



Insatser för att minska skillnader i hälsa:

Tandhygienist på Boda familjecentral

Vad?

Beskrivning av hur en tandhygienist arbetat och utvecklat samverkan med en familjecentral i ett socioekonomiskt utsatt område i Borås.

Varför?

För att ge service och stöd till familjer utifrån ett mer holistiskt perspektiv och därigenom öka förutsättningar för en mer jämlik munhälsa och hälsa i allmänhet hos den lokala befolkningen.

Hur?

En tandhygienist har under perioden 2014-2017 arbetat halvtid på familjecentralen Boda i Borås. Ett antal olika aktiviteter har i samverkan med familjecentralens övriga verksamheter provats och utvärderats. För att nå fler familjer har man också sökt och besökt nya externa arenor, som olika mötesplatser och förskolor inom området.

Resultat

Folktandvården är en naturlig och värdefull part i familjecentralers arbete. Personalen har utvecklat ett mer holistiskt perspektiv och familjerna uppskattar att man lätt kan ställa frågor om tänder och munhälsa.

Bifynd

Det var givande att söka upp nya arenor för det gav möjligheter att skapa fler kontakter och mötena skedde på invånarnas villkor.

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: 978-91-982768-5-5

Omslagsfoto: Tandhygienisten i projektet: Ann-Christin Månsson

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 en samverkansform mellan familjecentraler och folktandvården, som har förutsättningar att bidra till minskade skillnader i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper i befolkningen.

Rapporten är inte 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 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
e-post: katharina.wretlind@vgregion.se

Innehåll

FÖRORD	3
INNEHÅLL	4
ORDLISTA OCH BEGREPP	5
SAMMANFATTNING	7
ABSTRACT	8
BAKGRUND	9
HÄLSA – OCH MUNHÄLSA – ÄR OJÄMNT FÖRDELADE I BEFOLKNINGEN	9
FAMILJECENTRALER	10
FOLKTANDVÅRDENS VISION	11
SYFTE	12
BESKRIVNING AV OMRÅDET OCH DESS VERKSAMHETER	12
FINANSIERING	12
FAMILJECENTRALEN BODA	12
MUNHÄLSAN I OMRÅDET HÄSLEHOLMEN	13
PLAN	15
GENOMFÖRANDE	16
FOLKTANDVÅRDENS VERKSAMHET PÅ FAMILJECENTRALEN	16
SAMVERKAN MED FAMILJECENTRALERNAS VERKSAMHETER	16
UPPSÖKANDE VERKSAMHET PÅ NÄRLIGGANDE EXTERNA ARENOR	18
KVALITATIV UTVÄRDERING: SEMISTRUKTURERADE INTERVJUER	18
RESULTAT OCH UTVÄRDERING	19
PROCESSMÅL	19
EFFEKT MÅL	20
ÅRSJUL	21
KVALITATIV UTVÄRDERING: SEMISTRUKTURERADE INTERVJUER	21
REFLEKTIONER	26
EN TRÖG START	26
FAKTORE R SOM PÅVERKAT NEGATIVT	26
MEDIA HAR UPPMÄRKSAMMAT PROJEKTET	27
FÖRBÄTTRAD RISKPROFIL HOS TRE-ÅRINGAR I BODA – BEROR DET PÅ PROJEKTET?	27
VAD FUNGERAR IDAG – OCH VIKTIGA PUSSELBITAR INFÖR FRAMTIDEN?	29
KONCEPT FÖR FOLKTANDVÅRDEN PÅ FAMILJECENTRAL	30
KONCEPTET ”FTV I SAMVERKAN MED FAMILJECENTRAL” MED SALUTOGENT PERSPEKTIV	30
KONCEPTET ÄR UPPDELAT I FYRA DELAR:	30
FINANSIERING, AVTAL OCH STYRNING	31
SLUTSATS	32
TACK!	32
REFERENSER	33

Ordlista och begrepp

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.”

Läs mer i Rikshandboken Barnhälsovård: Rikshandboken Barnhälsovård.

<http://www.rikshandboken-bhv.se/>

BVC = Barnavårdscentral - mottagning inom Barnhälsovården

CBPR = 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 ”self-efficacy” och ”empowerment” - ungefär självkänsla/tilltro till egen förmåga och 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.

Läs mer i Rikshandboken Barnhälsovård: <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/BHV-team/Vad-ar-en-familjecentral/>

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:

”Ojämlighet 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 ”Sense 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.

Proportionell universalism = avsikten är att uppnå mer jämlika villkor och möjligheter genom att ge olika typer av insatser utifrån olika behov, där de som har störst behov ska tilldelas mest resurser (Marmot, 2010).

