



Insatser för att minska skillnader i hälsa:

Hälsosamtal med familjer – speciellt med fokus på hälsosamma matvanor

Vad?

Beskrivning av ett projekt - Hälsosamtal med familjer - som ett verktyg att stärka hälsosamma levnadsvanor. Projektet genomfördes i samverkan mellan tandvårdspersonal och dietist på sex olika öppna förskolor och på ett antal folktandvårdskliniker.

Resultat?

En modell med fyra olika omgångar av "Hälsosamtal över dukat bord" togs fram. Det var svårt att få familjer att komma, men när de väl var där sattes positiva processer igång.

Varför?

För att genom detta exempel ge kunskap och inspiration till tandvård och hälso- och sjukvård att i samverkan utveckla och använda modeller, som har förutsättningar att minska ojämlika skillnader i hälsa.

Bifynd

Under arbetets gång utkristalliserades ett koncept för samverkan mellan Folktandvården och Familjecentraler.

Hur?

Familjer bjöds in till kvällsmål – eller till folktandvårdskliniken - för att samtala om hur man kan utveckla hälsosamma matvanor för sig och sina barn.

Kvalitetskriterier för FoU-rapporter vid Hälsoodontologiska enheten Folk tandvården 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 2016

ISBN: 978-91-982768-2-4

Hälsoodontologiska enheten
Folk tandvården Västra Götaland
Kämpegatan 3
40544 Göteborg

Innehållsförteckning

Förord	5
Sammanfattning	6
Abstract	7
Bakgrund	8
Vad är ”hälsa”?	9
Munhälsa och övervikt/fetma är ojämnt fördelad i befolkningen.....	9
Fetma också växande problem med socioekonomisk snedfördelning.....	9
Gemensamma risk- och friskfaktorer	10
Hälsosamtal – tidigare erfarenheter	10
Ansats från HSN 4 och 7 om att ge stöd till utsatta grupper	10
Syfte	11
Material och metod. Genomförande.....	11
Planering, ansökan och förankring	12
Kompetensutveckling för personal avseende genomförande av hälsosamtal.....	13
Pilotstudie med tre familjer.....	13
Hälsosamtal med familjer – i grupp eller med individuella familjer och på sociala medier	14
Resultat.....	15
Kompetensutveckling för personal avseende genomförande av hälsosamtal.....	15
Hälsosamtal med familjer – i grupp eller med individuella familjer	15
Diskussion och reflektioner.....	19
Val av metod – viktiga utgångspunkter	19
Reflektioner kring konceptet och erfarenheter att dra nytta av inför framtiden	23
Slutsats	24
Tack!.....	25
Referenser.....	26

Förord

Denna rapport är publicerad i en serie utgiven av Hälsoodontologiska enheten vid Folktandvården Västra Götaland. Den riktar sig till personal inom hälso- och sjukvård inklusive tandvård och personal i kommunal omsorgstjänst, till exempel på Närhälsans mottagningar, förskolor, socialtjänst, familjecentraler och folktandvårdskliniker. Syftet är att ge ett exempel på hälsofrämjande arbete i samverkan, som vill minska skillnader i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper i befolkningen. Fokus ligger på hur hälsosamma matvanor kan stärkas i barnfamiljer, men även andra levnadsvanor berörs.

Rapporten är inte referee-granskad enligt regler och kriterier för en vetenskaplig artikel. Kollegor inom gruppen på Hälsoodontologiska enheten 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 inom detta område. Vår känsla är också att många inom både hälso- och sjukvård inklusive tandvården saknar en övergripande bild av vad som idag pågår inom arbetet med att utjämna ojämlika skillnader på såväl global som nationell nivå. Det är ett försök att bidra med en liten pusselbit i denna stora bild.

Oktober 2016

Lars Gahnberg

Sammanfattning

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. En förklaring kan vara att de samhälleliga instanser vars uppgift är att förmedla hälsobudskap brister när det gäller att anpassa dem för olika grupper och individer. Detta understryker betydelsen av att välja modeller och metoder som kan nå också dem med sämst hälsa och att budskapet är anpassat efter målgruppen för att inte riskera att öka skillnaderna.

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. De orsakar nedsatt livskvalitet och kostar individ och samhälle stora summor. Dessutom är riskfaktorer gemensamma för t ex diabetes, övervikt/fetma och karies och det finns också gemensamma ”frisk”-faktorer. Således kan man vinna mycket på att samverka kring insatser från olika håll – till exempel mellan tandvård, dietister och övrig personal i hälso- och sjukvården vad gäller hälsosamma matvanor.

Denna rapport beskriver ett projekt utifrån ett initiativ från två hälso- och sjukvårdsnämnder i Västra Götalandsregionen. Familjer med tre-åringar, som identifierats ha karies eller risk för karies, bjöds in att antingen äta kvällsmat i grupp och prata hälsosamma matvanor eller att delta i ett enskilt samtal om hälsosamma matvanor. Livsmedelsverkets kostråd låg till grund för både gruppsamtal och samtal med enskilda familjer, och de fördes utifrån ett salutogent och holistiskt perspektiv. För gruppsamtalen togs en modell bestående av fyra varianter av hälsosamtal fram.

Abstract

Health in general and also oral health is unevenly distributed in the population. Individuals in groups with short education, low income and with a recent migration process will for instance have a higher risk to develop dental caries and obesity than individuals in groups with higher socioeconomic position. These differences also tend to increase. An explanation could be that the efforts from the society to communicate health messages are not adjusted to the conditions of socioeconomic low-status-groups. This highlights, the importance of choosing models and methods, that will reach also the groups with the worst health conditions and that the message is adjusted to this target group in order to avoid increasing the gap.

Health and life style habits are intimately linked. Our habits influence a number of conditions like diabetes, overweight/obesity, cardio-vascular diseases, certain forms of cancer and dental caries.. These diseases cause reduced quality of life and are expensive for both individuals and society. Additionally, for instance, diabetes, overweight/obesity and dental caries, have some common risk-factors and also some common factors in relation to what is important for maintaining health. Thus a lot can be gained to collaborate in efforts from different professionals, for example between oral health workers, dieticians and also other personnel within health care, considering for instance healthy eating habits.

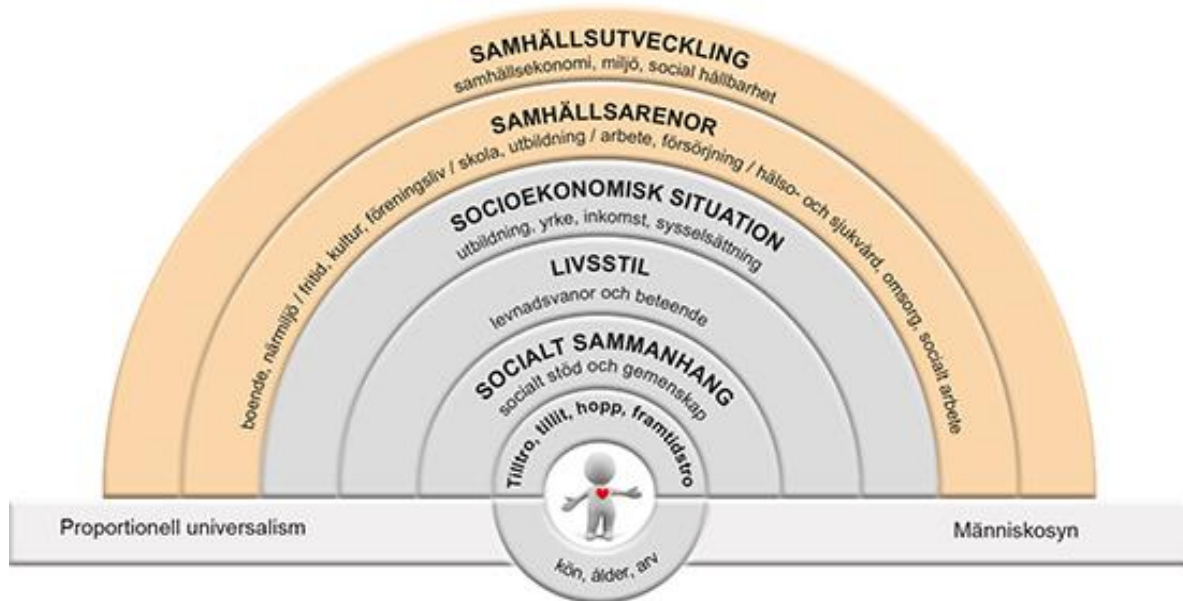
This report describes a project coming from an initiative by two political boards in Västra Götalandsregionen. Families with 3 year-olds identified with dental caries or risk for dental caries were invited to either:

1. Have supper together in a group and talk about healthy eating habits together with a team of a dietician and a dentist.
or
2. A separate occasion to talk about healthy eating habits with a dental nurse or dental hygienist.

