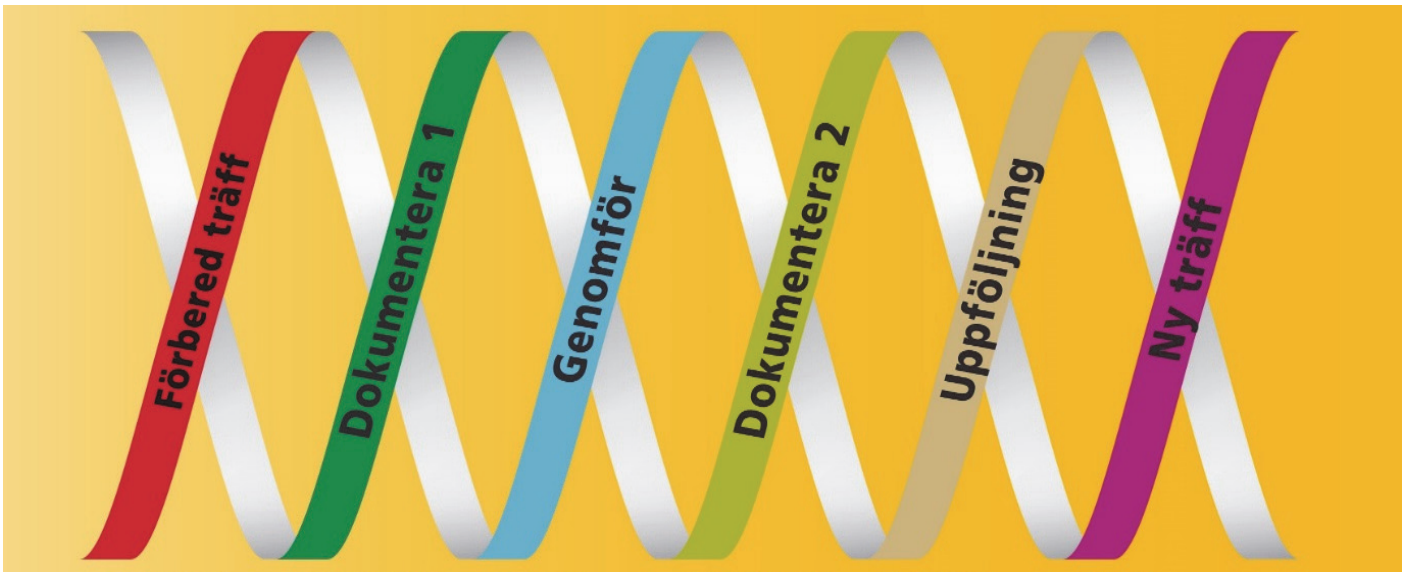
Hälsoodontologiska enhetens rapportserie
Rapport 3 2017

Katharina Wretlind
Sofia Jakobsson
Maria Magnusson
Ulrika Åhs Jonsson



Insatser för att minska skillnader i hälsa:

Hälsosamtal över dukat bord – metodutveckling och samverkan

Vad?
Att genom metodutveckling och samverkan stödja familjer att utveckla hälsosamma levnadsvanor med fokus på matvanor.

Varför?
God och jämlik hälsa för hela befolkningen är ett övergripande mål för folkhälsoarbetet. Hälsosamtal över dukat bord är ett led i utvecklingen av en metod som kan bidra till utjämning av skillnader mellan olika sociala grupper. Samverkan mellan tandvårdspersonal och dietist är en hörnsten i projektet.

Hur?
Team av tandvårdspersonal och dietist utbildades för att leda och dokumentera hälsosamtal enligt Jämviktsmetodiken. Tandvårdspersonalen hade dessutom hälsosamtal med individuella familjer. Samtalen hade ett salutogent perspektiv och fokus på hälsosamma matvanor. Erfarenheterna bearbetades dels i en workshop, dels genom en fokusgruppintervju med medverkande personal.

Resultat
Rapportunderlagen innehåller både kvantitativa och kvalitativa data. Exempel på det förstnämnda är antal gruppsamtal och antal individer. Exempel på kvalitativa data är tydliggörande av stereotyper och nivåer av delaktighet. Diskussion utifrån data möjliggjorde identifiering av implikationer för metodutveckling. Dokumentationen tyder på att de familjer som medverkade upplevde den salutogena ansatsen som positiv. Den personal som medverkade uttryckte att samverkan dem emellan, och den salutogena ansatsen, utvecklade deras kompetens.

Bifynd
Erfarenheterna från gruppsamtalen utvecklade tandvårdspersonalens sätt att genomföra samtalen med enskilda familjer mot ett mer holistiskt och salutogent förhållningssätt. I fokusgruppintervjun visade deltagarna prov på en avancerad metakognitiv förmåga avseende hur de beskrev sina erfarenheter från samtalen.

folktandvarden.se/vgregion

FOLKTANDVÅRDEN
VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Kvalitetskriterier för FoU-rapporter vid Hälsoodontologiska enheten Folktandvården Västra Götaland

En rapport från Hälsoodontologiska enheten ska:

- vara relevant för praktiskt verksamma och politiker inom tandvård, vård och omsorg,
- sätta studien i ett vidare sammanhang och vända sig till en bredare målgrupp än de som är direkt berörda,
- vara utvecklingsorienterad,
- anknyta till relevant forskning/kunskapsutveckling inom området,
- innehålla beskrivning av bakgrund, material/metod och ha en genomarbetad analys,
- vara tillgänglig, välstrukturerad och kännetecknas av god språkbehandling,
- före publikation, granskas av personer med hög kompetens inom aktuellt område.

© Hälsoodontologiska enhetens rapportserie
1:a upplagan 2017
ISBN: 978-91-982768-4-8

Omslagsfoto: Bilden illustrerar Jämviktsmetodikens olika steg i dokumentationsprocessen

Hälsoodontologiska enheten
Folktandvården Västra Götaland
Kämpegatan 3
40544 Göteborg

Förord

Denna rapport är publicerad i en serie utgiven av Hälsoodontologiska enheten vid Folktandvården Västra Götaland. Den riktar sig till politiker och personal inom hälso- och sjukvård inklusive tandvård och i kommunal omsorgstjänst, till exempel folkhälsoutvecklare, personal i primärvård, på förskolor, i socialtjänst, på familjecentraler och folktandvårdskliniker. Syftet är att beskriva hur ett hälsofrämjande samverkansprojekt kan både utvecklas och utvärderas med en metod att dokumentera verksamheten. Angereds Närsjukhus har varit en viktig samverkanspartner i projektet.

Rapporten är inte granskad enligt regler och kriterier för en vetenskaplig artikel. Kollegor inom gruppen på Hälsoodontologiska enheten och på Kommunikation och folkhälsa på Angereds Närsjukhus har dock läst manus och gett synpunkter. Således gör vi inte anspråk på att presentera strikt vetenskap, men vill bidra till ett underlag för att kommunicera och arbeta vidare för att minska ojämlika skillnader i hälsa.

Oktober 2017

Eva-Karin Bergström

Enhetschef, Hälsoodontologiska enheten
Folktandvården Västra Götaland

Kontaktuppgifter

Eva-Karin Bergström
e-post: eva-karin.bergstrom@vgregion.se

Katharina Wretlind
Telefon: 070 0925048
e-post: katharina.wretlind@vgregion.se

Sofia Jakobsson
Telefon: 0761 334037
e-post: sofia.h.jakobsson@vgregion.se

Maria Magnusson
Telefon: 0733 763 157
e-post: maria.b.magnusson@vgregion.se

Ulrika Åhs Jonsson
Telefon: 070 0825078
e-post: ulrika.ahs.jonsson@vgregion.se

Innehåll

FÖRORD **3**

ORDLISTA OCH BEGREPP **5**

SAMMANFATTNING **7**

ABSTRACT **8**

BAKGRUND **9**

KUNSKAPSÖVERSIKTER MED REKOMMENDATIONER PÅ ÅTGÄRDER FÖR ATT MINSKA OJÄMLIKA SKILLNADER I HÄLSA **10**

SOCIAL COGNITIVE THEORY 10
COMMUNITY BASED PARTICIPATORY RESEARCH 10

SYFTE **12**

MATERIAL OCH METOD **12**

TEAMEN 12
KOMPETENSUTVECKLING 12
HÄLSOSAMTALEN I GRUPP: ”HÄLSOSAMTAL ÖVER DUKAT BORD” 13
RAPPORT ENLIGT JÄMVIKTSMETODIKEN 14
WORKSHOP – TVÅ HALVDAGAR I FEBRUARI 15
FOKUSGRUPPINTERVJU 16
FINANSIERING 17

RESULTAT OCH UTVÄRDERING **18**

RAPPORTERNA 18
FOKUSGRUPPEN 19

DISKUSSION OCH REFLEKTIONER **21**

JÄMVIKTSMETODIKEN 21
MODELLEN HÄLSOSAMTAL ÖVER DUKAT BORD 21
TEAMEN 22
ÖVERFÖRBARHET 23
INFÖR FRAMTIDEN 23

SLUTSATS **23**

TACK! **23**

REFERENSER **24**

BILAGA 1: RAPPORTUNDERLAG JÄMVIKTSMETODIKEN **27**

BILAGA 2: RAPPORTUNDERLAG JÄMVIKTSMETODIKEN - FÖRENKLAD **40**

Ordlista och begrepp

BVC = Barnavårdscentral – mottagning inom Barnhälsovården

Barnhälsovården = Följande citat är från Krav- och kvalitetsboken för VG primärvård (2017): ”Verksamheten ska utgå från ett folkhälsoinriktat och psykosocialt perspektiv. Dess övergripande mål är att medverka till att säkerställa barnens hälsa, trygghet och utveckling genom att främja fysisk, psykisk och social hälsa, förebygga ohälsa och tidigt uppmärksamma och initiera åtgärder vid problem i barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö.
Barnavårdscentralen ska bedrivas i nära samverkan med andra vårdgivare, myndigheter, huvudmän och frivilligorganisationer. Verksamheten organiseras i form av barnavårdscentraler eller som del av familjecentral.”