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) mellanmänniska 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 = 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

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 till exempel diabetes, övervikt/fetma och karies och det finns också gemensamma friskfaktorer. Således kan man vinna mycket på att samverka kring insatser riktade från olika håll – till exempel mellan tandvård, barn- och mödrahälsovård, öppen förskola och socialtjänst. En viktig målgrupp i denna tanke är familjerna med små barn. Levnadsvanor grundläggs tidigt och i barnfamiljer finns dynamik och ambitioner som ger förutsättningar till holistiska perspektiv.

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. Detta understryker betydelsen av att välja metoder för vårdssamverkan för att nå också dem med sämst hälsa för att inte riskera att ytterligare öka skillnaderna.

Detta gör familjecentralen i ett socioekonomiskt utsatt område till en naturlig arena där olika professioner tillsammans kan förmedla insatser och resurser. Projektet ”Tandhygienist på Boda familjecentral” har undersökt möjligheter för tandvården att medverka som en part i ett utsatt område i Borås stad. En tandhygienist har under drygt tre år arbetat halvtid på familjecentralen.

Slutsatsen är att Folktandvården är en värdefull partner i familjecentralers arbete, speciellt i ett socioekonomiskt utsatt område. Personalen på familjecentralens olika verksamheter berättar att de delar erfarenheter och kunskap om varandras områden och att betydelsen av munhälsan har blivit tydligare. Tandhygienisten uttrycker att hon har utvecklat ett mer holistiskt perspektiv på familjerna. Personalen på familjecentralen har också under projektets gång utvecklat former för samverkan, till exempel temaveckor om munhälsa på öppna förskolan. Föräldrar har också uttryckt att det till exempel är positivt att möta personal från tandvården på öppna förskolan. I möten med familjer på arenor utanför familjecentralen har tandhygienisten i projektet också upplevt att de – mötena - sker på mer lika villkor och att denna förskjutning av maktbalans öppnar för mer delaktighet. Det har också blivit tydligt att nya samverkansformer tar tid att utveckla och att det är viktigt för medarbetarna att ha stöd av en samordnare och en styrgrupp.

Abstract

Health and living habits are intimately associated. Our living habits affect a number of diseases of which diabetes, obesity, cardiovascular disease, some forms of cancer and dental caries are some. They cause reduced quality of life and cost a lot of individuals and society. In addition, some risk factors are common to diabetes, obesity and dental caries, and there are also common health factors. Thus, much effort can be made to collaborate on efforts from different sources - for example between dental care, child and maternity care, open preschool and social services. An important target group in this thought is the families with young children. Living habits are founded early and in families with children, there are dynamics and ambitions that provide conditions for holistic perspectives.

Health in general and also oral health are unevenly distributed among the population. For example, individuals in low-education groups, with low incomes and recently immigrants run higher risk of developing both caries and obesity than individuals in groups with high socioeconomic status. These differences also tend to increase. This underlines the importance of choosing healthcare methods to reach those with the worst health in order not to risk further increasing the differences.

This makes the family center in a socioeconomically exposed area a natural arena where different professions can jointly deliver efforts and resources. The "Dental hygienist at Boda family center" project has investigated opportunities for dental care to participate as a party in a vulnerable area in Borås municipality. A dental hygienist has worked half-time at the family center for almost four years.

The conclusion is that Folktandvården is a valuable partner in the work of family centers, especially in a socio-economically disadvantaged area. The staff at the various centers of the family center tell us that they share experiences and knowledge of each other's areas and that the importance of oral health has become clearer. The dental hygienist says she has developed a more holistic perspective on the families. The staff at the family center have also developed forms of collaboration during the project, for example, weeks with oral health as a theme at open preschool. Parents have also expressed that, for example, it is positive to meet dental staff at open preschool. In meetings with families in arenas outside the family center, the dental hygienist in the project has also experienced that the meetings are happening on a more equal footing and that this shift of balance of power opens for more involvement. It has also become clear that new forms of cooperation take time to develop and that it is important for employees to have the support of a coordinator and a steering group.

