relevansen av att ta hänsyn till de kulturella aspekterna hos en individ då dessa ligger till grund för beslut kring dennes hälsa (Mcfarland & Wehbe-Alama, 2019). Transkulturell omvårdnad innebär för oss författare de olika lager som utgör en individ. Bara för att en individ ser ut på ett visst sätt innebär det inte att det överensstämmer med det som jag förväntar mig som sjuksköterska. Det är dessa lager som vi anser är viktiga att ta hänsyn till i den vårdande situationen med ett

barn till utrikesfödda föräldrar. Barn behöver förstås och respekteras med hänsyn till kulturen och erbjudas vård enligt ett salutogent synsätt för att få bästa möjliga vård. Sjuksköterskorna i studien efterfrågade mallar och Pm för att lättare kommunicera, vilket vi kan relatera till. Dock vill vi lyfta betydelsen av ett personcentrerat synsätt som är mer individanpassat, eftersom mallar och Pm också kan vara till en nackdel i sjukvården när människor från samma eller olika kulturer sorteras in i fack. Således uppmuntrar vi utvecklingen av Leiningers teori som i begynnelsen sorterade in människor i fack med mallar i avseende att ge transkulturell omvårdnad, men som Giger m.fl (1993) och många fler utvecklat till en mer individanpassad form. Utformning av mallar och PM i syfte att underlätta kommunikationen anser vi bör genomföras med försiktighet och respekt för individen det riktar sig till.

### **Framåsyftande hälsa som drivkraft**

I syftet att främja hälsa för barn till utrikesfödda föräldrar behövdes också en drivkraft och strävan framåt. Drivkraften innebar att man som sjuksköterska såg varje möte som en möjlighet till ny kunskap som kunde underlätta och förbättra nästa möte. Sjuksköterskorna efterfrågade mer tid för arbetet och stöd i att anta barnets perspektiv, som krävdes i mötet med föräldrarna.

Det salutogena synsättet som framkom ur sjuksköterskornas upplevelser är i linje med Antonovskys tankar om att ställa sig frågan "hur" man kan bidra till barnets välmående och en bättre hälsa (Kristensson m.fl., 2012). Sjuksköterskorna antog ett barnperspektiv genom att värna om barnet då barnet inte alltid kunde tala för sig självt, eller reflekterade över "hur"-frågan beroende på barnets ålder. I studien ser vi och förstår sjuksköterskornas vilja till att ställa sig på barnets sida i alla möten då barn själva inte har förmågan att fatta beslut kring sin hälsa när de är små och befinner sig i en beroendeställning, men ju äldre barnet blir kan informationen anpassas på ett åldersadekvat sätt, i samstämmighet med Johansson (2019) kring förmågan att vända sig till barnet och ge åldersanpassad information. Detta framhålls även i artikel 12 i Barnkonventionen (2020) som betonar att barnet är berättigad till att veta sina rättigheter och inkluderas i frågor som handlar om dem. Sjuksköterskorna reflekterade över skamlighet hos föräldrarna, och upplevde svårigheter i att värna om barnet när utredningar nekades såsom vid neuropsykiatriska diagnoser. Skamlighet beskrevs enligt Eide & Eide, (2019) som en grundläggande försvarsmekanism som innebar att man omedvetet förde bort känslor och tankar, som är inte stämmer överens med självuppfattningen eftersom känslorna väckte ångest, skuld och skam. Kommunikationsproblem uppstod därför oftare i samband med bortträngda känslor. Slutsatsen kring sambandet mellan det psykosociala faktorer såsom skamlighet och dess påverkan på diagnossättning hos barnet bekräftar likheter med Socialstyrelsens (2018b) rapport som visade att barn till utrikesfödda föräldrar är underdiagnostiserade i jämförelse med barn till svenskfödda. Den psykosociala och socioekonomiska situationen i uppväxtmiljön påverkade och kunde vara en orsak till ökad risk för diagnos, vilket vi betonar som viktiga faktorer för sjuksköterskan att ta hänsyn till. Genom att värna om barnets rätt att få en diagnos argumenterade sjuksköterskorna för det redan befintliga behovet och vikten av att barnet fick hjälp i tid, vilket även vi författare instämmer i då barnet kan påverkas hela livet om det inte får de resurser det behöver. Vi vill därför argumentera för mer organisatoriskt stöd, utbildning och resurser för sjuksköterskor i ansvaret att värna om barn till utrikesfödda föräldrar och underlätta det hälsofrämjande arbetet.

Det ansvarsfulla uppdraget som primärvårdssjuksköterskor härbärgerar i att se till barnets bästa, väcker många känslor hos sjuksköterskorna. Eftersom sjuksköterskor bär det ansvaret i sin roll, var det också viktigt att hitta verktyg och resurser för att kunna hantera känslorna som ansvaret innebar.