The dietary advices from the National Food Agency formed the basis of both kinds of meetings and they were held with a salutogenic and holistic approach. A model of four different sets was developed for the group meetings.

Bakgrund

Hur vi mår är avhängigt hur det ser ut runt omkring oss. Faktorer som påverkar är de miljöer och livsvillkor som vi föds, växer upp, utbildar oss och arbetar, och så småningom åldras i. De är avgörande för hur länge vi lever och hur vi mår när vi lever. I Dahlgren och Whiteheads klassiska modell [1] beskrivs hälsans bestämningfaktorer utifrån samspelet mellan individ, miljö och samhälle. Modellen visar på en komplex verklighet med många faktorer som verkar



Figur 1. "Östgotamodellen för jämlik hälsa – ett samspel mellan individ, miljö och samhälle". Orange färg markerar de samhälleliga förutsättningar som är avgörande för de individuella (grå) bestämningfaktorena för hälsa. Framtagen av Jolanda van Vliet och Margareta Kristenson, 2014, baserad på hälsans bestämningfaktorer av Dahlgren och Whitehead, 1991. Från Östgotakommissionens slutrapport [4].

på flera nivåer. Om man till det lägger det faktum att hälsan är fördelad utifrån en social gradient så att individer och grupper med lägst socioekonomisk status har sämst hälsa så står det klart att det innebär en stor utmaning om man ska lyckas utjämna skillnader i hälsa. Likväl är det just det vi måste göra för att åstadkomma trygg och hållbar utveckling i våra samhällen. WHO-rapporten "Closing the gap in a generation" [2] – den så kallade Marmot-rapporten - sammanfattar och ger förslag på åtgärder för att minska orättvisa skillnader i hälsa utifrån ett globalt perspektiv. Utifrån ett svenskt perspektiv på hälsoskillnader har kommissioner i bland annat Malmö, Östergötland och Västra Götaland tagit fram underlag och åtgärder för att minska skillnader i hälsa [3] [4] [5].

Tandvården och i synnerhet Folk tandvården har en lång tradition av förebyggande folkhälsoarbete: "Fluortanten" är ett känt begrepp och tillkom under 60-talet då fluorsköljningar för skolbarn infördes på bred front. Det finns också sedan länge en medvetenhet om att kariessjukdomen är ojämnt fördelad i befolkningen och olika riskbedömningsinstrument [6] framför allt på individnivå, har tagits fram – se vidare under 5.1.2. Under 60- och 70-talen utvecklades också professioner inom tandvården som i första hand hade som uppgift att arbeta preventivt: profylaxtandsköterskan och tandhygienisten.

Vad är "hälsa"?

Begreppet hälsa är mångfacetterat och har genom åren definierats på olika sätt. Världshälsoorganisationens definition från 1946 utgår från att hälsa är *ett tillstånd* och lyder så här: "Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom och funktionsnedsättning" [7]. I delbetänkandet av Kommissionen för jämlik hälsa [8] förs ett resonemang kring hälsobegreppet: Hälsa kan definieras utifrån olika perspektiv: ett medicinskt; ett utifrån individens uppfattning om hur hen mår; och ett socialt perspektiv som utgår ifrån hur individen kan fungera i samhället. Utvecklingen har gått från att se hälsa och sjukdom som två *polariteter* till att idag uppfattas som *en process*. Hälsan är både mål och medel: att ha hälsan är i sig positivt, men det är också en viktig förutsättning och en investering för att kunna leva ett gott liv.

Munhälsa och övervikt/fetma är ojämnt fördelad i befolkningen

Karies är en av de vanligaste kroniska sjukdomarna. Globalt är det den vanligaste sjukdomen bland vuxna. 2,4 miljarder människor går omkring med obehandlad kariessjukdom. Hos barn är det den 10:e vanligaste åkommnan och man räknar med att 621 miljoner barn har karies i sina mjölkttänder.

I Sverige, som traditionellt har legat bra till vad gäller tandhälsa hos barn, är kariessjukdomen också ojämnt fördelad utifrån socioekonomisk status. Socioekonomisk status mäts på en mängd olika sätt varav de vanligaste är utbildning, inkomst (eller föräldrars inkomst) och sysselsättning (exempelvis arbetare/tjänsteman, arbetslös, sjukskriven). De största riskfaktorerna bland barn och unga i Sverige för att få karies, förutom att ha tidigare karieserfarenhet, är att familjen får ekonomiskt bistånd och att föräldrarna har högst grundskoleutbildning. Andra riskfaktorer, som inte kan beskrivas genom socioekonomisk status, är att föräldrarna är unga och själva har dålig tandhälsa och/eller att de är invandrade från länder utanför Norden och Västeuropa. Karies är till exempel 1,5–2 gånger vanligare bland barn och unga till föräldrar som själva har dålig tandhälsa. Föräldrarnas sociala förhållanden har också betydelse för barn och unga när det gäller att komma (eller inte komma) till tandvården: barn som har en ensamstående förälder, en ung förälder och/eller om familjen får ekonomiskt bistånd eller om föräldrarna har låg utbildning löper större risk att inte få tillgång till tandvården. Barn och unga, som bor i områden där många har kort utbildning och låg inkomst samt där många har invandrat nyligen har större risk både för att utebli från tandvården och för att få sämre både tandhälsa och allmän hälsa [9-12].

Fetma också växande problem med socioekonomisk snedfördelning

Ohälsosam vikt är ett relativt vanligt problem. Det kan manifesteras sig som övervikt/ fetma, undervikt, eller psykosociala problem kopplat till osunda föreställningar om kroppen. I denna rapport tas främst upp fetma och övervikt, vilka i vissa studier visat sig ha samband med karies [13]. Fetma är ett växande problem globalt. Prevalensen är i allt högre utsträckning snedfördelad så att personer ur grupper med låg socioekonomisk status löper högre risk [14, 15]. Barn som är överviktiga i sådan grad att det övergått i fetma löper kraftigt ökad risk för att tillståndet fortsätter även i vuxen ålder, med lidande och komplikationer i form av följsjukdomar som vanliga konsekvenser [16]. Den som har fetma riskerar dessutom att bli diskriminerad vilket kan bidra till problem med skam och skuld känslor förknippade med bland annat mat. En studie i Västra Götaland visade att prevalensen för fetma hos sju- nioåringar åren 2008-2013 låg ganska stabilt på drygt 3 % samt att de socioekonomiska skillnaderna fanns för båda könen och föreföll öka bland flickorna [17].

Gemensamma risk- och friskfaktorer

Eftersom levnadsvanor påverkar både allmän hälsa och munhälsa finns det vinster att göra genom att samordna insatser [18]. Bakgrund- och orsaksfaktorer för både karies och övervikt/fetma är komplexa och flera faktorer kan påverka i ena eller andra riktningen [13, 19]. Dock är alla överens om att matvanor är centrala för både karies och övervikt/fetma. Även diabetes, vissa former av cancer och hjärt-kärlsjukdom påverkas av matvanor. Detta stöder ”the common risk factor approach”, som innebär att flera sjukdomar med helt olika förlopp kan ha samma riskfaktorer och således förebyggas genom att de gemensamma riskfaktorerna bekämpas.

Hur vi i praktiken förmår skapa och vidmakthålla goda vanor påverkas utifrån hälsans olika bestämmningsfaktorer och de verkar, som beskrivits ovan, på olika nivåer [1]. I en studie om vad som påverkar hur vi själva skattar hälsa respektive munhälsa identifieras ett flertal skyddsfaktorer [20]. Några av dessa var positiv framtidstro, goda sömn- och matvanor, normalvikt, säkra boendeförhållanden och att man trivs där man bor. Även eftergymnasial utbildning, att man har god ekonomi och ett arbete, att man har någon att vända sig till i krisituationer och att man är aktiv i ett föreningsliv visade på ett positivt samband avseende hur man såg på sin hälsa. Flertalet av dessa faktorer var gemensamma för både allmän hälsa och munhälsa.