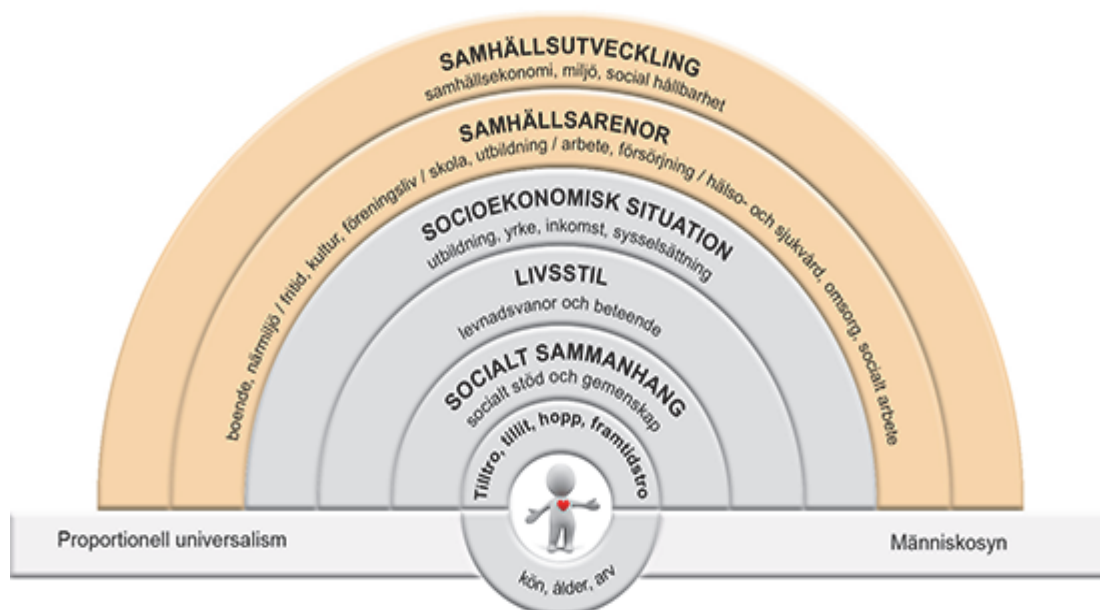
Bakgrund

Hur vi mår är avhängigt hur det ser ut runt omkring oss. Faktorer som påverkar miljöerna som vi föds, växer upp, utbildar oss och arbetar, och så småningom åldras i är avgörande för hur länge vi lever och hur vi mår när vi lever (WHO, 2008) I Figur 1 beskrivs samspelet mellan individ, miljö och samhälle utifrån ett hälsoperspektiv.

Hälsa – och munhälsa - är ojämnt fördelade i befolkningen

Idag är det väl dokumenterat att det finns stora skillnader i hälsa mellan olika grupper. Flera av dessa skillnader kan betraktas som ojämlika utifrån att de uppstår utifrån socioekonomiskt status (Kjellsson et al., 2016).

Skillnaderna är dessutom systematiska och följer en gradient, det vill säga ju lägre status desto sämre hälsa och vice versa. Detta gäller oavsett om man relaterar hälsan till utbildningslängd, inkomststorlek eller yrkesstatus. Skillnader gäller för nästan alla våra stora folksjukdomar sjukdomar och hälsoproblem; från insjuknande och död, men även för hur vi själva skattar vår hälsa (Folkhälsomyndigheten, 2016). ’



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) bestämningsfaktorerna för hälsa. Framtagen av Jolanda van Vliet och Margareta Kristenson, 2014, baserad på hälsans bestämningsfaktorer av Dahlgren och Whitehead, 1991. Från Östgotakommissionens slutrapport. (Östgotakommissionen för Jämlik hälsa, 2014).

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 (Kassebaum et al., 2015). Hos barn är det den 10:e vanligaste åkomman och man räknar med att 621 miljoner barn har hål i sina mjölkttänder.

I Sverige, som traditionellt har legat bra till vad gäller tandhälsa hos barn, ökar nu kariesförekomsten i mjölkttandsbettet (SkaPa, 2016). Till det kommer att kariessjukdomen också är ojämnt fördelad. Den har, som liksom många andra, högre prevalens i

socioekonomiskt svaga områden. De starkaste riskfaktorerna bland barn och unga för att få karies är att ha invandrade föräldrar från länder utanför Norden och Västeuropa, att familjen får ekonomiskt bistånd, att föräldrarna har högst grundskoleutbildning och/eller att föräldrarna är unga och själva har dålig tandhälsa. Karies är 1,5–2 gånger vanligare bland barn och unga till föräldrar som själva har dålig tandhälsa. Föräldrarnas sociala förhållanden har också betydelse 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 har större risk att inte få tillgång till tandvården. Barn och unga, som bor i områden där många har låg utbildning och låg inkomst samt där många har invandrat nyligen har större risk både för att utebli från tandvården och för att få sämre tandhälsa. (Socialstyrelsen, 2013., Kling, 2012., Köhler & Henriksson, 2013). Socialstyrelsen (2016) har kartlagt att det bland asylsökande och nyanlända är vanligt med karies, tandskador samt tandlossningssjukdomar.

Under senare år och nu senast under våren 2017 har svenska myndigheter lagt fram rapporter om hur ojämlika skillnader i hälsa kan utjämnas. Västra Götalands kommission ”Samling för social hållbarhet” kom 2013 (Samling för social hållbarhet, 2013) och 2017 kom den nationella kommissionen för jämlik hälsa med sitt slutbetänkande (SOU 2017:47).