I studien menade sjuksköterskorna att relationen till föräldrarna var vägen till god och jämlik vård för barnet. Föräldrarnas känslor och relation till sjuksköterskan och sjuksköterskans relation till föräldrarna innebar ibland friktion mellan parterna som sjuksköterskan behövde lära sig att hantera. Frustration och stress var några av de känslor som sjuksköterskorna beskrev, vilka ofta hade sitt ursprung i oro för barnet när föräldrar motsatte sig råd, vaccinationer eller rekommendationer. Dessa resultat stödjer tidigare forskning av Berlin (2010a) som visade att sjuksköterskor kunde känna oro och ångest över att missa barn till utrikesfödda som utsattes för olika hälsorisker, eftersom hälsoriskerna var obekanta och därmed oklara risker för barnets hälsa. Den försenade identifieringen av hälsoriskerna innebar också försenade interventioner som hade kunnat vara till hjälp för barnet. Även rädsla över att uppfattas som kulturnormativ i form av rasism är något som vi författare tyckte var överraskande att sjuksköterskorna vågade lyfta men inte helt oväntat av egna erfarenheter. Rasism i den vårdande kontexten är något som vi sällan diskuteras i utbildningarna, eller får talas om på våra arbetsplatser, men som vi av erfarenhet vet är ett stort problem som behöver lyftas. För att hantera dessa känslor tog sjuksköterskorna stöd av varandra och andra yrkeskategorier vilket vi tror är en bra väg att gå. Dock ser vi också i sjuksköterskornas berättelser att det inom primärvården råder brist på stöd och forum där man kan diskutera och lyfta fram frågor såsom kulturnormativitet i form av rasism i möten med patientgruppen. Stödet och möjlighet till reflektion kring möten med patientgruppen är något som vi tror underlättar kommunikationen. När sjuksköterskan får kunskap bidrar kunskapen till bättre kommunikation och således också till utrymme för arbetsglädje, och tillfredsställelse som sjuksköterskorna använde som en drivkraft i framtidsfrämjande hälsofrämjande för barnet.

För att kunna ge jämlik vård menar Dahlborg-Lyckhage m.fl. (2015) att patienter med olikheter måste bemötas olika. I vår studie innebar det att sjuksköterskorna som arbetade med barn till utrikesfödda behövde ett annat sätt att närma sig vården till barnet med ett mer individ och kulturellt anpassat sätt. Det var det unika tillvägagångssättet, skickligheten och konsten i att bemästra ansvaret som bidrog till att jämlik vård kunde möjliggöras för barnet.

## Metoddiskussion

Studiens  *trovärdighet, giltighet och överförbarhet*  är enligt Graneheim & Lundman, (2004) de kriterier som diskuteras i bedömning av kvalitén av en studie inom kvalitativ forskning. Vi kommer under metoddiskussionen att beskriva studiens genomförande utifrån dessa kriterier som också efterföljer rekommendationer ur Helsingforsdeklarationen när man genomför forskning på människor (World Medical Association, 2018).

Eftersom vi sökte att undersöka primärvårdssjuksköterskors erfarenheter av kommunikationsbarriärer i mötet med barn till utrikesfödda föräldrar passade en kvalitativ metod vårt syfte. Innehållsanalys av Graneheim och Lundman (2004) valdes som modell då den tillät viss tolkning av texten i intervjuerna. Semistrukturerade intervjuer med induktiv ansats stödjer innehållsanalys då vi sökte att finna mönster och variationer i sjuksköterskornas berättelser (Graneheim och Lundman, 2017). En deduktiv ansats valdes därmed bort då den utgår ifrån en teori och utfallet som förväntas kan härledas till teorin (Polit & Beck, 2017). Således ökade trovärdigheten i studien då metoden och modellen ofta används i kombination.

Graneheim & Lundman (2004) förklarar att trovärdigheten även inkluderar frågan om överförbarhet, som refereras till i hur stor utsträckning ett resultat kan överföras på andra sammanhang. Kriterier för överförbarheten anser vi är väl uppfyllda då målet i början var att enbart rikta sig till vårdcentraler i områden i Västsverige med högt antal utrikesfödd

befolkning. Dock fick vi på grund av den rådande Coronapandemin svårigheter i rekrytering av sjuksköterskor, och fick även rikta oss till sjuksköterskor på vårdcentraler med ett mindre antal utrikesfödd befolkning. Coronapandemins krav på omstrukturering och belastning på vårdcentraler tror vi var en bidragande orsak till att chefer inte haft möjlighet att prioritera forskningsdeltagande bland sin personal.

I relation till överförbarheten har vi reflekterat över skillnaderna i val av områden och dragit slutsatsen att överförbarheten inte påverkades, då fördelningen av hur den utrikesfödda befolkningen är bosatt speglar verkligheten i hur det ser ut geografiskt i Sverige. I vissa områden bor det fler utrikesfödda än i andra, men de flesta sjuksköterskor möter barn med en eller två utrikesfödda föräldrar i sitt arbete oavsett område. Skillnaden låg i frekvensen av antalet möten samt erfarenhet med patientgruppen de olika sjuksköterskorna hade. Överförbarheten ökade även i andra sammanhang där man möter barn till utrikesfödda, eftersom man även i de sammanhangen måste kommunicera med barnen och föräldrarna. Sjuksköterskornas olika utbildningsbakgrund utgjorde den variation som representeras i sjuksköterskors utbildningsnivå inom primärvården nationellt, då det till följd av brist på specialistutbildade sjuksköterskor även arbetar grundutbildade sjuksköterskor inom primärvården. Variationen ökar överförbarheten och trovärdigheten enligt Polit & Beck (2017) och vi ansåg att utbildningsbakgrund utgjorde en styrka, då man som sjuksköterska kan arbeta utifrån egen kunskap och erfarenhet för att kringgå och lösa olika problem som kan uppstå i arbetet. Deltagare med olika perspektiv bidrar enligt Graneheim & Lundman (2004) till en rikare variation av det studerade fenomenet.