CBPR (se även sidan 11 nedan) = Community Based Participatory Research är en inriktning för forskning och folkhälsoarbete som har visat sig kunna fungera för att minska hälsoklyftorna. Centrala aspekter inom CBRP är lokal förankring, reell delning av inflytande mellan forskare/folkhälsoarbetare (till exempel tandvårdspersonal, skolsköterskor)/ befolkning, och stärkande av självkänsla/tilltro till egen förmåga och empowerment (på svenska ”egenmakt”) (Leung et al., 2004).

Familjecentral = Följande citat är från Krav- och kvalitetsboken för VG primärvård (2017): ”Familjecentral där mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänstens förebyggande verksamhet samverkar och är samlokaliserade, erbjuder ett lättillgängligt stöd för barn och föräldrar. Familjecentralens mål med verksamheten är att utifrån hela familjens livssituation främja en god hälsoutveckling hos barn och föräldrar. Genom sin samlade kompetens kan familjecentralen tidigt uppmärksamma barn och familjer i behov av utökat stöd och erbjuda detta. Familjecentralen är dessutom en mötesplats genom öppna förskolan, med mål att stärka det sociala nätverket runt barn och föräldrar”.

På familjecentralerna i Västra Götaland arbetar förutom de fyra hörnstenarnas konventionella personal - barnmorskor, pedagoger, socialsekreterare och sjuksköterskor även psykologer, dietister, bibliotekarier, hälsopedagoger och föräldrastödsutvecklare.

FTV VG = Folktandvården Västra Götaland.

Holistisk = I det holistiska begreppet ligger att man ser helhet och sammanhang: till exempel att tanden sitter i en mun som sitter i en individ som är en del i en familj som lever i ett samhälle och så vidare.

Hälsofrämjande insatser = Fokus ligger på positiva faktorer för att uppnå god hälsorelaterad livskvalitet, jämfört med sjukdomsförebyggande insatser som fokuserar på riskfaktorer.

Ojämlika skillnader i hälsa = Så här beskriver ”Kommissionen för jämlik hälsa” i sitt slutbetänkande begreppet:

”Ojämlikhet i hälsa utgörs av *systematiska skillnader i hälsa mellan sociala grupper*, och dessa tar sig två delvis olika uttryck – dels som en gradient som löper genom hela samhället, dels som hälsoproblem i grupper i särskilt utsatta situationer eller positioner. Dessa båda former av ojämlikhet i hälsa är inte väsensskilda, men kräver olika former av åtgärder av mer eller mindre riktat slag. Vi slår fast att ojämlikhet i hälsa generellt sett uppkommer som ett resultat av ojämlikhet i tillgång till resurser – förhållanden, villkor och möjligheter – mellan olika sociala grupper. Skillnader i resurser inom centrala livsområden leder till ojämlikhet i hälsa via 1) skillnader i risker, 2) skillnader i sårbarhet/mottaglighet och 3) skillnader i de sociala och ekonomiska konsekvenserna av ohälsa. Den ojämlika hälsan drivs dessutom av skillnader i handlingsutrymme och socialt bestämda handlingsmönster, vilka i sin tur kan påverkas negativt av resursbrist.” (SOU 2017:47, s 33)

Känsla av sammanhang = Känsla av sammanhang – ofta förkortat som KASAM och på engelska ”Sence of Coherence - SoC” – är ett begrepp som myntats och utvecklats av Aaron Antonovsky (Antonovsky, 1987). Man kan mäta en individs KASAM genom ett antal frågor som ställs där individens livssituation sätts i förhållande till följande:

- Begriplighet
- Hanterbarhet
- Meningsfullhet

MVC – Mödravårdscentral – mottagning inom Mödrahälsovården.

Salutogenes = Hälsans ursprung. Det salutogena perspektivet fokuserar på vilka faktorer som orsakar och vidmakthåller hälsa mer än vad som orsakar sjukdom (patogenes).

Samverka = Samverkan definieras av Socialstyrelsen (2008) som ”ett samlingsbegrepp för samordning och samarbete. Samarbete används då för att beteckna (horisontella) mellanmänskliga relationer med och kring enskilda brukare till exempel i informella nätverk. Samordning betecknar stödstrukturer för sådant samarbete, som till exempel övergripande (samordnings-)rutiner, ledningsgrupper för principiella frågor etcetera”.

SCT (se även sidan 11 nedan) = Social Cognitive Theory; Banduras teori om bestämningsfaktorer för hälsorelaterade beteendeförändringar (McAlister et al., 2008).

Socioekonomisk status = bestäms vanligen utifrån utbildnings- och/eller inkomstnivå.

uå = utan år; används när referenserna inte varit daterade.

Sammanfattning

Det finns olika faktorer som påverkar hälsa. Arv, miljö och levnadsvanor påverkar den enskilda individen, men dessa är också i högsta grad beroende av strukturer i samhället. Systematiska skillnader i hälsa mellan olika sociala grupper i Sverige är stora, tenderar att öka över tid och är till stor del påverkbara. Individer och grupper med kort utbildning och låga inkomster har sämre hälsa än de som har längre utbildning och högre lön. Detta gäller också kariessjukdomen.

Under 2013 till 2015 drevs ett projekt för att stödja familjer med små barn med karies eller risk för karies. Syftet var att ta fram en modell och i den testa metoder för att stödja familjer att bibehålla och utveckla hälsosamma levnadsvanor med speciellt fokus på matvanor. Utifrån erfarenheterna från detta projekt planerades det nu aktuella projektet. Tio team vardera bestående av en dietist och en tandvårdspersonal fick utbildning och använde och modifierade sedan modellen och metoderna. Insatserna dokumenterades enligt Jämviktsmetodiken och denna dokumentation låg sedan till grund för utvärderingen av projektet.

De tio teamen genomförde 38 gruppsamtal och nio tandvårdspersonal genomförde 324 hälsosamtal med enskilda familjer. Utvärdering utifrån rapporterna och fokusgruppintervjun visar att teamen upplever samverkan som positiv. Genom Jämviktsmetodiken dokumenterades dels information om antal träffar mm, dels kvalitativa data som användes för att utveckla normmedvetenhet och för metodutveckling.

Konklusionen är att Jämviktsmetodiken är ett bra redskap för att dokumentera, utveckla och kvalitetssäkra folkhälsoinsatser med fokus på jämlik hälsa. Perspektiv och kunskaper från olika professioner skapar goda möjligheter att anpassa stödet till familjer som vill ändra levnadsvanor.

Abstract

There are various factors that affect health. Genetics, environment and living habits affect the individual, but are also highly dependent on structures in society. Health disparities, defined as systematic differences in health between societal groups with different social positions, are large and tend to increase over time. Individuals and groups with short education and low incomes have in general poorer health than those with long education and high income.

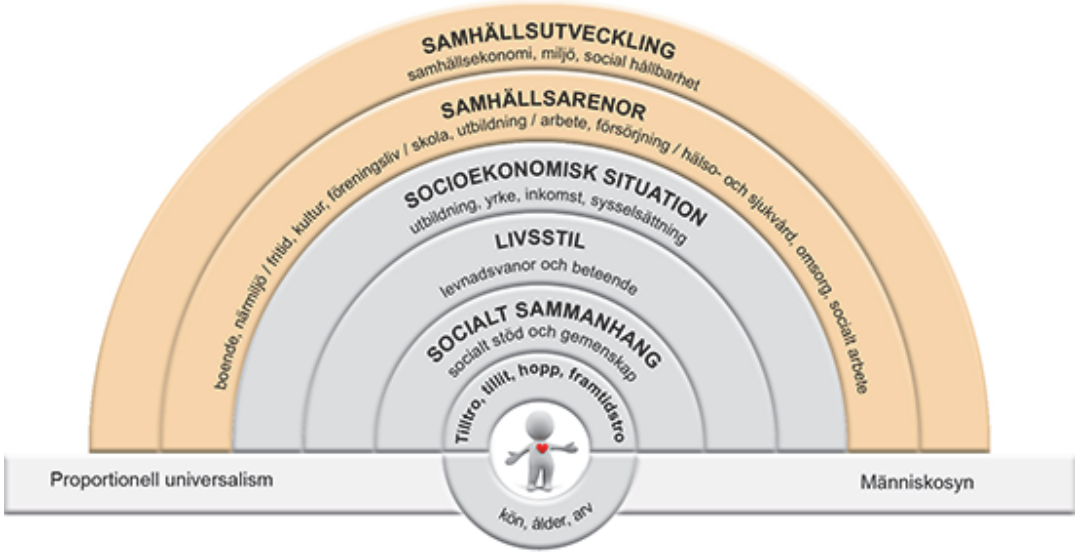
During 2013 to 2015, a project was run to support families with small children with caries or at risk of caries. The aim was to develop a model and test methods to support families to maintain and develop healthy living habits with special focus on eating habits. Based on the experience from this project, the current project was planned. Ten teams each consisting of a dietician and dental staff received training and used and then modified the model and methods. The efforts were documented according to the Health Equilibrium Initiative methodology and this documentation was then the basis for the evaluation of the project.