Hälsa och levnadsvanor hänger således samman. För att förvandla ohälsosamma levnadsvanor till mer hälsosamma sådana krävs beteendeförändring. En sådan förändring av ett invariant beteende är ofta en lång, svår och komplicerad process. Olika grupper och olika individer har också skilda förutsättningar för att genomföra förändringar. Rent allmänt kan man säga att individer med lång utbildning, hög inkomst och yrken med hög samhälllig status gynnas dels av sina materiella omständigheter och dels av samhällets sätt att förmedla budskap och insatser kring hälsa och hur man främjar den [21]. Olika vanor kräver också olika insatser för att få önskad effekt. Det man vet vad gäller förändring av matvanor är att det i allmänhet inte räcker med rådgivning – ett betydligt mer omfattande stöd krävs med långsiktig behandling, till exempel i form av motiverande samtal eller Kognitiv Beteendeterapi (KBT), vilket även rekommenderas i utvärderingen av Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder [22]. I den betonas igen betydelsen av att använda teoribaserade beteendeförändringsmetoder och man lägger till att detta gärna kan ske i samverkan mellan olika verksamheter.

Hälsosamtal – tidigare erfarenheter

Redan på 90-talet utvecklades former för Hälsosamtal, där Norsjö-projektet kanske är det mest kända svenska initiativet [23]. I en översikt från Nätverket Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård redovisas svenska och internationella erfarenheter av Hälsosamtal [24]. Patienter erbjuds i olika utsträckning och omfattning samtal om levnadsvanor och därpå stöd för indicerade och/eller önskade förändringar av dessa. De flesta av dessa initiativ riktar sig till vuxna enskilda individer. Det finns dock en del som gjorts med familjen som målgrupp, men det har ofta handlat om stöd för barn och ungdomar med övervikt/fetma eller psykisk ohälsa. Salutprogrammet i Västerbotten och Hagebyprojektet i Östergötland inkluderar hela familjer och lyfter även munhälsan.

Ansats från HSN 4 och 7 om att ge stöd till utsatta grupper

Utifrån ett munhälsoperspektiv finns det således anledning att utveckla tandvårdens metoder och modeller för att i samverkan med andra stödjande individer och grupper med sämst munhälsa för en utveckling mot mer hälsosamma matvanor. En sådan ansats kan också förväntas ge positiva effekter på både allmän hälsa och munhälsa. Hösten 2012 kom en förfrågan från

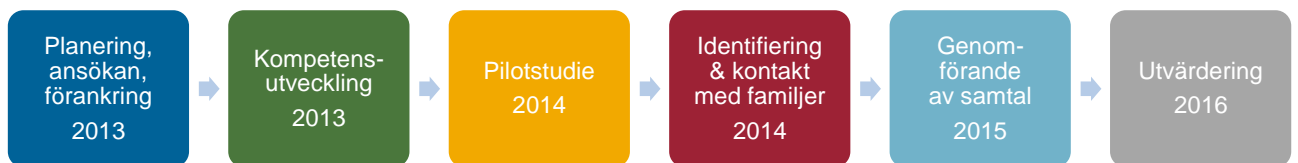
dåvarande Hälso- och sjukvårdsnämnderna 4 och 7 i Västra Götalandsregionen till Folk tandvården Västra Götaland om att göra extra insatser för barn och ungdomar med karies eller risk för karies. Syftet formulerades så här: ”Syftet är att förbättra tandhälsa hos utsatta grupper (av barn och ungdomar) och därmed utjämna skillnader i tandhälsa.” Mot denna bakgrund utvecklades föreliggande projekt med följande syfte.

Syfte

Projektets syfte är att ta fram en modell och testa metoder för att stödja familjer att bibehålla och utveckla hälsosamma levnadsvanor, speciellt matvanor, i samverkan mellan tandvårdspersonal och dietister. Modellen och dess metoder ska ha förutsättningar att nå fram till grupper och individer med socioekonomisk låg status.

Material och metod. Genomförande

Projektet bestod av ett antal faser – se Figur 2. Det vände sig till familjer med barn som hade karies eller bedömts ha risk för karies i de områden, som då omfattades av Hälso- och sjukvårdsnämnd (HSN) 4 och 7 i Västra Götalandsregionen. Risken bedömdes med hjälp av beslutsstödet R2 [25] och hade gjorts vid den obligatoriska tre-årsundersökning på någon av de nitton folktandvårdskliniker som ingick i HSN 4 och 7.



Figur 2. Projektets olika faser

Planering, ansökan och förankring

Planering

En planeringsgrupp för utformning av projektet träffades vid fyra tillfällen under hösten och våren 2013/14.

Med avstamp i hälsans bestämningsfaktorer, kunskap om den ojämlika fördelningen av hälsa inklusive munhälsa och om hur beteendeförändringar kan åstadkommas diskuterades ett antal olika projekt. Så småningom utvecklades följande idé:

- Utgå från tre-åringar med karies och/eller risk för karies och samla hela familjen
- Fokusera på hälsosamma matvanor och i viss mån fysisk aktivitet – lyft fram det som redan är positivt
- Använd Livsmedelsverkets allmänna kostråd som bas och poängtera att både allmän hälsa och munhälsa stärks

Med denna strategi kunde vi arbeta holistiskt och salutogent och främja familjernas egenmakt (empowerment) och tilltro till sin egen förmåga (self efficacy) att bygga goda och hälsosamma levnadsvanor med fokus speciellt på matvanor och fysisk aktivitet – i Figur 3 åskådliggjort som att ansvaret för den egna hälsan – klotet – blir lite mindre tungt att rulla. Lutningen på backen kan minskas genom att samhället skapar goda förutsättningar, till exempel genom att öppna upp och bjuda in till hälsosamtal på familjecentraler.

Rent konkret beslöt vi att bjuda in samtliga familjer med tre-åringar som bedömts ha karies och/eller risk för karies. Alla skulle i första hand bjudas in till att komma och äta kvällsmat och prata om hälsosamma matvanor – Grupp 1, men fanns det av olika anledningar hinder från att delta, till exempel svårigheter med att behärska svenska språket, skulle även ett hälsosamtal med den individuella familjen på respektive klinik erbjudas – Grupp 2. Beslut om att genomföra en pilotstudie – se sidan 13 – för att testa Grupp 1-verksamheten togs också.

Ansökan om medel för utvärdering och etisk prövning

En projektplan togs fram och en ansökan om medel för vetenskaplig utvärdering och etisk prövning gjordes 2013. De tre-åringar, som under ett år (20130901-20140831) registrerades med karies eller risk för karies (R2 gul/röd), och deras familjer ingick i gruppen som skulle utvärderas. Projektet finns beskrivet i databasen för FoU-medel som beviljats regionala FoU-medel under följande: ”Hälsosamtal med familjer - i grupp eller enskilt - vars 3-åringar har eller löper risk att få karies. Diarienummer: VGFOUREG-393581”. Etisk ansökan godkändes i augusti 2013 av etikprövningsnämnden vid Göteborgs universitet.

Förankring på nitton kliniker

Samtliga klinikchefer och de flesta kliniker besöktes under våren 2013 och projektet presenterades. Klinikerna utsåg också en eller två personer, oftast tandsköterskor, som skulle vara klinikens ”hälsosamtalsperson”. Varje klinik fick också en pärm med information och dokumentation av projektet.

Förankring på sex familjecentraler

De nitton klinikernas familjer delades in i sex grupper där respektive grupp bestod av familjer som bodde i närheten av varandra. En familjecentral i området kontaktades och överenskommelser om att få tillgång till respektive familjecentraler. Öppna förskolor för Hälsosamtalen i Grupp 1 gjordes. Följande Öppna förskolor deltog: Hasselkärnan i Stenungsund, Älvbarnen i Bohus, Fyren i Ytterby, Eken i Mölnlycke, Balltorp i Mölndal, Centrum i Partille.

Kompetensutveckling för personal avseende genomförande av hälsosamtal

Inför hälsosamtalen i grupp 2, som personalen på de nitton olika klinikerna skulle leda, genomfördes en två-dagars kompetensutveckling. Detta fick göras i omgångar då det tillkom personer när vissa slutade. Efter två omgångar hade ett tjugotal personer deltagit och alla klinikerna hade någon person som var redo att ta hand om de familjer som valde att delta i Grupp 2 – se beskrivning av grupper sidan 15.