Vi blev överraskade utifrån demografiska data som senare visade att medelvärdet för det antal år som sjuksköterskorna hade arbetat inom primärvården var 6,7 år, medan medelvärdet av totala årserfarenheten av att möta barn till utrikesfödda föräldrar var 8,7 år. Utfallet talar starkt för att årserfarenheten av patientgruppen var viktigare än antal år inom primärvården för fenomenet som vi studerat. Att efterfråga sjuksköterskor med minst ett års erfarenhet inom primärvården och av patientgruppen grundades i önskemålet att få rika data, som vi trodde innebar att en sjuksköterska med kortare årserfarenhet inte hade haft tillräckligt av, vilket även förklarar valet av sjuksköterskor men olika utbildningsbakgrund. Könstillhörighetens roll och sättet man kommunicerar på i möten kunde inte uteslutas efter reflektion över enbart kvinnliga deltagare. Alla kommunicerar på olika sätt men vi har dragit slutsatsen att kommunikation, kulturella och personliga egenskaper spelar roll i möten exempelvis relaterat till kulturella skillnader och syn på kvinnligt och manligt.

För att bevara sjuksköterskornas autonomi fick samtliga välja tillvägagångssätt för intervjun, vårt enda krav var att detta skulle ske enskilt mellan en forskare och informant. Sjuksköterskorna valde olika sätt att bli kontaktade och således genomfördes intervjuer genom fysiska möten, per telefon och videosamtal. Reflektion kring maktrelationen föregick intervjuerna ifall bägge författarna skulle delta under intervjun, det bedömdes mer bekvämt och rättvist att mötas en forskare och en sjuksköterska (Polit & Beck, 2017). Det digitala tillvägagångssättet för datainsamling kan ha påverkat vår studie då Coronapandemin tvingade oss till att kommunicera med våra informanter digitalt eller via telefon. Vi kom dock fram till att det digitala tillvägagångssättet höjde trovärdigheten och överförbarheten under de rådande omständigheterna. Roller och Lawrakas (2015) beskriver en kostnadseffektiv fördel med telefonintervjuer, då man kan rikta sig till ett större geografiskt område och inte är beroende av att mötas fysiskt. Eventuella begränsningar med telefonintervjuer vilka i vårt fall innebar att vi gick miste om ansiktsuttryck eller kroppsspråk som även tas upp som en begränsning. Intervjuernas innehåll har diskuterats men då inget nytt uppkom ur berättelserna efter 6 intervjuer och en sjunde lades till anser vi att innehållet gav rika data, och svarade på



forskningsfrågan vilket också Graneheim & Lundman (2004) betonar gällande trovärdigheten inom kvalitativ forskning. Då intervjuerna spelades in med diktafon samt våra privata mobiltelefoner, transkriberades allt material i anslutning till intervjun vilket innebar att vi snabbt också kunde radera allt inspelat material för att värna om informanternas anonymitet. Med hjälp av de följdfrågor som var en del av den semistrukturerade intervjuguidens utformning, upptäckte vi nya och oväntade infallsvinklar som skulle kunna forskas vidare på. Polit & Beck (2017) poängterar också att följdfrågor är viktiga i intervjuguiden för att öka möjligheten till rika data.

I datanalen har fokus legat på det synliga i materialet, alltså det manifesta innehållet som vi känt passat oss som nybörjare i forskningsvärlden som Graneheim & Lundman (2004) också rekommenderar. För att öka trovärdigheten har vi gemensamt genomfört hela analysprocessen, från att enskilt läsa de transkriberade intervjuerna och därefter gemensamt kunnat skapa överenskommelse. Utmaningen för oss blev att sortera in underkategorier till kategorier, eftersom vi fick ändra position och titel flera gånger på underkategorierna för att inte tappa det viktiga i texten. I detta skede tog vi hjälp av vår handledare som vägledde oss genom att sortera underkategorierna till kategorier samt sammanställa passande rubriker till kategorierna. De få data som inte inkluderades i resultatet var upprepningar som inte tillförde något nytt till resultatet. Giltigheten i studien diskuterades i relation till kutym i kvalitativ forskning och ansågs efterfölja praxis genom att enbart genomföra viss tolkning av det manifesta innehållet. Genom att använda citat, söka överenskommelse oss emellan gällande kategoriernas titlar samt ta hjälp av vår handledare har vi styrkt giltigheten i studien enligt Graneheim och Lundman (2004).

För att uppfylla kriterierna för trovärdighet beskriver Polit & Beck (2017) att det slutgiltiga kriteriet skall beröra graden av bekräftande som innebär en objektivitet hos författaren gentemot texten. Detta har vi tagit fasta på och låtit texten representera det som sjuksköterskorna berättat. Vi som har genomfört studien arbetar som grundutbildade sjuksköterskor inom primärvården och har båda ansvar för mottagning av patienter med utländsk bakgrund. Således bär vi med oss en viss förförståelse som under hela studiens gång har reflekterats över. Förförståelsen tror vi har hjälpt till i att studera fenomenet men samtidigt inte låtit det påverka utfallet. Det har varit till stor fördel att träffas fysiskt och genomföra studiens olika moment gemensamt för att lättare diskutera forskningsprocessen. Sammanfattningsvis följde vi kvalitativ design som uppfyller syftet med en empirisk studie och ökar studiens trovärdighet (Polit & Beck, 2017).