The ten teams conducted 38 group talks and nine dental staff conducted 324 health calls with individual families. Evaluation based on documentation and focus group interview showed that the team experienced collaboration as positive and that the methodology to document provides both quantitative and qualitative data. The qualitative observations could be used to discuss, for example, norm awareness and / or need to make modifications for future efforts.

Conclusion: The Health Equilibrium methodology is a useful tool to document, develop and conduct quality assurance of public health interventions, with focus on health equity. Perspective and knowledge from different professionals create potential to adjust support for families that want to change their habits.

Bakgrund

Det finns olika faktorer som påverkar hälsa. Arv, miljö och levnadsvanor påverkar den enskilda individen, men dessa är också i högsta grad beroende av strukturer i samhället. Hälsa är således ett komplext begrepp – se Figur 1.



Figur 1. ”Östgötamodellen för jämlik hälsa – ett samspel mellan individ, miljö och samhälle”. Orange färg markerar de samhälleliga förutsättningar som är avgörande för de individuella (grå) bestämningsfaktorerna för hälsa. Framtagen av Jolanda van Vliet och Margareta Kristenson, 2014, baserad på hälsans bestämningsfaktorer av Dahlgren och Whitehead, 1991. Från Östgötakommissionens slutrapport. (Östgötakommissionen för Jämlik hälsa, 2014).

Samtidigt som folkhälsan i Sverige i genomsnitt blir bättre i flera avseenden så är skillnaderna fortsatt stora och tenderar dessutom att öka. Dessa skillnader är systematiska i så motto att de drabbar olika i olika socioekonomiska grupper. Risken för sämre hälsa är större för individer och grupper med kort utbildning och låga inkomster (SOU, 2017:47). Detta gäller också kariessjukdomen, där det i Västra Götaland finns områden där en tredjedel av sexåringarna har mer än fyra hål i sina mjölktänder, medan denna siffra för andra områden ligger på ett par procent (Folktandvården Västra Götaland, 2016).

Under 2013 till 2015 drevs ett projekt för att stödja familjer med små barn med karies eller risk för karies, se rapporten ”Hälsosamtal med familjer – speciellt fokus på hälsosamma matvanor” (Wretlind et al., 2016). Syftet var att ta fram en modell och i den testa metoder för att stödja familjer att bibehålla och utveckla hälsosamma levnadsvanor med speciellt fokus på matvanor. Ohälsosamma matvanor (”dietary risks”) var då och är fortfarande den enskilt största faktorn för den samlade sjukdomsbördan i Sverige (GBD, 2017).

Insatsen gjordes i samverkan mellan tandvårdspersonal och dietist, med familjecentralen som arena. Modellen skulle ha förutsättningar att nå grupper och individer med risk för sämre hälsa än genomsnittet i landet och den skulle bygga på teorier för hälsofrämjande arbete.

Traditionell information och rådgivning verkar nämligen förstärka de skillnader i hälsa som finns mellan grupper med olika socioekonomisk status (Lorenc et al., 2013; White et al., 2009)

Utifrån att frisk- såväl som risk-faktorer i många fall är gemensamma för hälsa i allmänhet och munhälsa fanns det goda skäl att ha ett salutogent och holistiskt hälsoperspektiv och att utveckla samverkansformer mellan olika professioner. Dessutom var nationella riktlinjer för både tandvården och hälso- och sjukvården, avseende att erbjuda individer och grupper stöd för att utveckla hälsosamma levnadsvanor, under införande (Socialstyrelsen, 2011a; Socialstyrelsen, 2011b). Det fanns också ställningstaganden, handlingsplaner och visioner i allmänhet och i Västra Götalandsregionen och folktandvården i synnerhet, som projektet med fördel skulle harmoniseras med.

Kunskapsöversikter med rekommendationer på åtgärder för att minska ojämlika skillnader i hälsa

Kunskapsöversikter på olika nivåer – globalt (WHO, 2008; FN, 2015), EU, nationellt (SOU 2017:47), regionalt (Malmökommissionen, 2014; Västra Götalandsregionen, 2013; Östgötakommissionen, 2014) lokalt (Göteborgs stad, 2014) pekar på att utjämning av socioekonomiskt betingade hälsoklyftor har en nyckelroll i byggandet av hållbara samhällen. Målsättningar i överensstämmelse med dessa översikter har inkluderats i styrdokument i motsvarande förvaltningar och organisationer. Med avseende på det primär- och sekundärpreventiva arbetet inom hälso- och sjukvård finns det behov dels av att utveckla metoder som kan bidra till en sådan utjämning, dels av en mer utvecklad kvalitetssäkring av det hälsofrämjande arbetet (SOU 2017:47). Social Cognitive Theory (SCT) (McAlister et al., 2008) och Community-Based Participatory Research (CBPR) (Leung et al., 2004) är en teori respektive en forskningsansats som är användbara i de här sammanhangen, och en systematisk tillämpning av dem skulle vara ett sätt att kvalitetssäkra folkhälsoarbetet både på en formativ och summativ nivå. En sådan ansats skulle också bidra till kunskapsutvecklingen när det gäller utvärdering av folkhälsoarbete.

Social Cognitive Theory

Social Cognitive Theory (SCT) utvecklades av Bandura i slutet av förra årtusendet (McAlister et al., 2008.). SCT utgår från att människors kompetens och sociala sammanhang är viktiga för hur de mår och vad de gör. Empowerment (på svenska ”egenmakt”) och delaktighet är centrala begrepp i arbetet för jämlik hälsa, och i SCT. Teorin betonar betydelsen av tilltro till den egna förmågan när det gäller att genomföra specifika förändringar. I SCT identifieras ett antal bestämningsfaktorer som används vid planeringen av strategier med inriktning på att förändra hälsorelaterade beteenden. Sex av dessa faktorer beskrivs kort i Tabell 1.

Community Based Participatory Research

Community Based Participatory Research (CBPR) är en inriktning för forskning och folkhälsoarbete som har visat sig kunna fungera för att minska hälsoklyftorna. Om de som en intervention riktar sig till blir delaktiga även i eventuell forskning gynnar det kunskapsutvecklingen i samhället, vilken då inte utgår enbart från det akademiska perspektivet. Ansatsen bygger på empowerment och delaktighet. Andra centrala aspekter är stärkande av

tilltron till den egna förmågan, lokal förankring och reell delning av inflytande mellan forskare/folkhälsoarbetare (till exempel tandvårdspersonal, skolsköterskor)/ befolkning. (Leung et al., 2004).

Tabell 1. Sex bestämningsfaktorer hämtade från Social Cognitive Theory som påverkar hälsa, samt beskrivning av hur man kan realisera dem.

Hälsan kan påverkas genom att:	Detta kan åstadkommas genom:
Synliggöra och använda möjligheter att påverka livsvillkor.	• vägledning och konkreta råd utifrån deltagarnas förutsättningar • att stödja deltagarna att lyfta frågor om hälsosamma matvanor i olika, relevanta sammanhang • att förse deltagarna med material som de kan sprida i sina nätverk • att sprida konceptet till andra organisationer eller platser
Göra det lättare att leva hälsosamt.	• att erbjuda och visa enkel och god mat • vägledning och konkreta råd utifrån deltagarnas förutsättningar • att inspirera och motivera, skapa lust och färdighet
Påverka förväntningar på konsekvenser av medvetna val.	• att bekräfta och förmedla kunskap • att belysa utfall av konsekvenserna av en beteendeförändring
Stärka *individens* tilltro till sin egen förmåga.	• att bekräfta kunskap och kompetens • att hjälpa individen att få syn på sina styrkor • att stödja och förstärka individens tilltro till att hen mäktar med det hen vill uppnå. • att stärka en självinsikt om att individen kan förändra.
Stärka tilltron till *gruppens* förmåga.	• att hjälpa gruppen/organisationen att få syn på sina styrkor • att stödja och förstärka gruppens/organisationens tilltro till att den mäktar med det den vill uppnå • att stärka insikten om att ensam inte är stark
Synliggöra positiva förebilder.	• möjliggöra samtal och erfarenhetsutbyte kring konkreta råd • lyssna in och förstärka och balansera gruppens förslag och kunskap utgöra en positiv förebild

Utifrån denna bakgrund planerades och genomfördes projektet med följande syfte:

Syfte

Syftet är att utveckla en metodik för planering, uppföljning och utvärdering av hälsosamtal med familjer utifrån ett salutogent och holistiskt perspektiv.