Folkhälsomyndigheten och Livsmedelsverket slår fast att ohälsosamma matvanor och fysisk inaktivitet är två av de största riskfaktorerna för att människor i Sverige ska bli sjuka och dö i förtid, samt att det är grupper av människor med låg utbildning och inkomst som i högre utsträckning drabbas (Folkhälsomyndigheten & Livsmedelsverket, 2017). Lösningen är tidiga insatser i samverkan mellan olika aktörer och som kombinerar flera olika typer av åtgärder – till exempel både information och strukturella insatser i miljön. Kristenson (2017) har i en underlagsrapport för Kommission för Jämlik Hälsa, beskrivit psykosociala faktors betydelse för hälsa. I den lista på åtgärdsförslag som presenteras återfinns följande:

”Utveckla familjecentralernas verksamhet och använd stimulansmedel för att utvärdera deras förmåga till samverkan för att främja jämlik hälsa genom att nå utsatta grupper.”

Samtidigt är det viktigt att vara uppmärksam på att hälsofrämjande information och råd tenderar att öka skillnader i det att de ofta och i större utsträckning vänder sig till och påverkar de som redan har bäst förutsättningar (Lorenc et al., 2013; White et al., 2009). Ojämlikhet i hälsa är dessutom dyrt för såväl individerna som för samhället (Calidoni et al., 2011).

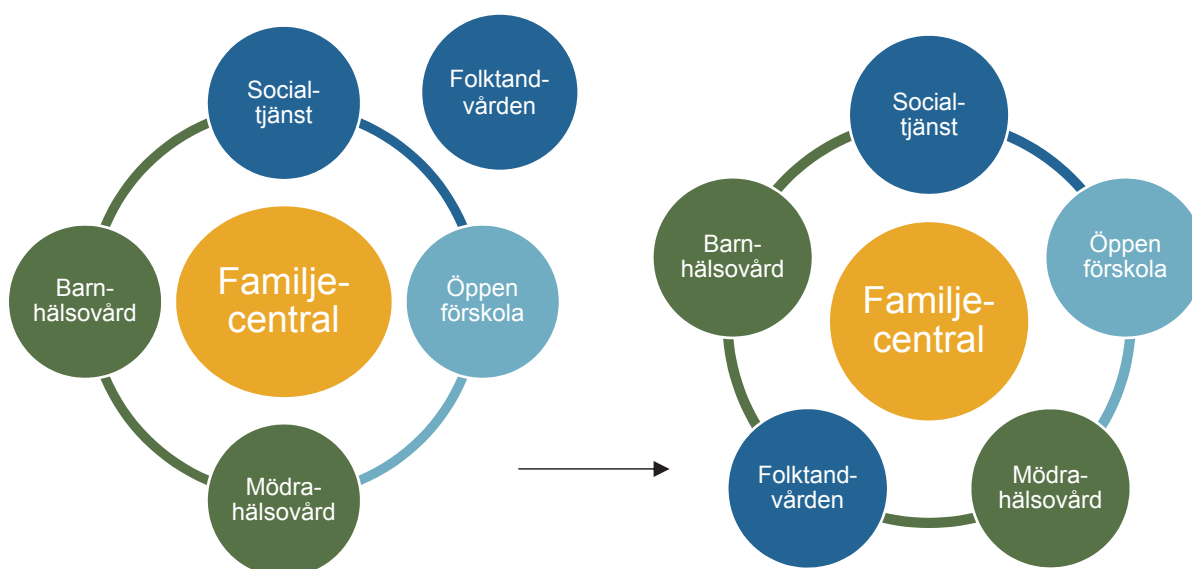
Familjecentraler

Familjecentraler beskrivs ofta som en arena där framgångsrik samverkan kan bedrivas. En familjecentral definieras i Krav- och kvalitetsboken för Västra Götalands primärvård som en mötesplats för föräldrar och barn (Krav och kvalitetsbok, 2013). På familjecentralen är basverksamheterna mödrahälsovård, barnhälsovård, socialtjänst och öppen förskola samlokaliserade. Förutom de fyra hörnstenarnas konventionella personal, som barnmorskor, pedagoger, socionomer och sjuksköterskor, arbetar även psykologer, dietister, bibliotekarier, hälsopedagoger och föräldrastödsutvecklare på familjecentralerna. Samverkan med Svenska kyrkan förekommer också. Västra Götalandsregionen satsar aktivt på att etablera fler familjecentraler och i Borås finns för närvarande tre familjecentraler i Borås, en på Boda, en på Norrby och en på Sjöbo. I Göteborgsområdet är satsningen på det familjecentraliserade arbetssättet inom ramen för Jämlikt Göteborg ytterligare ett exempel där familjecentralerna spelar en viktig roll (Samverkanstorget, 2017).