## Slutsats

I mötet mellan utrikesfödda föräldrar och primärvårdssjuksköterskan, bidrar kommunikationsbarriärer till att barnets rätt till god hälsa åsidosätts och berövar barnet möjligheten till jämlik vård. I arbetet med patientgruppen har primärvårdssjuksköterskor olika strategier för att överbrygga dessa kommunikationsbarriärer. Överbryggande av dessa kommunikationsbarriärer innebär att sjuksköterskor som arbetar med barn till utrikesfödda, behöver närma sig vården till barnet på ett mer individuellt och kulturellt anpassat sätt. Sjuksköterskor intar en relationsfokuserad inställning till föräldrarna som tar hänsyn till individen och kulturen, med målet att nå barnet och skapa en gemensam väg för barnets hälsa.

Det är det unika tillvägagångssättet, skickligheten och konsten i att bemästra ansvaret som bidrar till att jämlik vård kan möjliggöras för barnet. Sjuksköterskor som arbetar med

patientgruppen har en drivkraft till framåtsyftande hälsa för barnet, vilket de även åstadkommer genom att överbrygga kommunikationsbarriärer och möjliggöra kulturellt anpassad vård. Vinsterna med detta skulle innebära att barn till utrikesfödda får adekvat vård, och att sjuksköterskan lättare kan identifiera hälsorisker som talar emot en god hälsa för barnet. Ur ett samhällsperspektiv innebär detta ett steg närmare folkhälsomålet, med att ge lika god vård till hela befolkningen där dessa barn är en särskilt betydelsefull grupp. Brister i det hälsofrämjande arbetet kring barn till utrikesfödda framkommer i studien, men hur arbetet gentemot patientgruppen ser ut i framtiden är något som primärvårdssjuksköterskor ser hoppfullt på.

## **Förslag till klinisk tillämpning**

Förhoppningen med studien är att öka kunskapen, rusta sjuksköterskor samt initiera en diskussion kring fler kommunikationsbarriärer än språk inom primärvården och hur arbetet med barn till utrikesfödda kan utvecklas med sjuksköterskor spetsen.

Vi anser att studien kan bidra till att belysa behovet av mer resurser även i form av tidiga insatser för bedömning av risker i barnets miljö redan från tidig ålder, som långsiktigt leder till ökad känsla av inkludering i samhället och minskade samhällskostnader.

Detta kräver mer organisatoriskt stöd till sjuksköterskor i form av tid, utbildning och kunskap i kulturkompetent vård för att rusta sjuksköterskan i dennes ansvar i att värna om barnens rättigheter. Sammanfattningsvis är vår önskan att lyfta barnets perspektiv och de konsekvenser och utmaningar som barnet ställs inför i egenskap av barn till utrikesfödda föräldrar.

## **Förslag till fortsatt kunskapsutveckling**

Resultatet bekräftar att tillräcklig forskning kring lösningar i hur man överbryggar kommunikationsbarriärer saknas. Vi vill lyfta sjuksköterskors behov av ökad kulturell kompetens inom hälso- och sjukvården redan i grundutbildningen men även fortsättningsvis i specialistutbildningen. Vårt förslag är att införa mer praktisk övning i kulturkompetent vård och inte enbart studera ämnet teoretiskt. Ökad kunskap om vad familjer bär med sig från sin kultur och hur detta påverkar barnet tror vi är en god väg att gå. Även utbildning i tolkanvändning behöver prioriteras för sjuksköterskor.

Utifrån Leiningers teori där människor delas in i olika fack och generaliserande tankar skapas om vad olika minoritetsgrupper behöver, ser vi likheter med det som sjuksköterskorna i studien efterfrågar gällande PM och mallar. Generalisering i form av PM och mallar i syfte att ge kulturellt anpassad vård anser vi är komplicerat relaterat till människovärdesprincipen, men praktisk övning i situationer som kan uppstå kopplade till kommunikationsbarriärer kan ge beredskap i möten som sjuksköterskor ställs inför. Leiningers som var pionjär i kulturkompetens är dock viktig att lyfta inom vårdvetenskapen eftersom hon varit startskottet i dialogen om kulturens betydelse, dock anser vi att teorin är i behov av fortsatt utveckling då vi tror att man bör närma sig generaliseringar med försiktighet. Barnets egna perspektiv skall därför undersökas och respekteras med hänsyn till barnets unika värde.

Lösningar i överbryggande av kommunikationsbarriärer med syfte att se till barnets bästa framkommer att de behöver vara grundade i sjuksköterskors vilja till att se individen bortom barriären och bära transkulturella istället för kulturnormativa glasögon.

## Referenser

Barnombudsmannen (2018). *Utanförskap, våld och kärlek till orten – barns röster om att växa upp i utsatta kommuner och förorter*.

<https://www.barnombudsmannen.se/globalassets/dokument-for-nedladdning/publikationer/ar2018.pdf>

Belintxon, M., Dogra, N., McGee, P., Pumar – Mendez, M. & Discastillo, O. (2019). Encounters between children's nurses and culturally diverse parents in primary health care. *Nursing and Health Sciences*. 22 (1) 273–282. <https://doi.org/10.1111/nhs.12683>

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 Care Nurses's opinions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 20 (2) 160-168. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00393>

Berlin, A., Hylander, I. & Törnkvist, L. (2008) Primary Child Health Care Nurses' assessment of health risks in children of foreign origin and their patents – a theoretical model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 22 (1) 118-127. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00533>

Berlin, A., Törnkvist, L. & Hylander, I. (2010a) Watchfully checking rapport with the Primary Child Health Care nurses – a theoretical model from the perspective of parents of foreign origin. *BMC Nursing*. 9 (1) 14. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-9-14>

Berlin, A., Nilsson, G. & Törnkvist, L. (2010b) Cultural competence among Swedish child health nurses after specific training: A randomized trial. *Nursing and Health Sciences*. 12 (1) 381-391. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00542.x>

Bramhagen. A-C & Carlsson, A. (2013). Hälsofrämjande arbete för barn och ungdomar. Sid 19-26. Studentlitteratur AB.