Material och metod

Teamen

Tio team vardera bestående av en dietist och en tandvårdspersonal sattes samman. Tandvårdspersonalen kom från folktandvårdsklinikerna i Angered, Bergsjön, Biskopsgården, Boda i Borås, Kristinedalsgatan i Kungälv, Krokslätt, Lindome, Hjällbo samt SU/Mölndal. Totalt deltog tio tandvårdspersonal: fyra tandsköterskor, fem tandhygienister och en tandläkare. Fyra dietister, anställda i Västra Götalandsregionen: i Folktandvården Västra Götaland, Angereds Närsjukhus och i Närhälsan, deltog i de tio teamen.
Hälsosamtalen i grupp ägde rum på fem familjecentralers öppna förskolor i Göteborgsområdet: Angered, Bergsjön, Biskopsgården norra, Biskopsgården södra, samt Hjällbo. Dessutom deltog tre familjecentraler i Lindome, Ytterby respektive Boda, Borås. I Lindome och Ytterby arbetade vardera två team med gruppsamtalen.

Tabell 2. Innehåll i utbildningen för teamen.

Tillfälle 1	Tillfälle 2	Tillfälle 3
Bakgrund och förutsättningar för projektet Livsmedelsverkets kostråd – ”Hitta ditt sätt…” Levnadsvanor och relation till hälsa Beteendeförändringsteori i relation till hälsopromotion Introduktion av de fyra temana i”Hälsosamtal med familjer” (Wretlind et al., 2016) Övning: Rollspel Genomgång av Jämviktsmetodiken	Detaljerad genomgång av kostråden speciellt med inriktning mot tandvårdspersonalen Värderingsövningar Övning: Rollspel Reflektioner i bikupor	Genomgång av de fyra temana: Tema 1: Stärka hälsosamma matvanor – ”Hitta ditt sätt” och lära känna varandra Tema 2: ”Grönt och frukt” – Barnen får väga upp rekommenderat dagligt intag. Värderingsövning: till exempel ”Heta stolen” Tema 3: Fysisk aktivitet och mind-ful eating/Sapere-metoden inkl övning. Tema 4: ”Håriga mackan” och Bildspel om karies och munhälsa

Kompetensutveckling

Under tre halvdagar i maj/juni 2016 kompetensutvecklades teamen – För innehåll se Tabell 2.

Hälsosamtalen i grupp: ”Hälsosamtal över dukat bord”

Under hösten 2016 genomförde varje team fyra träffar enligt temana – se nedan - på någon av de medverkande familjecentralerna. Teamen åt kvällsmat tillsammans med familjerna och förde samtal utifrån fyra teman med fokus på hälsosamma matvanor och i viss mån också fysisk aktivitet. Inbjudan sattes upp som ett anslag på folktandvårdsklinikerna och på familjecentralerna och alla som ville fick komma: syskon, tredje generation eller andra närstående. Barnfamiljer, med barn som hade karies eller bedömdes ha risk för karies, bjöds också mer aktivt och riktat in via tandvårdspersonalen. Sammanlagt genomfördes 38 sådana gruppsamtal. Parallellt med detta genomförde nio stycken av tandvårdspersonalen i medeltal 36 hälsosamtal, totalt 324 samtal, med enskilda familjer på respektive hemmaklinik utifrån samma utbildning och principer.

Fyra teman

De fyra temana som tidigare beskrivits av Wretlind et al., (2016) modifierades enligt nedan:

Tema 1

Under träff 1 fördes ett samtal utifrån Livsmedelsverkets kostråd i ”Hitta ditt sätt att äta grönare, lagom mycket och att röra på dig” (Livsmedelsverket, 2016). Fokus låg på att lära känna varandra, skapa trygghet och tillit för fortsatta samtal och mötestillfällen.

Tema 2

Tema 2 innebar fortsatt samtal om hälsosamma matvanor med fokus på ”Grönt och frukt”: Barnen fick väga upp sin rekommendation för intag av frukt och grönsaker under en dag. Tandvårdspersonalen samt dietisten försökte inspirera till ökad konsumtion och variation.

Tema 3

Tema 3 innebar fokus på fysisk aktivitet och ”mindful eating” och vad detta innebar för respektive familj. Tandvårdspersonalen och dietisten samtalade med familjerna om fysisk aktivitet och alla som ville genomförde en dansövning. Efter detta leddes samtalet in på smaksinnen och hur man kan skapa en lugn miljö kring matbordet. Familjerna fick prova på övningar i ”mindful eating”, till exempel: Hur luktar och smakar egentligen ett russin? Hur låter det när man tuggar på det? Hur ser det ut? Tema 3 avslutades med att visa ett bildspel om vad som är bra för tänderna och hur karies kan utvecklas om man ”tappar balansen”. Bildspelet presenterades och familjerna bjöds in att ställa frågor under presentationen.

En ”hårig macka”

Tema 4

Under tema 4 skapar samtliga deltagare en ”Hårig macka”. Det innebar att familjerna hade en buffé av livsmedel framför sig och ”byggde” sin egen smörgås (Sepp, 2013). Samtalet hade fokus på hur man håller sig frisk i munnen och återkopplade till vad som påverkar balansen positivt (bildspelet som visades under träff 3). Under samtalet genomfördes värderingsövningar och dessa fungerade sedan som samtalsunderlag.

Rapport enligt Jämviktsmetodiken

Jämviktsmetodiken är från början framtagen för att dokumentera och kvalitetssäkra insatser som syftar till att främja utvecklingen av en hälsosam vikt bland befolkningen i Angered. Den avser att minska skillnader i hälsa genom att den tar i beaktande vad tidigare forskning visat vara avgörande för att påverka hälsobeteenden i socioekonomiskt mer utsatta grupper. Rapportering enligt Jämviktsmetodiken ska bygga på evidens om vad som påverkar hälsa och hälsorelaterade beteende. I detta projekt används SCT som teoribas.
Metodiken består av följande steg:

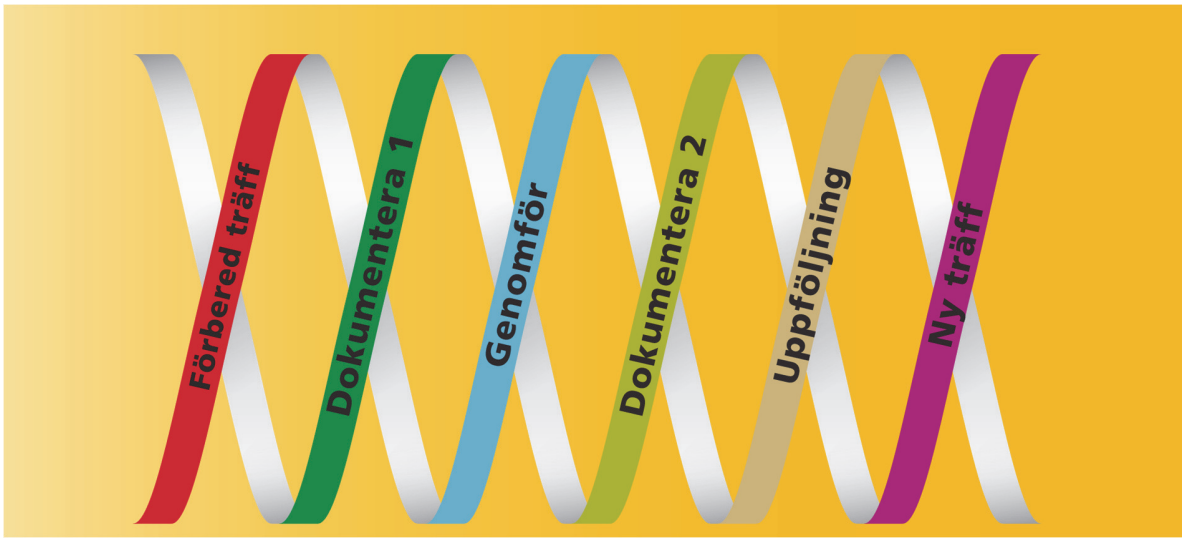
1) Förbered träff.

2) Dokumentera 1: Planering inför mötet/arrangemanget/insatsen, med en kortfattad beskrivning av vilka strategier/insatser som man avser skall bidra till bättre hälsa utifrån att definiera på vilket sätt man tänker sig påverka en bestämningsfaktor. Exempel utifrån föreliggande projekt: Genom att bekräfta kunskap och kompetens (strategin) stärker vi tilltron till den egna förmågan (bestämningsfaktor för hälsa). Se fler exempel i Tabell 1.

3) Genomför.

4) Dokumentera 2: Redogörelse för arrangemanget. Kortfattad beskrivning, med fokus på synpunkter och frågor från deltagarna, samt om man anser att de strategier man använde verkade fungera. Reflektioner utifrån ett normkritiskt perspektiv. Indikationer för metodutveckling.