Pilotstudie med tre familjer

Pilotstudien genomfördes under hösten 2013 och i början på 2014. Ett tiotal familjer i Partille kontaktades utifrån att de hade tre-åringar med karies eller risk för karies. Tre familjer tackade ja och deltog minst en gång i de tre omgångar hälsosamtal som genomfördes. Barn och vuxna åt tillsammans kvällsmat (tacos) och förde sedan mer eller mindre – se nedan - strukturerade samtal och försökte identifiera de positiva inslagen i sina respektive matvanor. Första tillfället var i princip helt deltagarstyrt. Samtalsledaren introducerade bara ämnet: ”Vad äter vår familj som är bra för hälsan?” Det blev ett trevande samtal där alla så småningom kom till tals. Efter utvärdering med deltagarna direkt efter gjordes överenskommelsen om att nästa samtal skulle ha lite mer i förväg planerad struktur. Omgång två inleddes därför med att Livsmedelsverkets allmänna kostråd presenterades och sedan fördes samtalen utifrån dessa. Det tredje tillfället inleddes med en presentation om orsaksfaktorer till kariessjukdomen och därefter fördes samtal om hur dessa kunde relateras till den enskilda familjens vanor. Vid detta tillfälle deltog bara en familj och samtalet inriktades också mot mer individuella frågeställningar. Utifrån erfarenheterna i pilotstudien planerades och utvecklades sedan projektet vidare.



Figur 3. Balansen mellan individens ansvar och samhällets ansvar för hälsa; Samhället har ansvar för att skapa likvärdiga förutsättningar som underlättar för varje individ att kunna ta ansvar för sin egen hälsa.

Illustration: Carolina Hawranek, Östergötland, 2014

Från Östgötakommissionens slutrapport: [4].

Hälsosamtal med familjer – i grupp eller med individuella familjer och på sociala medier

Under perioden 20130901 - 20140831 identifierades 137 tre-åringar med karies eller risk för karies på de 19 klinikerna (Tabell 1). Samtliga dessa tre-åringars familjer fick vid undersökningstillfället en kort skriftlig information om projektet och blev muntligt informerade om att de skulle bli kontaktade per telefon. Familjerna ringdes sedan upp och fick mer information om projektet och möjlighet att ställa frågor. Via telefon tackade 56 familjer Ja till att delta i projektet i Grupp 1, 18 till att delta i Grupp 2 och 40 tackade Nej. Tjugotre familjer fick vi ingen kontakt med trots upprepade försök per telefon, meddelanden och brev per post med uppmaning om att kontakta oss. Tidpunkt och lokal för Hälsosamtalen meddelades vid ett senare tillfälle per telefon.

Tabell 1. Antal familjer fördelade på de nitton olika klinikerna och på hur de valt att delta Grupp 1/ Grupp 2 eller inte delta (= Nej) alternativt ej kunnat nås (= ?).

Klinik	Gr 1	Gr 2	Nej	?	Totalt
Bohus	3	3	0	7	13
K-gatan	3	1	2	0	6
Kärna	1	0	5	0	6
Nödinge	6	1	4	2	13
Skärhamn	0	0	0	0	0
Strandvägen	4	1	6	3	14
V-Gatan	2	2	2	1	7
Ytterby	4	0	3	1	8
Älvängen	2	0	4	1	7
Öckerö	1	0	0	0	1
Bifrost	5	0	1	2	8
Hindås	0	0	0	0	0
Krokslätt	2	0	4	2	8
Landvetter	1	1	1	0	3
Lindome	0	2	0	0	2
Mölnlycke	5	1	1	3	10
Partille	12	5	6	0	23
TMS	1	0	0	1	2
Åby	4	1	1	0	6
Totalt	56	18	40	23	137

Grupp 1 – flera familjer i grupp med kvällsmat

Fyra omgångar på respektive Öppen förskola genomfördes under 2015. Utifrån erfarenheterna från pilotstudien och att olika kontakter utvecklades, bildades ett team med en dietist och en tandläkare som samtalsledare. Dietisten hade erfarenhet från verksamheten i ”Jämvikt” – se Faktaruta – och metoden för dokumentation, styrning och uppföljning från Jämvikt användes för Grupp 1. Tandläkaren hade erfarenhet av både pedagogiskt arbete och arbete med cariologiskt belastade patienter.

Grupp 2 – individuella samtal på folktandvårdskliniken

De individuella samtalen (18 stycken sammanlagt) genomfördes huvudsakligen under hösten 2015. En del familjer tackade dock Nej när de väl kontaktades av klinikkens hälsosamtalsperson och avstod hälsosamtalet.

Grupp på sociala medier

En sluten grupp för kommunikation via internet skapades på ett socialt medium (Facebook).

Resultat

Kompetensutveckling för personal avseende genomförande av hälsosamtal

Efter ytterligare en dags kompetensutveckling för uppdatering av metodiken för samtalen genomfördes dessa under hösten 2015. Hälsosamtalspersonerna uppmanades vidare att använda sin kompetens att tala om hälsosamma matvanor med andra individer och familjer som besökte deras respektive kliniker.

Hälsosamtal med familjer – i grupp eller med individuella familjer

Grupp 1

Utav de 137 familjer som identifierats med tre-åringar med karies eller risk för karies tackade 56 Ja till att delta i Grupp 1 - samtal med familjer i grupp (Tabell 2). Av dessa kom sedan 21 till ett eller flera hälsosamtal. Trettioen familjer av de ursprungliga 56 avstod vid nästa kontakt på grund av diverse skäl, en del kända (26 = sjukdom, andra aktiviteter) och en del av

Jämvikt

Jämvikt är en modell för forskningsinriktat hälsofrämjande arbete, med övergripande syfte att utjämna ojämlikhet i hälsa. Inriktningen är att stärka människors förutsättningar att leva ett mer hälsosamt liv, med fokus på hälsosam vikt.

Jämvikt bygger på deltagarstyrning, d.v.s. medborgare och lokalt verksamma professionella skall ha en central position när det gäller att avgöra vilka åtgärder som skall vidtas och hur forskningen kring verksamheten skall bedrivas. Individer och grupper får stöd i att utveckla kunskap om hälsa utifrån sina egna förutsättningar. Jämvikt verkar också för att alla som arbetar med prevention och behandling av övervikt och fetma skall ha ett evidensbaserat arbetssätt och tillämpa ett normkritiskt perspektiv.

Tabell 2. Antal familjer i Hälsosamtal med familjer i grupp - Grupp 1.

Deltagit - antal gånger av de 4 som erbjudits			Aldrig deltagit			Summa
1 g	2 ggr	3 ggr	Ub	Nej	Ingen kontakt	
14	9	2	2	26	3	
25			31			56

oklar anledning. Ibland kom färre personer än vad man anmält, ibland hade man med sig en extra familj eller några extra barn man kände. Hälsosamtalen i grupp utvecklades efter hand som verksamheten pågick. Med utgångspunkt i önskemål från familjerna och utifrån behov som identifierades allt eftersom utkristalliserades en modell, med avstamp i ett holistiskt och salutogent perspektiv, bestående av fyra omgångar med olika aktiviteter och övningar.

Allmänna karakteristika som gäller för varje omgång:

- Familjerna samlas och kvällsmålet serveras.
- Kvällens tema förs in under samtalet som pågår under måltiden. Relativt snart lämnar barnen bordet och de vuxna fortsätter samtala. Finns möjlighet är det positivt att ha en person som tar hand om barnen.
- Fokus ligger hela tiden på positiva vanor och samtalsledaren uppmuntrar och pekar på det som är hälsosamt. Lyfter någon frågor eller ämnen, som mer har karaktär av att vara hälsorisker, fördjupas samtalet inte kring dessa, man rekommenderades att diskutera problemet vidare med sin tandvårdsklinik eller vårdcentral. I vissa situationer hjälpte vi till att förmedla en adekvat kontakt. Representanterna från de olika professionerna, dietist och tandvårdspersonal, ger varandra stöd och backar upp vad man säger. När man fastnar i en diskussion kan man hjälpa varandra ur situationen genom att föra in ett nytt perspektiv på temat som diskuteras.
- Alla som vill ska kunna komma till tals.
- I slutet av varje sammankomst sammanfattar samtalsledaren/na vad som tagits upp.
- Alla – barn och vuxna – får tandborste och tandkräm innan man går hem.

De fyra olika omgångarna:

1. "Hitta ditt sätt..."
2. Väga "Grönt och frukt"
3. Fysisk aktivitet, "mindful eating" och bildspel "Frisk i munnen hela livet"
4. "Håriga mackor" och värderingsövningar

Nedan följer en manual för hur de olika omgångarna genomfördes.