Bryman, A. (2012). *Social Research Methods*. (4. uppl.) Oxford University Press.

Bäärnhielm, S. (2019). Möten i den mångkulturella vården. I Fossum, B. (Red.) *Kommunikation- Samtal och bemötande i vården*. (3.uppl.) (s.365–397). Studentlitteratur AB.

Critical Appraisal Skills Programme. (2020). Cohort study.

[https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Cohort-Study-Checklist-2018\\_fillable\\_form.pdf](https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Cohort-Study-Checklist-2018_fillable_form.pdf)

Dahlborg Lyckhage, E. & Lau, M. (2015). Vithetsnormer – normer som producerar ”hudfärgade” plåster. I Dahlborg Lyckhage, E., Lyckhage, G. & Tengelin, E. (Red.), *Jämlik vård - Normmedvetna perspektiv*. (s.131 - 151). Studentlitteratur AB.

Dahlborg Lyckhage, E., Lau, M. & Tengelin, E. (2015). Normer som hinder för jämlik och rättighetsbaserad vård. I Dahlborg Lyckhage, E., Lyckhage, G. & Tengelin, E. (Red.), *Jämlik vård - Normmedvetna perspektiv*. (s.37–57). Studentlitteratur AB.

Eide, H. & Eide, T. (2019) *Omvårdnadorienterad kommunikation: Personorientering, samarbete och etik*. Studentlitteratur AB

Ekman, I. & Norberg, A. (2013) Personcentrerad vård - teori och tillämpning. I Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H. & Öhlen, J. (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (s.29–53). Studentlitteratur AB.

Englund, D, A-C. & Rydström, I. (2012). "I have to turn myself inside out": Caring for Immigrant Families of Children With Asthma. *Critical Nursing Research* 21. (2). 224–242. <https://doi.org.10.1177/1054773812438915>

Etikprövningsmyndigheten. (2019). Etikprövning - så går det till. <https://etikprovning.se/for-forskare/sa-gar-det-till/>

Festini, F., Focardi, S., Bisogini, S. & Mannini, C. (2009). Providing Transcultural to Children and Parents: An Exploratory Study From Italy. *Journal of Nursing Scholarship*. 41. (2), 220–227. <https://doi.org.10.1111/j.1547-5069.2009.01274.x>

Fors, J. (2019). Att kommunicera med hjälp av tolk. I Fossum, B. (Red.) *Kommunikation-Samtal och bemötande i vården*. 3.Uppl. (s.309–327). Studentlitteratur AB.

Fossum, B. (2019). Kommunikation och bemötande. I Fossum, B. (Red.) *Kommunikation-Samtal och bemötande i vården*. 3.Uppl. (s.27–73). Studentlitteratur AB.

Gerrish, K., Chau, R., Sobowale, A. & Birks, E. (2004). Bridging the language barrier: the use of interpreters in primary care nursing. *Health and Social Care in the Community*. 12. (5), 407–413. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2004.00510.x>

Giger, J. & Davidhizar, R. & Wiecek, S. (1993). Culture and Ethnicity. In Bobak, I. & Jensen, M. (Eds.). *Maternity and gynecological care*. (5th.ed) 43–67. Mosby

Giger, N.J. & Haddad, G.L. (2021) *Transcultural Nursing: Assessment and Intervention*. (8 th ed.). Elsevier.

[https://books.google.se/books?hl=sv&lr=&id=odLVDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Leininger+communication+barriers+transcultural+care+children&ots=iyvZl6bq9z&sig=isEmkCgopS3Slz9Jt\\_PtVGBB6sQ&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Leininger%20communication%20barriers%20transcultural%20care%20children&f=false](https://books.google.se/books?hl=sv&lr=&id=odLVDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Leininger+communication+barriers+transcultural+care+children&ots=iyvZl6bq9z&sig=isEmkCgopS3Slz9Jt_PtVGBB6sQ&redir_esc=y#v=onepage&q=Leininger%20communication%20barriers%20transcultural%20care%20children&f=false)

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education today*, 24 (2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Graneheim, U-H. & Lundman, B. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I Höglund- Nielsen, B. & Granskär, M. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s.219–234) Studentlitteratur AB.

Hannerz, U. (1992). Cultural Complexity. Studies in the Social Organisation of Meaning. Columbia University Press.

[https://books.google.se/books?hl=sv&lr=&id=4Y78TGNAp78C&oi=fnd&pg=PP9&dq=Hannerz,+U.+\(1992\).+Cultural+Complexity.+Studies+in+the+Social+Organisation+of+Meaning.+Co&ots=640vRCSHWK&sig=IVB5oWjQqGOMLz5MopNX-bL2Y6U&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.se/books?hl=sv&lr=&id=4Y78TGNAp78C&oi=fnd&pg=PP9&dq=Hannerz,+U.+(1992).+Cultural+Complexity.+Studies+in+the+Social+Organisation+of+Meaning.+Co&ots=640vRCSHWK&sig=IVB5oWjQqGOMLz5MopNX-bL2Y6U&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

Herrero - Arias, R. & Diaz, E. (2021). A qualitative study on the experiences of southern European immigrant parents navigating the Norwegian healthcare system. *International Journal for Equity in Health*. 20. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01384-8>

Höglund – Nielsen, B. & Granskär, M. (2017) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (3.uppl.) Studentlitteratur AB.