5) Uppföljning.



Jämviktsmetodikens olika steg i dokumentationsprocessen

6) Ny träff.

Samtliga steg har fokus på att utjämna hälsoklyftorna. Dessutom dokumenteras kvantitativa data, som antal deltagare, kön och ålder.

Efter varje hälsosamtal i grupp skrev dietisten en rapport enligt denna metodik. I vissa fall diskuterades rapporten mellan dietist och tandvårdspersonal och i andra skrev dietisten själv. Se bilaga 1. Dessutom deltog rapportörerna i metodutvecklingsseminarier i Jämviktsmetodiken (se nedan).

Innehållet i rapporterna analyserades av två av författarna (KW och MM) utifrån ett normkritiskt perspektiv. Frågorna som ställdes till texten var ”Hur beskriver rapportören vad som händer?” och ”Vad behöver förändras till nästa gång?”

Workshop – två halvdagar i februari

Under två halvdagar i februari 2017 genomfördes en workshop om folktandvårdens samverkan med familjecentraler. Första dagen samlades personal från teamen tillsammans med personal från Öppna förskolan och samtalade kring följande tema:

- Nytta för familjerna
- Samverkan mellan professionerna/verksamheterna
- Rekrytering av familjer
- Normmedvetenhet
- Rapportering
- Logistik

Andra dagen deltog även de medverkande familjecentralernas samordnare och respektive folktandvårdskliniks klinikchefer och klinikkoordinatorer, samt allmäntandvårdens

Hälsosamtal över dukat bord – ”Håriga mackor”

områdeschefer och allmäntandvårdschefen och processledaren för familjecentrerat arbetssätt från Jämlikt Göteborg. Följande fanns på agendan:

- Bakgrunden till FTV VG:s motiv för att samverka med familjecentraler
- Redovisning av vad som hittills gjorts och speciellt detta projekt: ”Hälsosamtal över dukat bord – samverkan och metodutveckling”
- Samtal om ”Hur går vi vidare?”

Workshopen finns redovisad i en separat rapport.

Fokusgruppintervju

De individuella hälsosamtalen följdes upp med en intervju enligt fokusgruppmetoden (Kvale & Brinkmann, 2014). Frågorna till fokusgruppen författades i förväg och delades in i fyra olika delar: innan, under, efter och fortsättningen på projektet. Resultatet redovisas enligt områden som framkom då innehållet i intervjuerna analyserades:

Tandvårdspersonalens tilltro till att kunna genomföra samtalen
Tandvårdspersonalens upplevelse av vad familjerna tyckte
Tandvårdspersonalens egna tankar om hälsosamtalet
Tandvårdspersonalens tankar om vad som skapar ett bra samtal

Fokusgruppen genomfördes i juni 2017. Fem av nio tandvårdspersonal närvarade. Tre personer var med och genomförde fokusgruppintervjun: en ställde frågorna, en annan lyssnade, gjorde inlägg och förde samtalet vidare och en tredje person antecknade.

De fyra tandvårdspersonal från teamen, som inte närvarade vid fokusgruppen, fick i efterhand ett mail med frågorna, samt en sammanfattning av vad som framkommit under intervjun i fokusgruppen. Det bokades sedan in ett telefonmöte på cirka 15 min där man fick göra tillägg och ge synpunkter. Detta samtal genomfördes och sammanställdes av samma person som antecknade under intervjun. Totalt nåddes två personer till så sju av nio deltagare svarade på fokusfrågorna.

Finansiering
Medel för detta projekt kommer från folkhälsomedel från Hälso-och sjukvårdsnämnd Väster och Hälso-och sjukvårdsnämnd Göteborg.

Resultat och utvärdering

Rapporterna

Antal träffar och deltagare

Trettioåtta träffar med sammanlagt 224 deltagare varav majoriteten var kvinnor/flickor. Det genomsnittliga antalet deltagare var sex. Spridningen var 0 (två träffar, då alltså ingen kom) – 24 deltagare (ett tillfälle). Vanligast var tre-fyra deltagare per träff. Generellt deltog något fler barn än vuxna.

Rapporternas formativa användning

Rapporterna ger underlag för att - utifrån ett normkritiskt perspektiv och med inriktning på metodutveckling - tillsammans med teamen diskutera vad som har noterats och hur man uttrycker sig. Vi fann i rapporterna exempel på att man uttryckte sig i värderande termer om familjernas förmågor eller inställning, med värderingar som varken var väl underbyggda eller relevanta för projektets syfte. Detta har, utifrån texten i rapporterna, diskuterats i teamen. Workshopen ägnades delvis åt att ta fram konkreta förslag på hur man kan uttrycka sig utan att värdera. Deltagarna uppmuntrades att beskriva vad som faktiskt observerades och som alltså låg till grund för den värderande kommentaren. Istället för att skriva: "Kunskapsnivån hos gruppen var låg" kan man uttrycka det som föranledde den slutsatsen, nämligen att: "Familjerna verkar inte känna till begreppet fullkorn". På motsvarande sätt kan noteringen: "Mödrarna hade inget engagemang" bytas mot: "Mödrarna hade inte så många frågor eller synpunkter".

Rapporterna har också gett underlag för att lyfta frågor som: ”Hur hanterar man när en av familjerna uttrycker att allt är lätt och går bra och man som samtalsledare upplever att andra känner sig nedtryckta av detta?” Den mer generella frågan om konflikt mellan deltagarstyrning å ena sidan och att låta alla komma till tals och känna sig inkluderade lyftes också på workshopen. Rapporterna belyste att det bland personalen förekom kritiska förhållningssätt till enskilda mammors motiv för att äta hälsosamt, vilket ledde till frågan om det i vår roll som hälso- och sjukvårdspersonal ingår att ha synpunkter på familjers privata motiv för olika ställningstaganden. Rapporternas anteckningar om etnicitet, nationalitet, yrke och/eller om någon var flykting gav tillfälle att diskutera om och i så fall när sådana kategoriseringar kan vara relevanta. Frågor som ”När kan man dra slutsatser/förmoda saker om matkultur utifrån nationalitet?” främjade diskussioner om stereotyper och gjorde teamen mer lyhörda för risken att placera folk i kategorier och därmed omedvetet låta det styra sättet att försöka stödja dem.

Genom att personalen använde Jämviktsmetodiken och tillsammans fick granska innehållet i rapporterna upplever vi också att den metakognitiva förmågan i gruppen utvecklades, en färdighet som också benämns ”perpetual skills” (Silverman et al., 2005). Innebörden är att vara medveten om sin egen betydelse för det som händer i mötet med familjerna och/eller med den enskilde individen och kunna granska sin egen roll kritiskt. Denna observation stärktes ytterligare i fokusgruppintervjun med tandvårdspersonalen.

Metodutvecklingsseminarier

Seminarierna behandlade det folkhälsovetenskapliga perspektivet, SCT och normkritik, samt diskussion och vägledning kring hur rapporterna skulle skrivas. Under de senare seminarierna, när kompetensen hade utvecklats och tryggheten i gruppen ökat, växte det fram en viss upptäckarglädje när man identifierade egna tendenser till stereotypt tänkande och kunde lyfta dem till diskussion.

Fokusgruppen

Följande framkom i fokusgruppintervjun avseende de individuella samtalen:

Tandvårdspersonalens tilltro till att kunna genomföra samtalen

Tandvårdspersonalen kände sig väl förberedd inför de individuella samtalen. Hälsosamtalen över dukat bord i grupp och de tre utbildningstillfällena lade grunden till denna tilltro att på egen hand genomföra hälsosamtal om hälsosamma matvanor. Träffarna i grupp bidrog också till motivation då det var inspirerande att se hur familjerna utvecklades. Hinder som identifierades var att det var svårt att få in individer och/eller familjer och att det därmed tog lång tid från utbildningstillfällena och till att de individuella samtalen kunde starta. En person upplevde att detta gjorde att man hade svårt att aktualisera det man hade lärt sig. Ett effektivare sätt att rekrytera personer med behov av hälsosamtal efterfrågades också. Pedagogiskt material såsom matdagböcker och Cariogram hade med fördel kunnat göras tillgängligt tidigare än vad som nu skett.

Tandvårdspersonalens upplevelse av vad familjerna tyckte

Tandvårdspersonalen upplevde att många individer uttryckte intresse för samtalen och att de tyckte modellen fungerade för att samtala om hälsosamma matvanor. Någon hade dock upplevt att familjen/föräldern verkade förvånad över att samtalet spände över mer än socker och munhälsa, även om det inte var någon som sa det rakt ut. Men det fanns också motsatt upplevelse: att familjen/föräldern inte var förvånade över ett samtal om hälsosamma matvanor. Flera upplevde att samtalen ofta utvecklade sig positivt och beskrev hur ansiktsuttryck kunde bli både mer intresserat och avslappat under samtalets gång. En synpunkt som kom upp mer än en gång var att tilliten till Livsmedelsverket hos en del familjer var låg.