Gör så här:

Omgång 1

För ett samtal utifrån Livsmedelsverkets kostråd i ”Hitta ditt sätt att äta grönnare, lagom mycket och att röra på dig”[26]. Ta upp sida för sida:

- Hållbar helhet
- Mer Grönt och Frukt
- Mer Fisk och Skaldjur
- Mer Rörelse i Vardagen
- Byt till Fullkorn
- Byt till Nyttiga Matfetter
- Byt till Magra Mejeriprodukter
- Mindre Kött och Chark
- Mindre Salt
- Mindre Socker
- Håll Balansen
- Nyckelhålet
- Råden på en Minut



Be om förslag på hur man kan äta mer av och byta till mer hälsosamma alternativ. Familjerna inspirerar varandra. Lyft ”Minska”-sidorna men fokusera mer på ”Mer” och ”Byt”, dvs de salutogena ”frisk”-faktorerna. Samtala om vad det innebär att ”Hålla balansen”, hur ”Nyckelhålet” kan hjälpa till att välja produkter i livsmedelsbutiken. Avsluta med att gå igenom råden en gång till och låt familjerna bidra med sina tips och tankar. Syftet är att uppmärksamma det man gör bra men även stärka möjligheterna till fortsatt utveckling av familjens matintag. Detta genom att personalen aktivt ställa öppna frågor för att få familjerna att känna sig delaktiga i sitt förändringsarbete

Omgång 2

Fortsätt samtalet om hälsosamma matvanor. Viss repetition kan vara angelägen eftersom det ofta finns någon familj som inte var med första gången. Prata med föräldrarna om hur man kan inspirera barnen till att äta grönt och frukt, samt fördelarna kring det. Barnen får sedan välja och väga upp sin rekommenderade dagsranson av grönt-och- frukt, dvs 400 gram per dag mellan 4 – 10 år och 500 gram om man är 10 år och äldre. Använd en stor våg där barnen ser att visaren ändras allt eftersom de



Omsorgsfullt val av vilka grönsaker och frukter som ska läggas på vågen

fyller på, från ett ”smörgåsbord” av olika alternativ, till exempel broccoli och äpple. Barnen får ta med sig – eller äta upp - sin uppvägda ranson i en plastpåse. Uppmuntra de vuxna som är intresserade av att väga upp sin dagsranson - 500 gram - att göra det om det finns grönsaker och frukt kvar. Syftet är att inspirera till att väga pröva nya alternativ, uppmärksamma att det finns mycket att välja mellan samt att ge kunskap om den rekommenderade dagsmängden.

Omgång 3

Låt temat för måltiden handla om vad fysisk aktivitet innebär för respektive familj. Samtala om när det finns tillfällen att röra på sig. Efter måltiden dansar alla tillsammans till youtube-film:

https://www.youtube.com/watch?v=u_p53AgGnko&app=desktop. Detta kan naturligtvis varieras men det är mycket populärt bland barnen att alla vuxna reser sig och deltar. Syftet är att hitta sätt för familjen att röra på sig tillsammans.

Samla alla - både barn och vuxna – runt bordet/n igen för att prata om ”mindful eating” [27], Saperemetoden [28] och vad man kan göra för att introducera och på ett nyfiskt och lekfullt sätt upptäcka ny mat och nya smaker. Till exempel kan man använda en övning som innebär att utforska ett russin med alla sinnen: syn, hörsel, smak, känsel och lukt. Detta russin kan med fördel kan tex bytas ut till en grönsak. Både barn och vuxna blir oftast märkbart lugnare under denna övning och lyssnar mer intensivt. Syftet är att uppmärksamma sina mättnadskänslor och vara mer närvarande i sitt ätande.

Avsluta med att visa ett bildspel om vad som är bra för tänderna och hur karies kan utvecklas om man ”tappar balansen”, där syftet är att sammanfatta och ytterligare förstärka kunskap om hur man håller sig frisk i munnen.

Omgång 4

Under måltiden gör alla sin egen/na ”Håriga macka/or”. Det innebär att familjerna har en buffé av livsmedel framför sig och ”bygger” sin egen smörgås. Samtala kring hur man håller sig frisk i munnen och vad som påverkar balansen vad avser om man får karies eller inte och hur maten påverkar våra tänder. Syftet är att inspirera till att det både är gott och enkelt att göra goda smörgåsar. Det som inte hanns med vid förra tillfället kan avslutas här. Gör olika värderingsövningar utifrån påståenden om olika mat och dryck och levnadsvanor. De ska helst inte vara möjligt att säga att de är ”rätt”

Värderingsövning - påståenden

- Morot är bättre än chips
- Gurka är bättre än jordnötter
- Äpple är bättre än banan
- Sötsaker skall undvikas
- Grönsaker är bättre än frukt
- Omättat fett är bättre än mättat fett
- Det är lättare att förändra matvanor än att sluta röka
- En hälsosam vikt är viktigare än att röra på sig
- Det är bra att borsta tänderna med fluortandkräm
- Vatten är bättre än mjölk
- Levnadsvanor grundläggs i tonåren
- Motivation är viktig i en förändringsprocess
- Samhället har ett ansvar för att dess befolkning ska vara frisk
- Föräldrar har ansvaret för vad deras barn äter
- Barn ska själv få bestämma vad de vill äta
- Barn ska själv få bestämma hur mycket de vill äta
- Kunskap innebär att man ändrar beteende
- Vatten är bästa törstsläckaren



En "hårig macka"



"Mindful eating": Hur luktar och smakar egentligen ett russin? Hur låter det när man tuggar på det? Hur ser det egentligen ut?

eller "fel". Påståendena och den position som respektive deltagare intar utgör underlag för samtal kring exempel. Finns tid och utrymme kan denna övning med fördel göras som en "Heta stolen"-övning. Syftet med denna övning är att ytterligare öka tilltro till egen förmåga att göra hälsosamma val och kunna värdera olika situationer utifrån den kunskap man besitter.

Grupp 2

Samtalen med individuella familjer har på de olika klinikerna tagit olika uttryck och form. Hälsosamtalspersonerna har haft mer eller mindre incitament att genomföra samtal och många familjer avstod erbjudandet.

Grupp på sociala medier

Denna sida fungerade som en kommunikationslänk där material och tips på bra levnadsvanor lades ut. Även deltagarna kunde lägga ut material, kommentera och kommunicera med vårdarna och med varandra. Detta skedde i viss utsträckning. Deltagandet i denna grupp begränsades av att det var krångligt att bli medlem. För att kunna hålla gruppen hemlig, d v s ingen som inte var medlem skulle kunna se att den existerade och inte heller då kunna ta del av dess innehåll, bjöds deltagarna in via e-post. Detta försvårades eftersom flera av deltagarna sällan använde denna funktion och accepterade aldrig den inbjudan som skickades. Några avböjde också deltagande.

Diskussion och reflektioner

Val av metod – viktiga utgångspunkter

Ett antal utgångspunkter var viktiga i valet av metod. Den skulle ha:

- potential att utjämna ojämlika skillnader i hälsa
- ett salutogent och holistiskt perspektiv
- potential för samverkan
- en bas i en beteendeförändringsteori

Dessutom fanns det ställningstaganden, handlingsplaner och visioner i allmänhet och i Västra Götalandsregionen och Folk tandvården i synnerhet, som projektet med fördel skulle harmoniseras med.