På familjecentralen kan de olika verksamheterna integrera både perspektiv och insatser och utifrån den lärandeprocess som ofta blir resultatet utforska både möjligheter och hinder. Borås stad beskriver syftet med familjecentralens verksamhet så här:

- Vara en mötesplats
- Stärka det sociala nätverket runt familjen
- Vara kunskaps- och informationscentrum
- Vara tillgänglig och ge stöd och god service (Borås Stad, 2016)

Utifrån ett munhälsoperspektiv vore det också intressant att undersöka förutsättningar för att Folk tandvården kan komma att utgöra ytterligare en part i basen för en familjecentral. Flera folktandvårdskliniker har samarbete med en familjecentral, men den bygger oftast på att folktandvården kommer ”på besök” (Fig 2). 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 2. Två koncept för samverkan mellan Familjecentraler och Folk tandvården

Folktandvårdens vision

Folktandvårdens vision ”Frisk i munnen hela livet” har ett tillägg i ambitionen: ” Vi bidrar till ökad allmän hälsa i Västra Götaland”. Folktandvården VG vill ha ett bredare och mer holistiskt synsätt: vi vill se hela individen, hela familjen, hela situationen och vi vill bidra till ökad allmän hälsa i samverkan med andra. Med denna mer holistiska approach följer också ett salutogent och mer hälsofrämjande förhållningssätt. Ett perspektiv, som tydligare fokuserar på styrkor och positiva hälsofaktorer, tar plats och ersätter till en del ett sjukdomsförebyggande perspektiv där fokus ofta ligger på att leta risker. Med denna ambition följer också incitament att förändra arbetssätt, söka nya arenor och utveckla samarbeten. Familjecentraler har identifierats som en arena med stor potential för ovan beskrivna ambition.

Folktandvårdens vision, ”Frisk i munnen hela livet”, tar sin utgångspunkt i det lilla barnet och tidiga insatser är grunden för visionen. Familjeperspektivet innefattar också alla åldrar och far

– och morföräldrar är ofta inkluderade i små barns vardag. Visionen ställer också krav på ett holistiskt och hälsofrämjande synsätt och samverkan med andra torde ge fler möjligheter att stödja utsatta grupper mot en bättre hälsa både vad gäller munhälsa och allmän hälsa.

Ett av Västra Götalandsregionens övergripande mål är att skillnader i livsvillkor och hälsa ska minska (Folktandvården Västra Götaland, 2017). Det kan bland annat uppnås genom att skapa förutsättningar för samverkan med avsikt att utveckla mer samstämmiga och gemensamma hälsobudskap utifrån ett familjeperspektiv.

Syfte

Syftet är att visa hur en tandhygienist kan både verka och samverka med övriga parter på en familjecentral i ett socioekonomiskt utsatt område och därigenom bidra till att minska ojämlika skillnader i hälsa. Syftet är också att göra personalen mer medveten om varandras respektive arbetsområden och att man genom samarbete kan få vinster i mötet med familjer.

Beskrivning av området och dess verksamheter

Finansiering

Projektet har finansierats av Södra Hälso- och sjukvårdsnämnden. Kostnaderna beräknades uppgå till 1 200 000 under de tre år (400 000/år), som projektet ursprungligen planerades löpa: 2014-2016. Kostnaderna innefattar lönekostnader för 1 tandhygienist på 50 %, driftskostnader (kurser, utbildning, resor, andra utgifter i samband med möten, kontorsmaterial etcetera) och kostnader för projektledning. På grund av diverse faktorer förlängdes projektet till att omfatta även 2017 – se mer under ”Reflektioner”.

Familjecentralen Boda

Familjecentralen i Boda drivs av Borås Stad och Närhälsan, Västra Götalandsregionen. Målgrupp är familjer med barn mellan 0-6 år. Verksamheten startades 2013 och består av ett antal olika delar:

- **Barnavårdscentral**
- **Barnmorskemottagning**
- **Socialrådgivning**
- **Öppen förskola**
- **Bibliotek**

Familjecentralen Boda ligger på Hässleholmen. Det är ett område beläget öster om stadskärnan i Borås. År 2016 bodde det 7 311 personer på Hässleholmen, varav nära 40 % var under 25 år (Demografen/SCB, 2016). På promenadavstånd finns flera vandringsleder och sjöar. Det flyttade 1 381 personer till Hässleholmen under 2016 och 1 221 personer flyttade därifrån under samma år (SCB, 2016b). Det stora flertalet lägenheter på Hässleholmen är trevåningshus byggda på 1960 och 70-talet (AB Bostäder, uå) och 75 % av beståndet var hyresrätter år 2016 (SCB, 2016d). Förvärvsaktiva i åldern 20-64 år på Hässleholmen var 53 % år 2015, av männen var 56 % förvärvsaktiva och av kvinnorna 50 % (SCB, 2014). Antal personer mellan 16-74 år som hade eftergymnasial utbildning och bodde på Hässleholmen var