Tandvårdspersonalens egna tankar om hälsosamtalet

Man ansåg också att ett hälsosamtal borde vara en naturlig del i behandlingen och att det ska vara med i kostnadsförslaget, som tas fram för varje vuxen patient i tandvården, så fort riskbedömningsprogrammet för karies visar på en hög risk, och kanske även när risken är måttlig. Man uttryckte till och med att man fått ”dåligt samvete” för att man inte fört hälsosamtal med sina patienter tidigare
Unga personer kom ibland tillsammans med en kompis och det kunde vara hämmande för hur förtroendefullt samtalet blev. Man upplevde att det fungerade bättre om personen kom ensam: det ställdes fler frågor och det pratades mer.

Det framkom också tveksamheter kring att i framtiden kunna fortsätta ha hälsosamtal eftersom de inte ”lönade sig”.

Tandvårdspersonalens tankar om vad som skapar ett bra samtal

En extra fråga angående ”hur man får till ett bra samtal” kan sammanfattas så här:

- Flytta från behandlingsstol till annan stol innan samtalet börjar.
- Inled med tydlig och ödmjuk information om förutsättningarna: ”Om du vill så finns jag här för att utifrån dina förutsättningar samtala om hur du kan stärka din matvanor så att de blir mer hälsosamma”
- Utgå från personens kunskapsnivå och ta reda på den genom att fråga och lyssna. Uppmuntra och bekräfta att personen är ”expert på sig själv”. Försök att inte verka som om du, som tandvårdspersonal, kan allt, och utgå från att ”folk kan mycket”. Undvik att berätta vad man inte ska göra – ”pekpinnar” – och låt patienten själv formulera problemen.
- Var lite försiktig med budskapet: se till att ha en bra grund (typ ”Hitta ditt sätt” – författarens kommentar), men förmedla det varsamt. Det ska vara ömsesidigt utbyte: ”vi ska dela, du kan fråga, jag finns här och har svar på vissa frågor”. När det så kom frågor så kändes det som om man hade ”fått med sig” den personen: man upplevde att man fick ett ärligare samtal och större intresse från personen man pratade med och att samtalet blev mer pedagogiskt.

Vissa har fortsatt med hälsosamtal efter årsskiftet, medan andra flikat in samtal om hälsosamma matvanor i samband med annan prevention. På några kliniker skickas nu patienter med ohälsosamma matvanor till dem som haft hälsosamtal. Det kan ibland upplevas som övermäktigt och att man inte hinner med. Någon föreslog att sprida kompetens till övrig personal på kliniken så att fler kan bidra. På flera kliniker har man gått igenom ”Hitta ditt sätt” på en arbetsplatsträff och någon klinik har beställt broschyren till alla i personalen. Man upplever att personalen har börjat prata mer om kost och matvanor, men det finns också kliniker där projektet inte verkar ha påverkat i någon större utsträckning. För att säkra att detta ska leva vidare anser flera att det är bra med utbildning om ”Hitta ditt sätt”, samt att all personal är med. En person uttrycker tvivel om det kommer att fortleva nu när kliniken inte längre får någon specifik ersättning.

Några av tandvårdspersonalen har upplevt att familjerna de haft samtal med har gjort förändringar mot mer hälsosamma vanor och förhållningssätt, medan några uttrycker att de tycker det är för tidigt för att se någon tydlig skillnad.

Framöver så uttrycker två personer att de kan tänka sig att vara mentorer för att föra erfarenheterna av projektet vidare.

Frågan om när man ska ”släppa patienter” för att man inte kan ”lyckas med alla” aktualiserades också. Det framkommer tydligt att gruppen tandvårdspersonal upplever att det behövs utbildning för att sprida kunskap om vad som påverkar hälsorelaterat beteende till fler inom folktandvården. Andra önskvärda stöd som identifierades var att det ska finnas konkreta hjälpmedel på Fiol (folktandvårdens interna webbsida) och att man ska kunna remittera till dietist.

Diskussion och reflektioner

Jämviktsmetodiken hade en påtaglig betydelse för att utveckla arbetssätt som underlättar att nå målet jämlik hälsa. Fortsatt användande av metodiken möjliggör att följa utvecklingen. Metoden Hälsosamtal över dukat bord utgör ett viktigt steg mot ett större ansvarstagande från Folktandvården när det gäller att stödja familjer i utvecklingen av hälsosamma levnadsvanor. Flertalet tandvårdspersonal som deltagit i teamen upplevde att man kunde mer om matvanor och att man också fått mer kunskap om hur beteendeförändringar kan stöttas. De vittnade också om en ökad glädje och kompetens att på egen hand ha samtal om matvanor utifrån att bidra till att öka individernas tilltro till den egna förmågan.

Jämviktsmetodiken

Jämviktsmetodiken fungerade som grund för summativ och formativ utvärdering. Den gav stöd när det hände saker under måltiden som inte var enkla att hantera: till exempel att individer i de olika familjerna intar olika ståndpunkter eller att någon person inte deltar utan sitter med sin mobil. Metodikens tyngdpunkt är reflektion kring inkludering, delaktighet och empowerment – faktorer som är grundläggande i arbetet för jämlik hälsa (2017:47, 2017). Samtal om vad som är vårdpersonalens uppgift och vad ett dömande förhållningssätt leder till underlättades av rapporterna. Metodiken belyser exempelvis hur vårdens värderingar av en enskild individs handlande påverkar den individens tilltro till sin förmåga att åstadkomma förändring. Det normkritiska förhållningssättet bidrar till en högre grad av metakognition och processmedvetenhet. Att sätta ljus på svårigheterna och betrakta dem tillsammans skapar goda utgångspunkter för öppna samtal och observerbara framsteg vilket kan få en påtaglig betydelse för verksamheternas arbetssätt. Dokumentationen från rapporterna visar att det finns behov av att öka kompetensen när det gäller att verka för jämlik hälsa. Fortsatt användande av Jämviktsmetodiken möjliggör att följa utvecklingen.

Modellen Hälsosamtal över dukat bord

Hälsosamtal över dukat bord inklusive hälsosamtal med enskilda familjer har utvecklats och använts av tio team. Det är ett viktigt steg mot att tandvården tar större ansvar för att stödja familjer i utvecklingen av hälsosamma levnadsvanor, och då särskilt matvanor. Samverkan med dietisten skapar mervärde utifrån ett holistiskt perspektiv och utifrån möjligheten att fördjupa kunskaper om hälsosamma matvanor. Erfarenheterna från gruppsamtalen underlättade för tandvårdspersonalen att genomföra de individuella samtalen.

Många av de familjer som bjudits in kom inte, vilket är i linje med tidigare erfarenheter från föräldragruppsverksamhet på till exempel Öppna förskolan. Vi kan genom fokusgruppintervjuerna och Jämviktsrapporterna spåra några bakomliggande orsaker.

1) Det fanns en tveksamhet hos folktandvårdens personal när det gällde att bjuda in. Detta berodde delvis på att samtalen tar tid från ”pinnar”, det vill säga åtgärder som registreras och som utgör underlag för ekonomisk ersättning till kliniken. Detta hinder kan undanröjas genom strukturella förändringar.

2) En annan faktor bakom personalens tvekan var upplevelsen att det var svårt att motivera familjerna. Kan det vara så att personalen inte egentligen tror på att gruppsamtalen kommer att hjälpa familjerna? Eller kan det vara svårt att föra fram att man anser att familjen behöver stöd med något så grundläggande och personligt som matvanor? Det sistnämnda kan vara fallet om man själv har ett kritiskt och dömande förhållningssätt (och därmed känner att det för egen del skulle vara fruktansvärt pinsamt att få en sådan inbjudan) men också om man inte alls har det, men befarar att samtalen kommer att föras i en traditionell ”pekfingeranda” och vill ”skydda” familjerna från detta.

3) Personalens tvekan motsvarades av en reserverad hållning hos många av de inbjudna familjerna vilken yttrade sig som nekande svar på inbjudan och att en del av dem som tackat ja lämnade sent återbud eller inte dök upp. Denna hållning kan naturligtvis ha många orsaker; exempelvis praktiska som brist på tid eller svårigheter att komma på kvällstid. Det är också sannolikt att en del av de inbjudna har erfarenheter av ett bemötande (i vården eller samhället i övrigt) som har minskat deras tillit till att de skall få stöd. Det är inte så lockande att exempelvis inges känslan av att man är en dålig förälder om man inte bjuder på hemlagad mat vid samma tid varje eftermiddag.

Utifrån att det under projektets gång stod klart att det var svårt att få familjer att delta i måltiderna på kvällstid utvecklades idéer och övningar kring alternativa sätt att arbeta med hälsosamma matvanor för familjer både i grupp och individuellt. Dessa idéer och övningar samlades i en skrift: ”Verktygslåda - För samverkan kring hälsosamma levnadsvanor i barnfamiljer”.

Teamen

Teamen har bestått av en dietist och en tandvårdspersonal. Vilken tandvårdsprofession, som är lämpligast (tandhygienist eller tandsköterska) är inte självklart. Troligen är förmågan att utveckla normkritisk reflektion och öppna för verklig delaktighet från familjernas sida viktigare än specifika yrkeskunskaper. I den mån en akademisk utbildning – tandhygienist – ger en bättre utgångspunkt för detta är dessa lämpligare, men det är då också en avsevärt mer kostsam insats.