Potential att utjämna ojämlika skillnader i hälsa

Med utgångspunkt i Marmotrapporten [2] där man fastslår att socialt hållbara samhällen byggs på jämlika förhållanden vad avser hälsa – både allmänhälsa och munhälsa - så arbetar Västra Götalandsregionen aktivt för ett samhälle med minskande klyftor. I ”Samling för social hållbarhet” [5] tar man fram en handlingsplan för att åtgärda problemen som beskrivs så här: *”I internationella jämförelser har Sverige och Västra Götaland en god folkhälsa, hög levnadsnivå och minskad dödlighet i ett flertal livsstilssjukdomar. Däremot är de sociala skillnaderna i folkhälsa fortfarande tydliga och hälsan har inte förbättrats i utsatta grupper på samma positiva sätt som för befolkningen i sin helhet.”*

En viktig aspekt i arbetet med att utjämna hälsoskillnader är begreppet ”hälsolitteracitet”. Det omfattar flera sorters färdigheter – att läsa och förstå information, att kunna förhålla sig till och värdera information och att kunna kommunicera hälsobudskap [29]. Som vi ser det kan hälsolitteracitet användas i både vårdgivarens och vårdtagarens perspektiv. En organisation eller enskild vårdgivare kan ha brister i hur budskap och information kommuniceras – och det är kanske i första hand denna förmåga som ska skärskådas. För att kunna förstå och anpassa sitt budskap måste man ha kunskap om mottagarens förutsättningar – det vill säga dennes hälsolitteracitet. Med detta förhållningssätt, som lägger ansvaret på sändaren att anpassa och utveckla det man vill nå fram med, undviker man att skuldbelägga en grupp som ”sämre mottagare” och en känsla av ”blame the victim”. En förklaring till att samhällseliga instanser, vars uppgift är att förmedla hälsobudskap, ibland brister, är att de inte tillräckligt analyserat och modifierat metoder och verktyg utifrån mottagarnas förutsättningar. För att inte öka hälsoklyftor understryker detta betydelsen av att välja metoder som når utsatta grupper i större utsträckning och att budskapet är anpassat efter målgruppen. Det krävs också ett normkritiskt perspektiv.

Hälsoklyftorna tenderar att öka när man försöker påverka levnadsvanor och livsstil genom att ge råd och sedan låta det vara upp till individen att göra sina egna hälsosamma val, vilket ofta görs inom hälso- och sjukvården inklusive tandvården. Personer med högre socioekonomisk status tenderar nämligen att i högre utsträckning följa sådana råd [30]. Ett gott hälsotillstånd gör det också lättare att aktivt ta till sig och utveckla kunskaper inom olika områden [31]. Om man vill undvika att öka hälsoklyftorna i samhället behöver man välja metoder som skapar bättre förutsättningar för individer och grupper med lägre socioekonomisk status att dra nytta av insatserna. Gemensamt för flera interventioner som lyckats med detta inom det fetma-preventiva området är att de bygger på deltagarstyrning [32] och ser gemensam kunskapsutveckling mellan de professionella, befolkningen och forskarna som central. Inte endast den akademiska kunskapen, utan också vardagskunskapen behöver ges utrymme när det gäller att formulera forskningsfrågor, planera och genomföra åtgärder samt utvärdera resultat. En gren inom denna typ av forskning är Community Based Participatory Research, CBPR [33].

Därför är konceptet där vi tillgängliggör tjänsten ”Hälsosamtal med familjer” på familjecentralernas Öppna förskolor på tider och med förutsättningar som underlättar deltagande en viktig förutsättning som kan liknas vid att vi minskar lutningen på backen i Figur 3. Innehållet och de olika aktiviteterna bidrar

CBPR:

Community Based Participatory Research (CBPR) är en inriktning för forskning och folkhälsoarbete som har visat sig kunna fungera för att minska hälsoklyftorna. Centrala aspekter inom CBPR är lokal förankring, reell delning av inflytande mellan forskare/folkhälsoarbetare (t ex tandvårdspersonal, skolsköterskor)/ befolkning, och stärkande av self-efficacy och empowerment (ungefär självkänsla/tilltro till egen förmåga och egenmakt).

sedan till att öka deltagarnas egenmakt (empowerment) och tilltro till egen förmåga (self efficacy) och med samma metafor kan man säga att vi gör klotet i Figur 3 lite mindre tungt att ta ansvar för.

Ett salutogent och holistiskt perspektiv

Ett salutogent perspektiv innebär att man fokuserar på friskfaktorer, d v s faktorer som är viktiga för att behålla hälsan. Både hälso- och sjukvården och tandvården har traditionellt fokuserat på att lösa problem, d v s sätta in åtgärder när skadan redan skett. Därefter har utvecklingen mot att förebygga sjukdom inneburit att vi letar efter riskfaktorer. Inom tandvården innebär det att vi försöker identifiera initialkaries, plack, blödning, sockerintag etc. En svängning mot att leta friskfaktorer skulle innebära att vi istället eller kanske både och i vissa lägen letade och förstärkte faktorer och beteenden som är betydelsefulla för att hålla mun och tänder friska: friska och rena tandytor, goda munhygienvanor, vatten som törstsläckare etc. I det holistiska begreppet ligger att vi ser att tanden sitter i en mun som sitter i en individ som är del i en familj som är en del i ett samhälle – vi ser helheten och handlar och omhändertar utifrån det perspektivet. I detta sammanhang kan också poängteras vikten av – i ett hälsoperspektiv och det gäller också för munhälsa – att uppleva och ha en känsla av sammanhang [34].

Känsla av sammanhang

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

- Begriplighet
- Hanterbarhet
- Meningsfullhet

Västra Götalandsregionens och Folktandvården Västra Götalands visioner

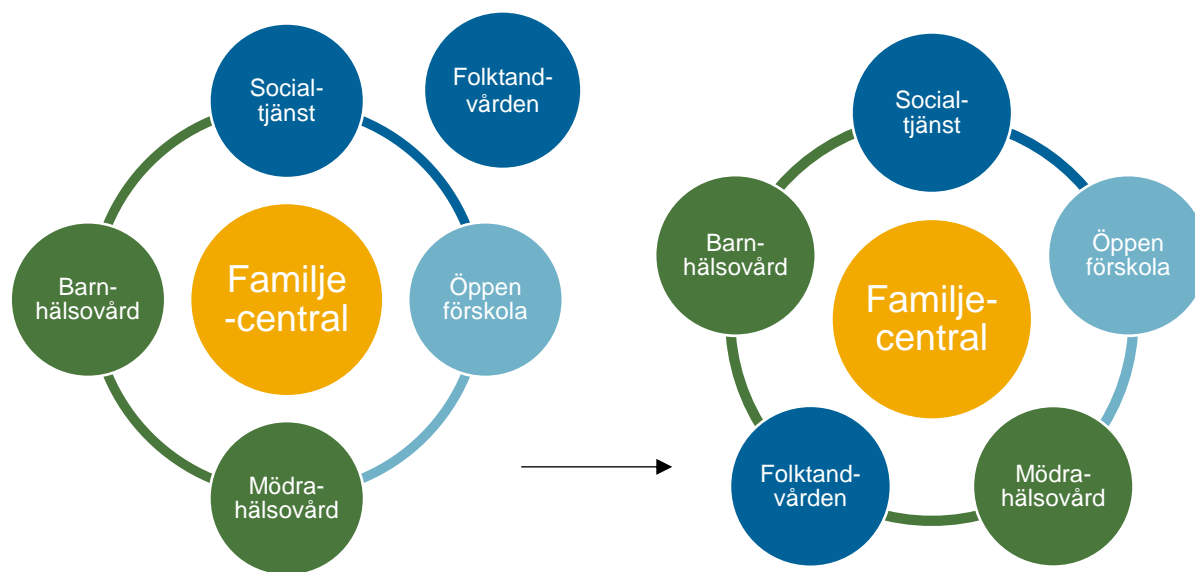
Dessa perspektiv - det salutogena och holistiska - återspeglas också tydligt i både Västra Götalandsregionens och Folktandvården Västra Götalands visioner. Utifrån dessa finns strategier för att uppnå visionen – Figur 6 - och det är naturligtvis viktigt att den verksamhetsutveckling som bedrivs ligger i linje och harmonierar med strategierna. Folktandvården Västra Götaland har också en grundläggande hälsofrämjande populationsinriktad strategi för barn- och ungdomstandvården – realiserad i FRAMM [35]- se Faktaruta. Till detta ska läggas de individanpassade insatserna, som idag kan erbjudas alla patienter. Genom beslutsstödet R2 [25] kan vi gruppera alla patienter och därmed fördela resurser och erbjuda vård på ett kvalitativt fördelaktigt sätt där fokus kan läggas på de som har störst behov och därmed kanske också är mest utsatta. Detta är ett tydligt exempel på hur principen proportionell universalism appliceras i verksamheten[4]. Idén om att involvera familjen och inspirera till byggandet av goda och hälsosamma levnadsvanor kompletterar FRAMM och strategin att nå grupper med extra behov av stöd. Genom att aktivt bjuda in familjer, som av olika skäl bedöms ha glädje, nytta och behov av att lyfta frågan om vad hälsosamma matvanor innebär och hur man kan utveckla dem, och sedan samtalar om detta i grupp utnyttjar vi ytterligare en arena och en metod.