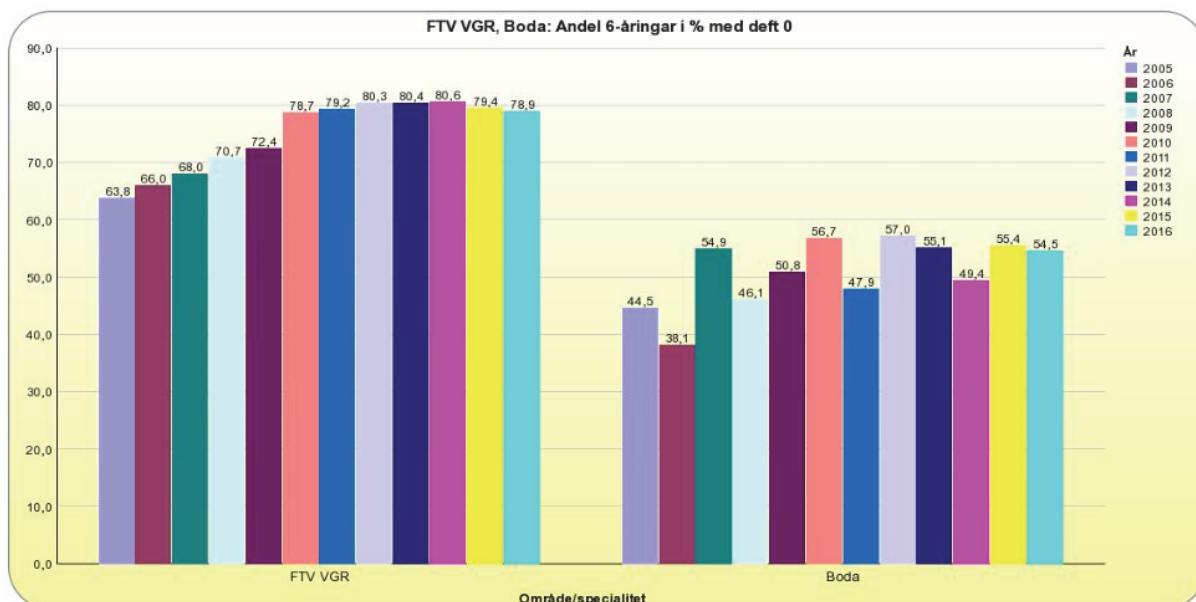
1 313 st år 2016, 3 296 st hade gymnasial eller för-gymnasial utbildning och 301 personer saknades det uppgifter på (SCB, 2016a). Inkomstnivån ligger långt under snittet i Borås med en medelinkomst på 178 100 kr/år för kvinnor och 220 200 kr/år för män år 2015, samma år var medelinkomsten generellt i Borås stad 252 700 kr/år för kvinnor och 323 300 kr/år för män (SCB, 2015).

Valdeltagandet var lägst i hela kommunen i valdistriktet Hässleholmen Alnen år 2014, där 50 % röstade i kommunalvalet och 56 % röstade i riksdagsvalet (Valmyndigheten, 2014). Antal utrikes födda som bodde på Hässleholmen var 55 % år 2016, vilket kan jämföras med kommunen Borås där andelen utrikes födda samma år var 21 % (SCB, 2016c). Det finns nio förskolor i området och två skolor. År 2016 gick 50 % av eleverna i årskurs 9 ut med godkända betyg i samtliga ämnen på Bodaskolan, vilket är lägst procent i hela kommunen (Skolverket, 2016). Ett flertal föreningar finns på Hässleholmen som till exempel driver barnverksamhet, hemspråksundervisning och erbjuder läxhjälp (Borås Stads idrotts- och fritidsportal, uå). Ett bibliotek, tre kyrkor, en moské (lokal), en fritidsgård, en mötesplats för äldre, en mötesplats för personer som är över 18 år samt en folkhögskola och två parker är exempel på utbud i området. Goda kommunikationer med buss finns till och från Hässleholmen.