Att genomföra hälsosamtal med fokus på hälsosamma matvanor inom tandvården, i samverkan eller på egen hand, kräver troligen kompetensutveckling av personal. Folktandvården Västra Götaland erbjuder internutbildning till den personal som genomför olika typer av hälsofrämjande och förebyggande insatser. Det kan röra sig om den personal som arbetar inom FRAMM-konceptet (Folktandvården – Fiol, 2017): munhälsobedömningar för 1-2-åringar, FRAMM-dagar etcetera. Under 2017-18 satsar också Folktandvården Västra Götaland tillsammans med Centrala Barnhälsovården i Västragötalandsregionen på en gemensam utbildning för Folktandvårdspersonal och personal från barnavårdscentraler. Dessutom finns en kurs i cariologisk orsaksutredning med fokus på hälsosamma matvanor framtagen. Jämviktsmetodiken kommer att göras mer tillgänglig och utvecklas för att användas i fler sammanhang, med möjligheter till erfarenhetsutbyte på seminarier och konferenser.

Det är inte möjligt att utvärdera effekten på barnens och/eller familjernas hälsa efter en så kort insats. En utveckling av projektet vore att undersöka om tilltron till den egna, eller familjens förmåga att påverka sina vanor, har förändrats.

Överförbarhet

Metoden att ha samtal om levnadsvanor över en måltid kan användas i många sammanhang och det är nästan bara fantasin som sätter gränser. Med SCT (McAllister et al., 2008) i fokus och med Jämviktsmetodiken som kvalitetssäkring finns det stor utvecklingspotential att använda också de olika delarna som ingått under de fyra temana. Till exempel kan man enkelt göra värderingsövningar utifrån perspektivet fysisk aktivitet istället för matvanor. Utifrån att så många tillstånd och sjukdomar är relaterade till levnadsvanor finns det ett värde i att vidareutveckla konceptet även för andra områden.

Inför framtiden

Fortsättningsvis kommer vi att ta vara på de erfarenheter som gjorts i detta projekt och andra liknande, samt vad aktuell vetenskap redovisar. Det står klart att insikt och kunskap om vad som påverkar beteendeförändringar är angeläget för att tandvården på allvar ska kunna ta itu med kariessjukdomen. I slutbetänkandet från Kommissionen för jämlik hälsa (SOU 2017:47) ges förslag, som tandvården skulle kunna ta till vara. Livsmedelsverket och Folkhälsomyndighetens rapport (Folkhälsomyndigheten & Livsmedelsverket, 2017) presenterar också ett antal åtgärder för att stärka arbetet med hälsosamma matvanor och fysisk aktivitet. Flera av dem är i samklang med grunden och idéerna för detta projekt.

Kommissionen för jämlik hälsa pekar på bemötandet som en viktig aspekt att förbättra om sjuk- och hälsovården skall kunna minska hälsoklyftorna istället för att vidga dem. I betänkandet fastslås att ett bemötande som stärker patientens psykosociala resurser kräver att ”vårdpersonal i mötet med patienten reflekterar över hur den egna positionen och normer påverkar agerandet” (SOU 2017:47, s 240). Jämviktsmetodiken är utvecklad bland annat för att lyfta sådana reflektioner. Dokumentationen från det här projektet belyser frågor och skillnader i tänkesätt som behöver lyftas i goda samtal mellan professionella. Detta kräver tid och tålamod, vilket kostar. Man kan å andra sidan fråga sig vad det får kosta att arbeta med metoder som inte har potential att leda till det föreslagna övergripande folkhälsomålet ”att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlika hälsa för hela befolkningen” (SOU 2017:47, s 36).

Slutsats

Jämviktsmetodiken är ett bra redskap för att dokumentera, utveckla och kvalitetssäkra folkhälsoinsatser. Perspektiv och kunskaper från olika professioner skapar goda möjligheter att anpassa stödet till familjer som vill ändra levnadsvanor.

Tack!

Vi vill tacka alla de familjer som deltagit i våra hälsosamtal och gett oss unika och intressanta erfarenheter av hur man kan prata om hälsosamma matvanor.

Tack även till teamen med tandvårdspersonal och dietister som med engagemang och intresse bjöd in och genomförde hälsosamtalen. Tack till all personal på familjecentralerna i Angered, Bergsjön, Biskopsgården, Hjällbo, Lindome och Ytterby, som löste praktiska problem med nycklar, larm och tallrikar, och som så intresserat deltog och hjälpte oss.

Tack också till kollegor som läste rapporten och kom med värdefulla kommentarer och synpunkter.

Referenser

Antonovsky A. (1987) *Unravelling the mystery of health.* San Fransisco: Joeey-Bass.
Cariogram. (uå) https://www.mah.se/fakulteter-och-omraden/Odontologiska-fakulteten/Avdelning-och-kansli/Cariologi/Cariogram/ [2017-10-18]

Folkhälsomyndigheten & Livsmedelsverket. (2017) *Förslag till åtgärder för ett stärkt, långsiktigt arbete för att främja hälsa relaterad till matvanor och fysisk aktivitet.* https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/rapporter/2017/forslag-till-atgarder-matvanor-fysiskaktivitet_2017.pdf [2017-07-04]

Folktandvården – Fiol. (2017) *FRAMM.* http://intra.vgregion.se/sv/Folktandvarden/Vardrelaterat/FRAMM/ [2017-09-28]

Folktandvården Västra Götaland. (2016) *Odontologiskt bokslut.* http://intra.vgregion.se/upload/Folktandv%c3%a5rden/St%c3%b6d%20och%20service/Verksamhetsutveckling/Odontologiskt%20bokslut/Broschyr-odontologiskt-Bokslut-2016-(v1.2)-MF.pdf [2017-07-13]

FN. (2015) *Sustainable Development Goals.* http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/ [2017-09-29]

GBD, Global Burden of Disease. (2017) *Sweden.* http://www.healthdata.org/sweden [2017-09-27]

Göteborgs stad. (2014) *Skillnader i livsvillkor och hälsa i Göteborg.* http://socialhallbarhet.se/wp-content/uploads/2015/01/Skillnader-i-livsvillkor-och-h%C3%A4lsa-2014-Huvudrapport1.pdf [2017-09-29]

Kommission för ett socialt hållbart Malmö. (2014) *Malmös väg mot en hållbar framtid. Hälsa, välfärd och rättvisa.* http://malmo.se/download/18.3108a6ec1445513e589b92/1393252195410/malmo%CC%88kommissionen_slutrapport_2014.pdf [2017-09-29]

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

Krav- och kvalitetsbok. Vårdval VG Primärvård 2017. (2017) https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/6a368986-005c-4abb-91d6-3d07aa7118fc/KOKBOK%20VGPV%202017.pdf?a=false&guest=true [2017-10-18]

Leung, MW., Yen, IH., Minkler, M. (2004) *Community based participatory research: a promising approach for increasing epidemiology's relevance in the 21st century*. Int J Epidemiol, 33(3) ss. 499-506.

Livsmedelsverket. (2016) *Hitta ditt sätt att äta grönare, lagom mycket och att röra på dig. Livsmedelsverket.* http://www.livsmedelsverket.se/globalassets/matvanor-halsa-miljo/kostrad-matvanor/vuxna/kostraed_webb.pdf [2017-07-26]

Lorenc, T., Petticrew, M., Welch, V. & Tugwell, P. (2013) *What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews*. J Epidemiol Community Health. 67(2) ss. 190-193.

McAlister AL, Perry CL, & Parcel GS. (2008). *How individuals, environments and health behaviors interact. Social Cognitive Theory.* In Health behavior and health education: theory, research, and practice. (Glanz K, Rimer BK, & Viswanath K eds.) John Wiley & Sons, Inc.
Sepp, H. (2013) *Måltidspedagogik: mat- och måltidskunskap i förskolan.* Studentlitteratur, Lund

Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2005). *Skills for communicating with patients*. Oxford: Radcliffe

Socialstyrelsen. (2008) Samverkan i re/habilitering – en vägledning. ISBN 978-91-85999-70-5. Artikelnr 2008-126-4.
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8784/2008-126-4_20081264.pdf [2017-10-18]

Socialstyrelsen. (2011a) *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Stöd för styrning och ledning.* ISBN: 978-91-86885-66-3. Artikelnr: 2011-11-11.
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18484/2011-11-11.pdf [2017-09-28]

Socialstyrelsen. (2011b) *Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2011 – stöd för ledning och styrning*. ISBN: 978-91-86885-09-0. Artikelnr: 2011-5-1.
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18313/2011-5-1.pdf [2017-09-28]

SOU 2017:47. Kommissionen för jämlik hälsa – Slutbetänkande. (2017) *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa - Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa*. Stockholm.
http://www.regeringen.se/49ba4e/contentassets/3917644bbd69413bbc0c017647e53528/nasta-steg-pa-vagen-mot-en-mer-jamlik-halsa-slutbetankande-av-kommissionen-for-jamlik-halsa_sou2017_47.pdf [2017-07-26]

Västra Götalandsregionen. (2013) *Samling för social hållbarhet. Åtgärder för jämlik hälsa i Västra Götaland*.
https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/28339/Samling%20f%C3%6r%20social%20h%C3%A5llbarhet.pdf?a=false&guest=true [2017-09-29]

White M, Adams J, Heywood P. (2009) *How and why do interventions that increase health overall widen inequalities within populations?* In: Social Inequality and Public Health. Edited by Babones SJ. Bristol: The Policy Press.