International Council of Nurses. (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Svensk sjuksköterskeförening.

[https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012\\_ICN\\_Codeofethicsfornurses\\_%20eng.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf)

Jaeger, F., Pellaud, N., Laville, B. & Klauser, P. (2019). The migration-related language barrier and professional interpreter use in primary health care in Switzerland. *BMC Health Services Research*. 19 (1). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4164-4>

Johansson, A-K. (2019). Att möta och kommunicera med barn och deras föräldrar. I Fossum, B. (Red.) *Kommunikation- Samtal och bemötande i vården*. (3.uppl.) (s.287–307). Studentlitteratur AB.

Johansson, L., Golsäter, M. & Hedberg, B. (2016) Health dialogue with non-native-speaking parents: child health nurses' experiences. *Nordic journal of nursing Research*. 36(4) 209-215. <https://doi.org/10.1177/2057158516635480>

Kaiser, K. (2012).” Protecting confidentiality”. I Gubrium, J.F., Holstein, J.A., Marvasti, A.B. & Mckinney, K.D. (Red.), *Handbook of Interview Research: The Complexity of the Craft*. (2.uppl.) (s.457–464). Sage

Kersey- Matusiak, G. (2015) *Kulturkompetent omvårdnad*. Studentlitteratur AB.

Kristenson, M., Wijk, H., Müssener, U. & Hertting, A. (2012) Begreppen Hälsa Och Hälsöfrämjande. I Hertting, A & Kristenson M. (Red.), *Hälsöfrämjande möten – Från barnhälsovård till palliativ vård*. (s.19–22) Studentlitteratur AB.

Kvale, S. & Brinkman, S. (2014) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3.uppl.) Studentlitteratur AB.

Köhler, M. (2012). *Barn i Malmö: skilda livsvillkor ger ojämlik hälsa*. Kunskapscentrum för barnhälsovård. <https://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/view/1243/1037>

Köhler, M. & Reuter A. (2013). Det hälsofrämjande mötet på barnavårdscentralen. I Bramhagen, A-C. & Carlsson, A. (Red.), *Hälsofrämjande arbete för barn och ungdomar*. (s.107–118) Studentlitteratur AB.

Lavrakas, P.J., Blumberg, S., Battaglia, M., Boyle, J., Brick, J.M., Buskirk, T.D., DiSogra, C., Dutwin, D., Fahimi, M., Fienberg, H., Fleeman, A., Guterbock, T.M., Hall, J., Keeter, S., Kennedy, C., Link, M., Piekarski, L., Shuttlers, C.D., Steeh, C.” ...” ZuWallack, R. (2010). New considerations for survey researchers when planning and conducting RDD telephone surveys in the U.S. with respondents reached via cell phone numbers. *American association for public opinion research cell phone task force*. [https://www.aapor.org/aapor\\_main/media/mainsitefiles/2010aaporcellphonetfreport.pdf](https://www.aapor.org/aapor_main/media/mainsitefiles/2010aaporcellphonetfreport.pdf)

McCharty, J., Cassidy, I., Graham, M.M. & Tuohy, D. (2013). Conversations through barriers of language and interpretation. *British Journal of Nursing*. 22 (6) 335-339. <https://doi.org/10.12968/bjon.2013.22.6.335>

McFarland, M. & Wehbe-Alamah, H. (2019). Leininger's Theory og Culture Care Diversiy and Universality: an Overview with a Historical Retrospective and a View Toward the Future.

*Journal of Transcultural Nursing*. 30 (6). 540-557.  
<https://doi.org.10.1177/1043659619867134>

Magnusson, M. (2009). *Barnhälsovård: att främja barns hälsa*. Liber.

Mangrio, E. & Persson, K. (2017) Immigrant parent's experience with Swedish Child Health Care system: a qualitative study. *BMC Family Practice* 18, 1-9.  
<https://doi.org.10.1186/s12875-017-0604-6>

Nilsson, B. & Waldermarsson A-K. (2016). Kommunikation – Samspel mellan människor. (4.uppl.) Studentlitteratur.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.). Wolters Kluwer

Prop.2007/08:110. *En förnyad folkhälsopolitik*. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/proposition/2008/03/prop.-200708110/>

Rikshandboken barnhälsovård för professionen. (2020). *Barnhälsovårdens nationella program*. <https://www.rikshandboken-bhv.se/globalassets/rhb/media/dokument/barnhalsovardens-nationella-program/barnhalsovardens-nationella-program.pdf>

Roller, R.M & Lavrakas, J.P. (2015) *Applied Qualitative Research Design: A Total Qualitative Framework Approach*. The Guilford Press.

Samarasinghe, K., Fridlund, B. & Arvidsson, B (2010) Primary health care nurses' promotion of involuntary migrant families' health. *International Nursing Review*. 57 (2) 224–231.  
<https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2009.00790>

Sandman, L. & Kjellström, S. (2018) *Etikboken: etik för vårdande yrken*. (2.uppl.) Studentlitteratur AB.

Schouten, B., Cox, A., Duran, G., Kerremans, K., Banning, L., Lahdidioui, A., Muijsenbergh, M., Schinkel, S., Sungur, H., Suurmond, J., Zendedel, R. & Krystallidou, D. (2020) Mitigating language and cultural barriers in healthcare communication: Toward a holistic approach. *Patient Education and counseling*. 103. 2604-2608.  
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.05.001>

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*.