Potential för teoribaserad samverkan med familjecentralen som naturlig arena

Vad gäller samverkanstanken finns den med i målen i affärsplanen för Folktandvården Västra Götaland 2016. Munhälsoarbete kan naturligtvis bedrivas på olika arenor och med olika samarbetspartners och det finns flera fördelar med att vidga perspektiv och söka nya vägar. Dels utnyttjas erfarenheter som vunnits inom andra områden, t ex inom hälso- och sjukvården och i BVC-verksamhet, dels kanske man genom att utnyttja nya arenor når andra grupper.

Familjecentralen som en naturlig arena

Projektet förlades till familjecentraler och det valet tror vi kan leda till ytterligare samverkan. En familjecentral definieras i Krav- och kvalitetsboken för VG primärvård [36] som en mötesplats för föräldrar och barn. På familjecentralen är basverksamheterna mödrahälsovård, barnhälsovård, socialtjänst och öppen förskola med flera aktörer samlokaliserade. På Familjecentralerna i Västra Götaland arbetar förutom de fyra hörnstenarnas konventionella personal - barnmorskor, pedagoger, socialsekreterare och sjuksköterskor även psykologer, dietister, bibliotekarier, hälsopedagoger och föräldrastödsutvecklare. Familjecentraler kan bidra till att minska skillnader i hälsa och genom samverkan utveckla nya former för att främja hälsa och förebygga att ojämlika skillnader utvecklas. Västra Götaland satsar sedan några år på att etablera fler familjecentraler [37] och i Göteborg satsas nu vidare på "En god start i livet", som drivs inom "Jämlikt Göteborg - hela staden socialt hållbar". Målet är bland annat att utveckla familjecentraler inom varje stadsdel. Utifrån ett munhälsoperspektiv vore det önskvärt att i framtiden undersöka förutsättningar för att Folk tandvården kommer att utgöra ett femte "ben" i basen för en familjecentral. I dagsläget pågår ett antal projekt och många Folk tandvårdskliniker har nära samarbete med familjecentraler i sina närområden. Poängen med att inkorporera Folk tandvården som en fullvärdig medlem i familjecentralen skulle vara att samverkan på lika villkor troligen skulle innebära fler interaktioner och möjligheter till att utveckla samarbeten som annars inte skulle ta form.



Figur 4. Två koncept för samverkan mellan Familjecentraler och Folk tandvården

En bas i en beteendeförändringsteori

Folkhälsoarbete bör vara evidensbaserat och använda sig av teorier för hälsofrämjande arbete. I detta projekt ville vi ge familjer förutsättningar att utveckla hälsosamma levnadsvanor och som grund för detta valdes då Social Cognitive Theory (SCT). SCT utgår från individen i hans sociala sammanhang. SCT beskriver hur förändring av levnadsvanor kan främjas genom systematisk påverkan på specifika bestämningsfaktorer, till exempel genom stärkande av tilltron till den egna förmågan [38].

Reflektioner kring konceptet och erfarenheter att dra nytta av inför framtiden

Ett koncept med ett antal byggstenar utvecklades efter hand som hälsosamtalen genomfördes: se sidan 16. Dessa byggstenar kan även lyftas ur konceptet och användas i andra sammanhang. Samarbetet med dietist tillförde ett antal viktiga aspekter: fler perspektiv, allmän hälsa och helhetssyn är några. Det faktum att familjerna under samtalets gång blev mer och mer öppna och positiva kan tolkas som att det är framgångsrikt att fokusera på det friska och på goda vanor. Pekpinnar och skuldbeläggande undveks i största möjliga utsträckning och det var troligen befriande för dessa familjer, som ofta hade fått höra att de gör en massa fel och att de borde ändra på än det ena än det andra. Både familjen med dess olika individer och de medverkande vårdgivarna torde kunna vinna på att fortsätta utveckla samverkan. Utifrån de erfarenheter vi fått i detta projekt har en plan för implementering och utvärdering tagits fram. Vi utgår i denna från de positiva fynden; utfallet av de samtal som faktiskt kom till stånd. En annan viktig del av planen är att, utifrån våra och andras erfarenheter, formulera och undersöka metoder för att nå så många familjer som möjligt. Föräldrar i allmänhet, och kanske föräldrar med barn som har karies i synnerhet, kanske inte prioriterar hälsosamtal. I ett uppföljande projekt - ”Hälsosamtal med familjer över dukat bord” - sker inbjudan på bred front via anslag på folktandvårdskliniker och familjecentraler, samt mer riktat till familjer, som personalen i dessa verksamheter bedömer skulle ha behov, glädje och nytta av hälsosamtal. Ett antal team: en tandhygienist/-sköterska och en dietist har utbildats för att genomföra hälsosamtalen på ett antal familjecentraler i socioekonomiskt utsatta områden i Västra Götalandsregionen. Ett ömsesidigt utvecklingsarbete kring rapporternas utformning har också ägt rum och den processen fortsätter in i detta nya arbete. Projektet är igång och första omgången ”Hälsosamtal med familjer över dukat bord” genomförs under hösten 2016.

”The common risk factor approach” har belysts av Sheiham och Watt [18]. Orsakerna bakom levnadsförhållandenas och levnadsvanornas påverkan på hälsan är komplex och har att göra med både de materiella - som ekonomiska möjligheter - och de icke-materiella - som kulturella och etniska förutsättningar - som råder i den miljö man lever i [39]. Även om karies och övervikt/fetma inte har ett tydligt prevalenssamband är orsaksfaktorer gemensamma och levnadsvanor centrala för både karies och övervikt/fetma. Framför allt matvanor har betydelse, men även andra levnadsvanor, som fysisk aktivitet, kan påverka både vikt och kariesrisk. Både karies och övervikt/fetma kan utvecklas tidigt i livet och kan ses som markörer för att familjen, som dessa barn växer upp i, kan behöva stöd att förändra sina levnadsvanor. Levnadsvanor som annars, i ett längre perspektiv, skulle kunna ge upphov till fler sjukdomar och tillstånd, till exempel diabetes och hjärt-kärlsjukdom. Genom ansatsen att arbeta tillsammans med hela familjen finns också goda förutsättningar att hälsosamma levnadsvanor och därmed god hälsa också utvecklas för alla individer i familjen – ja till och med tredje generation kan få glädje av ansatsen, men det är slutsatser som är svåra att visa och inte kan dras i denna rapport.

Slutsats

Projektets syfte var att ta fram en modell för att stödja familjer att bibehålla och utveckla hälsosamma levnadsvanor, speciellt matvanor, i samverkan mellan tandvårdspersonal och dietister. Modellen skulle ha förutsättningar att nå fram till grupper och individer med socioekonomisk låg status. Vi tror att vi har lyckats utveckla en sådan modell, då ”Hälsosamtal över dukat bord” bygger på principer för hälsofrämjande arbete som har visat sig kunna bidra till att minska socioekonomiskt betingade skillnader i hälsa. Till exempel har inbjudan riktats till särskilda grupper, budskap och innehåll har anpassats efter deltagarnas behov och förhållningssättet har medvetet haft ett salutogent och holistiskt perspektiv. Samverkan mellan i detta fall tandvårdspersonal och dietist har fungerat och förstärkt budskapet. Fokus i nästa steg är att utveckla arbetssätt för att nå fler av dem som är svårast att nå. En fortsatt samverkan med Jämvikt kring systematisk dokumentation och löpande utvärdering är också högt prioriterad för att kunna visa, analysera och sprida resultat.

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. Elsa Henriksson, som var den som tog hand om barnen efter måltiden, är beundransvärd för sin lyhördhet och alltid goda humör och värd sin vikt i guld.

Vi tackar också alla våra ”hälsosamtalspersoner” som finns ute på de folktandvårdskliniker som deltog. Tack även till all personal på de sex öppna förskolorna, som löste praktiska problem med nycklar, larm och tallrikar, och som så intresserat hjälpte oss.