WHO. (2008) *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf [2017-09-29]

Wretlind, K., Åhs Jonsson, U., Magnusson, M. (2016) *Insatser för att minska skillnader i hälsa: Hälsosamtal med familjer – speciellt med fokus på hälsosamma matvanor.* Hälsoodontologiska enhetens rapportserie. Rapport 2. Västra Götalandsregionen:
Folktandvården Västra Götaland.

Östgötakommissionen (2014): *Östgötakommissionen för hälsa - slutrapport 2014.*
http://vardgivarwebb.regionostergotland.se/pages/266425/Folkhalsorapport.pdf [2017-09-29]

En del av referenserna behöver man ha tillgång till Västra Götalandsregionens nätverk för att nå - kontakta Katharina Wretlind eller Sofia Jakobsson för hjälp att få fram dem.

Bilaga 1: Rapportunderlag Jämviktsmetodiken

Skriv in namn och arbetsplats.

Detta är en obligatorisk fråga.

BETECKNING PÅ RAPPORTEN (i formen datum för arrangemanget, arena, signatur, ex: 160926 HÖD Omgång 2 MM)

Detta är en obligatorisk fråga.

ARRANGEMANG (till exempel Butiksvandring)

Detta är en obligatorisk fråga.

BAKGRUND TILL ARRANGEMANGET

DATUM DÅ RAPPORTEN FYLLS I (ÅR MÅNAD DAG)

Detta är en obligatorisk fråga.

NIVÅ. Detta är en obligatorisk fråga.

- ☐ Befolkning
- ☐ Organisation

SYFTE

SYFTET SKALL FORMULERAS I FÖRVÄG. FÖR BEFOLKNINGSNIVÅ: ANVÄND EN ELLER FLERA AV BESTÄMNINGSFAKTORERNA FÖR HÄLSA (1-6). ANGE VILKEN BESTÄMNINGSFAKTOR SOM ÄR RELEVANT SAMT PÅ VILKET SÄTT DEN KOMMER ATT ANVÄNDAS. FÖR ORGANISATIONSNIVÅ: BESKRIV VILKEN AV BESTÄMNINGSFAKTORERNA 1-6 SOM FRÄMST ÄR AKTUELL I DET ARBETE UT MOT BEFOLKNINGEN SOM AVSES.

1. Att stödja till påverkan av omgivningen

2. Att underlätta för hälsofrämjande beteenden

3. Att påverka förväntningar på konsekvenser av medvetna val

4. Att stärka tilltron till individens förmåga

5. Att stärka tilltron till gruppens/organisationens förmåga

6. Att uppvisa positiva förebilder, skapa möjlighet att ta del av andras erfarenheter och kunskap

Form för evenemanget

- ☐ samtal
- ☐ dialogföreläsning
- ☐ utställning
- ☐ öppet hus
- ☐ föreläsning
- ☐ annat

Antal deltagare? (endast siffror!)

Antal kvinnor/flickor? (endast siffror!)

Antal män/pojkar? (endast siffror!)

Vilka deltog från Jämvikt? Ev namn och tillhörighet för övriga.

Vilka åldrar var representerade?

- ☐ förskolebarn 0-6 år
- ☐ barn i grundskoleåldern 7-16 år
- ☐ unga vuxna 17-25 år
- ☐ unga-medelålders 26-64 år
- ☐ yngre äldre 65-79 år
- ☐ äldre äldre 80 och och äldre

UTDELAT MATERIAL

INNEHÅLL OCH HJÄLPMEDEL

RESULTAT

REFLEKTIONER

Upplevde du svårigheter att inkludera dem som var där (i samtalet, som lyssnare…) utifrån språk, genus, funktionsvariation, nationell bakgrund eller annan faktor?

Upplevde du att alla var delaktiga? Om ej, varför inte?

Kan du så här i efterhand identifiera stereotyper i de exempel som du använde?

Var det någon annan vid arrangemanget (allmänhet eller professionell medverkande) som bidrog till upprätthållande av fördomar eller exkludering

Aktualiserades några aspekter som berör jämställdhet under arrangemanget,
och behandlades de i så fall på ett konstruktivt sätt?

Var det något av ovanstående som var svårt att beskriva eller hantera, och varför?

Övrigt?

INDIKATIONER FÖR FORTSATT ARBETE/METODUTVECKLING

NÄSTA ÅTGÄRD

UTVÄRDERINGSBLANKETT ÖVERLÄMNAD

☐ Ja

☐ Nej

☐ Lämnas senare

☐ Ej relevant

Bilaga 2: Rapportunderlag Jämviktsmetodiken - förenklad

Rapportunderlaget används bland annat som en loggbok där antalet timmar som läggs på projektet antecknas. Den används också som ett hjälpmedel för dokumentation och utvärdering av insatta åtgärder. Jämviktsmetodiken är utvecklad på Angereds Närsjukhus och har som övergripande syfte att utjämna ojämlikheter i hälsa. För att tillämpa jämviktsmetodiken skall man arbeta evidensbaserat och tillämpa ett normkritiskt perspektiv.

Typ av arrangemang samt ort.	**Datum**	**Total tid för arr** (restid inom parantes)	**Antal deltagare, alla** (män/ kvinnor/ barn)	**Antal deltagare, nya**	**Vad hände? Vad kom för frågor/åsikter?**
Ex sopplunch. (Koppling till strategier skall beskrivas på annan plats.)		Tid som skall ersättas (relevant för FTV)			

Namn, klinik:

Tror du att någon kände sig utanför eller ledsen utifrån någon av diskrimineringsgrunderna, eller av andra orsaker[1] ?	Verkade alla känna sig delaktiga? Beskriv gärna kort vad du grundar din bedömning på.	Övriga reflektioner?	Vad kan vi förändra till nästa gång?

[1] kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder

Hälsosamtal över dukat bord

Hälsa i allmänhet och även munhälsa är ojämnt fördelad i befolkningen. Individer i grupper med låg utbildning, låg inkomst och som nyligen invandrat löper exempelvis högre risk att utveckla både karies och fetma än individer i grupper med hög socioekonomisk status. Dessa skillnader tenderar dessutom att öka.

Hälsa och levnadsvanor är intimt förknippade. Våra levnadsvanor påverkar ett antal sjukdomar av vilka diabetes, övervikt/fetma, hjärt-kärlsjukdom, vissa former av cancer och karies är några. Dessutom är många riskfaktorer gemensamma och det finns också flera gemensamma friskfaktorer. Således kan man vinna mycket på att samverka kring insatser från olika håll – till exempel mellan tandvård och dietister vad gäller hälsosamma matvanor.

Denna rapport beskriver ett projekt utifrån ett initiativ från två hälso- och sjukvårdsnämnder i Västra Götalandsregionen. Tio team bestående av en dietist och en tandvårdspersonal utbildades i en modell för hälsosamtal om matvanor i småbarnsfamiljer. Teamen utbildades också i Jämviktsmetodiken för att dokumentera och kvalitetssäkra insatserna. Denna dokumentation, tillsammans med resultat från en workshop och en fokusgruppintervju låg sedan till grund för analys och utvärdering.

Vi som tagit fram rapporten är:

Katharina Wretlind, folkhälsostrateg vid Hälsoodontologiska enheten, Folktandvården Västra Götaland. Jag är intresserad av hur man kan nå fram med ett hälsobudskap och funderat mycket på hur vi kan nå de grupper vi inte når idag. Med den metodik vi använt här tror jag vi kommit ett steg på vägen.

Sofia Jakobsson**,** tandhygienist och dietist, verksam både på Folktandvården Krokslätt och på Hälsoodontologiska enheten. Jag har ett intresse för folkhälsoarbete och för att knyta samman hälsosamma matvanor med munhälsa.

Maria Magnusson, dietist med specialisering inom folkhälsa, sjuksköterska och medicine doktor. Jag arbetar med folkhälsofrågor vid Angereds Närsjukhus, Västra Götalandsregionen, med fokus att bidra till minskade skillnader i hälsa – ett arbete som resulterat i Jämviktsmetodiken.

Ulrika Åhs Jonsson, dietist och verksam i Närhälsan och Folktandvården Västra Götaland. Jag har erfarenheter från hälsofrämjande verksamhet för både barn och vuxna och brinner för att hitta det positiva hälsobeteendet hos varje individ och stärka det än mer.

För kontaktuppgifter se sid 3.

Rapporten finns att ladda ner från vgregion.se/folktandvarden

ISBN: 978-91-982768-4-8

42 - Hälsoodontologiska enhetens rapportserie, 3: 2017