[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)

SFS 2018:1197. *Lag om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter*.

[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-20181197-om-forenta-nationernas-konvention\\_sfs-2018-119](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-20181197-om-forenta-nationernas-konvention_sfs-2018-119)

SFS 2019:930. *Lag om ändring i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.*

<https://svenskfornattningssamling.se/sites/default/files/sfs/2019-11/SFS2019-930.pdf>

SFS 2019:958. *Lag om ändring i lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.*

<https://svenskförfattningssamling.se/sites/default/files/sfs/2019-11/SFS2019-958.pdf>

Smith, L.S. (1998). Concept analysis: cultural competence. *Journal of Cultural Diversity*, 5 (1). 4–10

Statistiska Centralbyrån. (2016). *Olika levnadsvillkor för barn med svensk och utländsk bakgrund.*

<https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/levnadsforhallanden/levnadsforhallanden/barn-och-familjestatistik/pong/statistiknyhet/barn--och-familjestatistik-2016/>

Statistiska Centralbyrån. (2020). *Utrikesfödda i Sverige.*

<https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/utrikes-fodda/>

Steinberg, E., Valenzyela-Araujo, D., Zickafoose, J., Kieffer, E. & Ross DeCamp, L. (2016) The “Battle” of Managing Language Barriers in Health Care. *Clinical Pediatrics*. 55 (14). 1318-1327. <https://doi.org/10.1177/0009922816629760>

Socialstyrelsen. (2009). *Termbank*. <http://app.socialstyrelsen.se/termbank>

Socialstyrelsen. (2018a). *Barn och andra anhöriga som översätter och medlar inom socialtjänst och hälso- och sjukvård.*

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-5-13.pdf>

Socialstyrelsen. (2018b). *Regionala skillnader i användningen av adhd- läkemedel bland barn: En fråga om psykosocial miljö?*

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-10-26.pdf>

Swenurse. (2019). *Kompetensbeskrivning av Avancerad Nivå Distriktssköterska* <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/distriktssjukskoterskor-kompetensbeskrivning-2019-klar-for-webb.pdf>

Tates, K. & Meeuwesen, L. (2001). Doctor – parent-child communication. A (re)view of the literature. *Social Science and Medicine*. 52. 839–851 [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00193-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00193-3)

Tavallali, A.G., Jirwe, M. & Cabir, Z.N. (2016). Cross- cultural care encounters in paediatric care, minority ethnic parents’ experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 31 (1). 54–62. <https://doi.org/10.1111/scs.12314>

Taylor RA. & Alfred MV. (2010). Nurses’ perceptions of the organizational supports needed for the delivery of culturally competent care. *Western Journal of Nursing Research*, 32 (5). 591–609. <https://doi.org/10.1177/0193945909354999>



Watts, D-J., Hajjar, M., Dowla, N., Hirway, P. & Kamath, S. (2019). Use of Pediatric Primary Care Telephone Advice by Families Whose Usual Language Spoken at Home is Not English. *Clinical Pediatrics* 58. (3). 343–348. <https://doi.org.10.1177/0009922818817311>

Wikberg, A. & Eriksson, K. (2003). *Vårdande ut ett transkulturellt perspektiv*. Akademi institutionen för Vårdvetenskap.

Wiklund Gustin, L. & Lindvall, L. (2019) *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Natur och kultur.

World Medical Association. (2018). WMA declaration of Helsinki - ethical principles for medical research involving human subjects. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Örhn, A. (2013). Säker vård. I Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H. & Öhlen, J. (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (s.182–215). Studentlitteratur AB.



Institutionen för hälsovetenskap

**Tillfrågan till vederbörande i egenskap av verksamhetschef gällande skriftligt godkännande att genomföra enskilda intervjuer med en eller flera sjuksköterskor inom din verksamhet.**

Studien syftar till att öka förståelse för primärvårdssjuksköterskors erfarenheter av kommunikationsbarriärer i mötet med barn till utrikesfödda föräldrar. Genom ökad förståelse kan vården till dessa barn bli mer jämlik. Vidare kan studien leda till förbättrat stöd till barnets, föräldrarna men också sjuksköterskor som arbetar med patientgruppen.

Vi söker totalt 2 deltagare som vill delta i enskilda intervjuer under februari/mars 2021. Informanterna ha erfarenhet av möten med barn till utrikesfödda föräldrar där det uppstått kommunikationsbarriärer. Intervjuer kommer att bestå av öppna frågor och utföras med en av studieförfattarna genom fysiskt möte, videosamtal eller telefonsamtal som kommer att spelas in. 60 minuter behöver avsättas och vilket datum, tid och plats överenskommes med informant/verksamhetschef med hänsyn till verksamheten.

Alla uppgifter som berör studien kommer att behandlas konfidentiellt och enbart författarna kommer att ha tillgång till materialet. Allt inspelat material kommer att raderas efter transkribering. Deltagandet är frivilligt och kan avbrytas när som helst under studiens gång utan motivering. Studien kommer att genomföras av oss två studieförfattare och kommer att presenteras i form av en magisteruppsats vid Högskolan Väst.

Vid ett godkännande av vår studie, var god kontakta oss via e-mail eller telefon senast **25:e februari**. Med vänliga hälsningar!