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

Referenser

1. Dahlgren G, Whitehead M: Policies and strategies to promote social equity in health. Originally published 1991. In: Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Hämtad 20160902: <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
2. WHO: 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. 2008. Geneva, World Health Organization. Hämtad 20160307: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf
3. Malmös väg mot en hållbar framtid. Hälsa, välfärd och rättvisa. Kommission för ett socialt hållbart Malmö. Hämtad 20160614: http://malmo.se/download/18.3108a6ec1445513e589b92/1393252195410/malmo%CC%88kommissionen_slutrapport_2014.pdf
4. Östgotakommissionen för hälsa - slutrapport 2014: Hämtad 20160614: <http://vardgivarwebb.regionostergotland.se/pages/266425/Folkhalsorapport.pdf>
5. Samling för social hållbarhet. Åtgärder för jämlik hälsa i Västra Götaland. 2013.
6. Cariogram. Hämtad 20160902: <https://www.mah.se/fakulteter-och-omraden/Odontologiska-fakulteten/Avdelning-och-kansli/Cariologi/Cariogram/>
7. WHO: WHO definition of health. 1948. Hämtad 20160902: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.
8. Statens Offentliga Utredningar: 2016:55. Det handlar om jämlik hälsa. Delbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa. Stockholm 2016. ISBN 978-91-38-24484-5. ISSN 0375-250X.
9. Skolbarnens hälsa i Malmö. Ett diskussionsunderlag framtaget för Kommission för ett socialt hållbart Malmö. Hämtad 20160614: http://malmo.se/download/18.3744cbfb13a77097d8789d9/Barns+h%C3%A4lsa+i+Malm%C3%B6_Marie+K%C3%B6hler.pdf
10. Köhler L, Henriksson G: Barnhälsoindex för Västra Götalandsregionen. Ett system för att följa barns hälsa i Västra Götalandsregionen och dess kommuner. NHV-rapport 2013:5 R
11. Socialstyrelsen: Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Artikelnummer: 2013-5-34.
12. Socialstyrelsen: Nationell utvärdering 2013 - Tandvård - rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Artikelnummer: 2013-5-34.
13. Hayden C, Bowler JO, Chambers S, Freeman R, Humphris G, Richards D, Cecil JE: Obesity and dental caries in children: a systematic review and meta analysis. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2013, 41(4):289-308.

14. Shrewsbury V, Wardle J: Socioeconomic status and adiposity in childhood: a systematic review of cross-sectional studies 1990-2005. *Obesity (Silver Spring, Md)* 2008, 16(2):275-284.
15. Magnusson M, Sorensen TI, Olafsdottir S, Lehtinen-Jacks S, Holmen TL, Heitmann BL, Lissner L: Social inequalities in obesity persist in the Nordic region despite its relative affluence and equity. *Current Obesity Reports* 2014, 3:1-15.
16. Guo SS, Wu W, Chumlea WC, Roche AF: Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence. *Am J Clin Nutr* 2002, 76(3):653-658.
17. Moraes L, Lissner L, Sjoberg A: Stable prevalence of obesity in Swedish schoolchildren from 2008 to 2013 but widening socio-economic gap in girls. *Acta Paediatr* 2014, 103(12):1277-1284.
18. Sheiham A, Watt RG: The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2000, 28(6):399-406.
19. Hooley M, Skouteris H, Boganin C, Satur J, Kilpatrick N: Parental influence and the development of dental caries in children aged 0–6 years: A systematic review of the literature. *Journal of Dentistry* 2012, 40(11):873-885.
20. Ekbäck G, Persson C, Linden-Boström M: What factors can be protective for both self-rated oral health and general health? *Swedish Dental Journal* 2015, 39(2):99-107.
21. White M, Adams J, Heywood P: 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; 2009.
22. Socialstyrelsen: Nationella riktlinjer – Utvärdering 2014. Sjukdomsförebyggande metoder. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Artikelnummer: 2015-1-1. ISBN: 978-91-7555-255-2
23. Weinehall L, Hellsten G, Boman K, Hallmans G: Prevention of cardiovascular disease in Sweden: The Norsjö community intervention programme - Motives, methods and intervention components. *Scandinavian Journal of Public Health* 2001, 29 (suppl 26):13-20.
24. Hatt G, Hammelin V, Forsberg B, Bastholm-Rahmner P: Hälsoundersökningar/hälsosamtal. En kartläggning av svenska och internationella erfarenheter 2014. 2015. Hämtad 20160307: http://www.lg.se/globalassets/jobba_med_oss/vardgivarportalen/halsoframjande/rapport_halsundersokningar-halsosamtal.pdf.
25. Andrén-Andås C: A New Payment Model in Swedish Dental Care. Thesis. Göteborgs universitet; 2015. Hämtad 20161012: <http://hdl.handle.net/2077/39557>.

26. Hitta ditt sätt att äta grönare, lagom mycket och att röra på dig. Livsmedelsverket. Hämtad 20160419: http://www.livsmedelsverket.se/globalassets/matvanor-halsamiljo/kostrad-matvanor/vuxna/kostraed_webb.pdf.
27. Borg E: Mindful eating. Stockholm: Pocketförlaget; 2014.
28. Sepp H: Måltidspedagogik - mat och måltidskunskap i förskolan. Lund: Studentlitteratur; 2013.
29. Mårtensson L, Hensing G: Förmågan att förvärva, förstå och använda information om hälsa. En introduktion till begreppet hälsolitteracitet. Göteborgs Universitet; 2009.
30. Adams J, Mytton O, White M, Monsivais P: Why are some population interventions for diet and obesity more equitable and effective than others? The role of individual agency. Hämtad 20161017: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001990>
31. SOU: Från dubbla spår till Elevhälsa - i en skola som främjar lust att lära, hälsa och utveckling. Slutbetänkande av Elevvårdsutredningen. Stockholm 2000. 2000:19.
32. Bambra CL, Hillier FC, Cairns JM, Kasim A, Moore HJ, Summerbell CD: How effective are interventions at reducing socioeconomic inequalities in obesity among children and adults? Two systematic reviews. *Public Health Research* 2015, 3(1); DOI: 10.3310/phr03010
33. Leung MW, Yen IH, Minkler M: Community based participatory research: a promising approach for increasing epidemiology's relevance in the 21st century. *Int J Epidemiol* 2004, 33(3):499-506.
34. Antonovsky A: Unravelling the mystery of health. San Fransisco: Joeey-Bass; 1987.
35. Bergström E-K: Fluoride varnish programmes for adolescents at school – caries, conceptions and costs. Thesis. Göteborgs universitet; 2016. Hämtad 20160512: <http://hdl.handle.net/2077/41245>.

36. **Krav- och kvalitetsbok. Förfrågningsunderlag med förutsättningar för att bedriva vårdverksamhet inom VG Primärvård, gällande from 1 januari 2013**
<http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/VG%20Prim%c3%a4rv%c3%a5rd/okbok%202011%20slutversion.pdf>
37. **Kartläggning av familjecentraler i Västra Götalandsregionen 2013. (2014)**
Hämtad 20160307
http://www.vgregion.se/upload/Folkh%c3%a4lsa/rapporter/Kartl%c3%a4ggning_Familjecentraler_sidvis.pdf
38. McAlister AL, Perry CL, Parcel GS: **How individuals, environments and health behaviors interact. Social Cognitive Theory.** In: *Health behavior and health education: theory, research, and practice* edn. Edited by Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. John Wiley & Sons, Inc.; 2008.

Hälsosamtal med familjer – speciellt med fokus på hälsosamma matvanor

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 ”frisk”-faktorer. 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. Familjer med tre-åringar, som identifierats ha karies eller risk för karies, bjöds in att antingen äta kvällsmat i grupp och prata hälsosamma matvanor eller att delta i ett enskilt samtal om hälsosamma matvanor. Livsmedelsverkets kostråd låg till grund för båda varianterna av samtal, och de fördes utifrån ett salutogent och holistiskt perspektiv.

Vi som tagit fram rapporten är:

Katharina Wretlind, övertandläkare och docent i cariologi vid Hälsoodontologiska enheten, Folktandvården Västra Götaland. Jag har alltid varit intresserad av hur man kan nå fram med ett hälsobudskap. Här har vi försökt att utifrån familjers perspektiv – och utifrån vad man idag vet om beteendeförändring – ta fram en form av hälsosamtal som kan bidra till att utveckla hälsosamma levnadsvanor.

Ulrika Åhs Jonsson, dietist och verksam i Folkhälsogrupp Jämvikt, Närhälsan och Folktandvården Västra Götaland. Jag har erfarenheter från både vuxen- och barnnutrition och brinner för att hitta det positiva hälsobeteendet hos varje individ och fokusera och stärka det än mer.

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 socioekonomiskt betingade skillnader i hälsa - ett arbete som resulterat i Jämvikts-modellen.

Rapporten finns att ladda ner från vgregion.se/folktandvarden

ISBN: 978-91-982768-2-4