Munhälsan i området Hässleholmen

På grund av det stora antalet barn med karies på Hässleholmen arbetar Folktandvården Boda sedan tidigare för att nå ut med munhälsoinformation på olika sätt. Det har skett och sker via daglig tandborstning i förskolor, lackning i skolor och föräldragrupper. Nu har det arbetet förstärkts genom samarbetet med familjecentralen. Samtidigt har också ytterligare en förstärkning av det förebyggande arbetet i Västra Götaland gjorts. Tidigare kallades alla barn till en munhälsobedömning vid ungefär ett års ålder. Från 2015 kallas de både som ett- och två-åringar. Cirka 85 % av barnen nås.

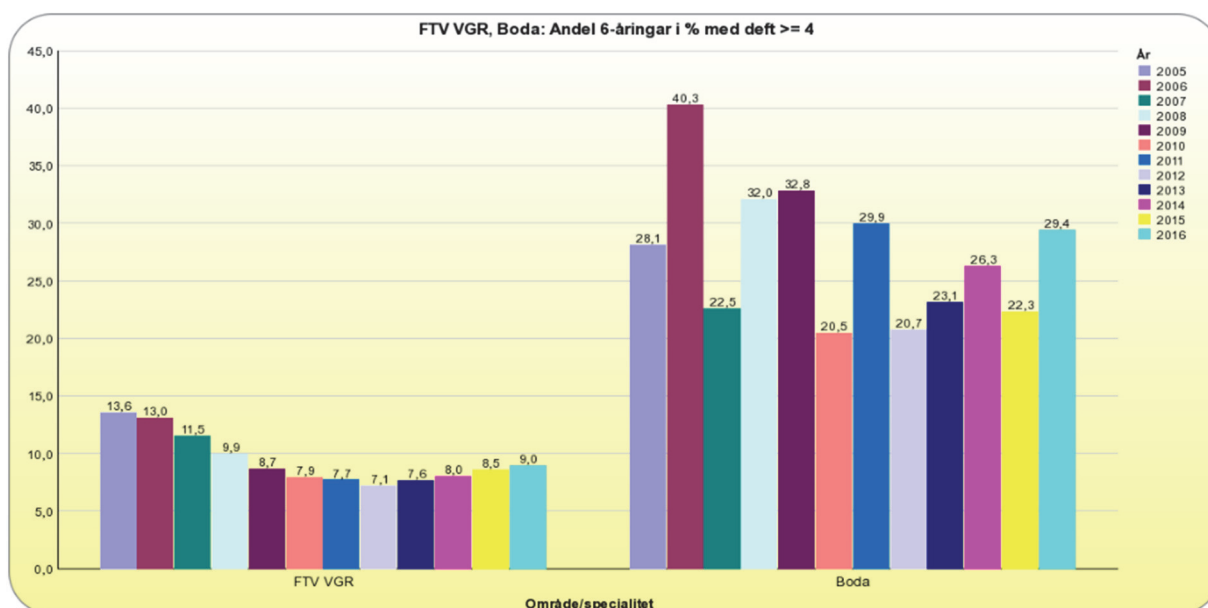
Västra Götaland följer sedan många år kariesutvecklingen genom statistik på 6- och 19-åringar. De fyra månaders barn som var med i familjecentralsprojektet från början har inte än hunnit bli 6 år, men kan indirekt ha fått del av projektet genom yngre syskon i familjen.



Figur 3. Andelen kariesfria 6-åringar i procent i hela Västra Götaland (Folktandvårdens listade barn) och bland Folktandvården Bodas undersökta 6-åringar åren 2005-2016.

Historiskt har kariesdata för 6-åringar i Västra Götaland stadigt förbättrats fram till 2014. Därefter har det skett en nedgång av antalet kariesfria och det är också i linje med nationella data som visar att karies i mjölktaandsbettet ökar (SkaPa, 2016). 2016 var 78 procent av 6-åringarna i Västra Götaland kariesfria. Endast 9 procent hade karies och/eller fyllningar i fyra tänder eller fler. Motsvarande värden för Folktandvården Boda var 55 respektive 29 procent (Fig 3 och 4).

Vad gäller tre-åringar förs statistik över vilken risk för karies barnet bedöms ha (Tabell 1). Kariesrisken bedöms som låg, mellan eller hög. De senaste årens värden visar stora variationer men eventuellt en viss förbättring de senaste åren. Se även ”Förbättrad riskprofil hos tre-åringar i Boda – beror det på projektet?” under ”Reflektion”.



Figur 4. Andelen 6-åringar i procent med fyra eller fler kariesskador i hela Västra Götaland (Folktandvårdens listade barn) och bland Folktandvården Bodas undersökta 6-åringar åren 2005-2016.

Vad gäller kariesskador är det om möjligt ännu svårare att få fram säkra värden för denna åldersgrupp. Fullständiga undersökningar i den åldern kan vara svåra att utföra och man tar inte röntgen.