Kelly Rocha [kelly.silva-rocha@student.hv.se](mailto:kelly.silva-rocha@student.hv.se)

Deborah Björk [deborah.bjork@student.hv.se](mailto:deborah.bjork@student.hv.se)

Verksamhetschef godkänner härmed denna förfrågan genom att kryssa för följande alternativ:  
Ja:

Nej:

Underskrift: \_\_\_\_\_ Ort/datum \_\_\_\_\_

Handledare: Henrik Eriksson, Professor vid Högskolan Väst / [erih@rkh.se](mailto:erih@rkh.se)



Institutionen för hälsovetenskap

### **Förfrågan om att delta i studien: Att beskriva primärvårdsjuksköterskors erfarenheter av kommunikationsbarriärer i mötet med barn till utrikesfödda föräldrar.**

Inom primärvården möter sjuksköterskor ofta barn till utrikesfödda föräldrar, dessa möten sker via telefonrådgivning och mottagning. Tidigare forskning visar att mötet med dessa barn och föräldrar kräver mer av sjuksköterskan än möten med svenskfödda föräldrar. Vi är intresserade av din erfarenhet för att veta hur det hälsofrämjande arbetet kan upprätthållas i möten med barnet och dess föräldrar eller närstående.

Studien är ett examensarbete på avancerad nivå och är en del i Specialistjuksköterskeutbildningen med inriktning mot folkhälsa vid Högskolan Väst. Studien kommer att genomföras med intervjuer under Mars 2021. Intervjun kommer att beräknas ta 60 minuter, på tid och plats som du bestämmer via telefonsamtal, video - eller fysiskt möte med hänsyn till den rådande Coronapandemin. Intervjun kommer att spelas in och skrivas ut i text.

Den information som du lämnar kommer att behandlas konfidentiellt, och inlåst så att ingen obehörig får ta del av den. Sedan kommer det inspelade intervjumaterialet att raderas efter transkribering och avkodas, så att ingen text kan härledas tillbaka till dig eller någon annan som deltar i studien. Resultatet kommer att presenteras i form av en magisteruppsats på Specialistjuksköterskeprogrammet vid Högskolan Väst. När magisteruppsatsen är godkänd kommer den att finnas i ett digitalt publiceringssystem (DIVA) vid Högskolan väst. Du kommer att få en kopia av uppsatsen om du så önskar.

### **Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst avbryta utan närmare motivering.**

Vi frågar härmed om Du vill delta i denna studie? Vid besked om deltagande eller vidare frågor kan detta göras via mailadress till någon av oss.

Kelly Rocha

Sjuksköterska - Specialistjuksköterskestudent Mail: [kelly.silva-rocha@student.hv.se](mailto:kelly.silva-rocha@student.hv.se)

Telefonnr:

Deborah Björk

Sjuksköterska - Specialistjuksköterskestudent Mail: [deborah.bjork@student.hv.se](mailto:deborah.bjork@student.hv.se)

Telefonnr:

## Bilaga III

Skriftligt informerat samtyckte till medverkan i intervjustudien med titeln; ***Överbryggande av kommunikationsbarriärer med drivkraft framåt*** – En intervjustudie om konsten att främja barns hälsa i det transkulturella mötet

Jag har informerats om studiens syfte, om hur informationen samlas in, bearbetas och handhas. Jag har även delgivits information om att mitt deltagande är frivilligt och att jag, när jag vill, kan avbryta min medverkan i studien utan att ange orsak. Jag samtycker härmed till att medverka i denna intervjustudie.

Namnunderskrift : \_\_\_\_\_

Ort/Datum/år : \_\_\_\_\_

## Bilaga IV



Institutionen för hälsovetenskap

Intervjuguide för studien: *Överbryggande av kommunikationsbarriärer med drivkraft framåt - En intervjustudie om konsten att främja barns hälsa i det transkulturella mötet.*

### **Inledning/Demografiska data:**

Vad har du för grundutbildning eller specialistutbildning?

Hur många år har du arbetat som Sjuksköterska inom Primärvården?

Hur många års erfarenhet har du totalt i ditt yrkesliv som sjuksköterska av möten med barn till utrikesfödda föräldrar?

### **Temafrågor:**

1. Har du i ditt yrke eller nuvarande arbetsplats någon gång fått någon kurs/utbildning/information i hur du ska hantera situationer där kommunikationsbarriärer kan uppstå?
2. Hur ofta upplever du att du hamnar i situationer där du har svårt att kommunicera med barnets utrikesfödda föräldrar?
3. Kan du ge exempel på situationer där det har varit svårt att främja barnets hälsa på grund av kommunikationsbarriärer?
4. Hur upplever du att språk som kommunikationsbarriär påverkar situationer där du skall främja barnets hälsa?
5. Hur tror du att kultur som kommunikationsbarriär påverkar situationer där du skall främja barnets hälsa?
6. Hur brukar du lösa situationerna där kommunikationsbarriärer uppstår så att det blir bra för barnet?
7. Vad känner du och hur hanterar du sådana känslor?
8. Har du situationer kommunikationsbarriärerna inte har löst sig?

**Avrundning:** Har du något mer att tillägga?

Tack för ditt deltagande!

## **Följdfrågor till intervjuguide**

Fråga 1: Hur har det hjälpt dig, eller hur tror du att det skulle kunna ha hjälpt?

Fråga 2: Kan du utveckla?

Fråga 8: Vad upplever du att det innebär för barnet?

Hur menar du?

Har jag förstått dig rätt?

Kan du ge exempel?

**Högskolan Väst**

**Institutionen för hälsovetenskap, 461 86 Trollhättan**

**Tel 0520-22 30 00**

**[www.hv.se](http://www.hv.se)**