Tabell 1. Andel tre-åringar i procent som bedömdes ha låg, mellan eller hög risk åren 2011-2017 (t o m juli) från Folktandvården Bodas riskbedömda tre-åringar.

År	Låg (%)	Mellan (%)	Hög (%)
2012	78	9	13
2013	80	6	14
2014	83	8	9
2015	73	6	21
2016	77	11	12
2017	83	5	12

Plan

Följande aktiviteter genomförs regelbundet:

1. Folktandvårdens ordinarie 1- och 2-års munhälsobedömningar förläggs till familjecentralen.
2. Tandhygienist deltar i familjecentralens husmöten.
3. Tandhygienist deltar i Öppna förskolans verksamhet genom:
 - a. Spontana samtal med de familjer som kommer till öppna förskolan
 - b. Tema-veckor – samtal med föräldrar utifrån strukturerade områden: måltidsvanor, munhygienvanor, gå-och-lägga sig-vanor etcetera.
4. Tandhygienist samverkar med BVC i 4-månaderskontroller:
 - a. via gruppssamtal med föräldrar
 - b. via enskilda samtal med föräldrar
- och har ett hälsosamtal med utgångspunkt i munhälsa: amning, tandframbrott, tandborstning etcetera.
5. Tandhygienist utvecklar extern verksamhet: till exempel genom möten med olika grupper på olika arenor.

Följande effektmål formulerades inför projektstarten:

1. Tandhygienisten genomför 80 % av alla 1-åringars munhälsobedömningar på familjecentralen.
2. Tandhygienisten deltar i 80 % av alla husmöten under perioden februari 2014-juni 2017.
3. Tandhygienisten deltar i 80 % av Öppna förskolans onsdagsverksamhet under perioden februari 2014-juni 2017. Minst två teman/termin genomförs 2014 - juni 2017.
4. 75 % av alla som kommer på 4-månaders besök under 2016, samt fram till och med juni 2017, träffar tandhygienisten i ett samtal om munhälsa.
5. Tandhygienisten deltar i extern verksamhet och träffar olika grupper minst två gånger per år och grupp under perioden april 2014 - juli 2017.

Genomförande

Under projekttiden 2014-2017 har ett flertal former för samverkan mellan tandvården och familjecentralens övriga verksamheter identifierats och testats och det har utifrån behov blivit lite avsteg från planeringen ovan.

Folktandvårdens verksamhet på familjecentralen

Munhälsobedömningar av 1-åringar har under hela perioden genomförts av tandhygienisten som medverkar i projektet. I början gjordes dessa i folktandvårdens lokaler, men efter hand har det skapats möjligheter att göra dem på familjecentralen. När de gjordes på folktandvården tog tandhygienisten med familjen in på familjecentralen för att kort presentera verksamhet och lokaler. Munhälsobedömningar av 2-åringar genomförs av annan personal på folktandvårdskliniken.

Samverkan med familjecentralernas verksamheter

Öppna förskolan

”På golvet-verksamheten”

Insatser på Öppna förskolan har bestått i att tandhygienisten deltagit i den pedagogiska verksamheten på ”golvet”. Hon har suttit ner och samtalat med de föräldrar som besöker Öppna Förskolan och öppnat upp för frågor. Hon har lyft munhälsofrågor och tagit upp lekar, sånger och pyssel som relaterat till munhälsa. Ett populärt inslag bland barnen, som också genererat många frågor, är att borsta tänderna på stora mjukisdraken Bertil. En liten broschyr med exempel på aktiviteter har också tagits fram: ”Prata tandvård och munhälsa med barn” och den finns att beställa via Folktandvården Västra Götalands webshop (Fig 5).



Figur 5. Broschyr framtagen för att prata, sjunga och pyssla om tandvård och munhälsa med barn.

Tema-veckor

Tandhygienisten har också utformat och deltagit i Tema-veckor. Det har inneburit att många aktiviteter under veckan fokuserar på munhälsa: samtalet runt fika-bordet styrs av ”prat-bubblor” med munhälsorelaterade påståenden. Dessa initierar frågor och kan också ge incitament för värderingsövningar se – Verktyslåda – (Fig 6). Verktyslådan är ett resultat av olika typer av samverkan med familjecentraler och med familjer i grupp. Tandhygienisten har gjort en ”sockerutställning” – ett skåp med olika produkter där mängden socker i produkten åskådliggörs med sockerbitar. Sockerutställningen skapar alltid diskussion om vad som är hälsosamt att äta och vad som är goda alternativ till produkter med mycket sockerinnehåll.

BVC - Barnhälsovården

Integrerade rutinbesök

Samarbetet med BVC har till största delen bestått i att tandhygienisten i samband med att ett barn besöker BVC på ett av rutinbesöken träffar familjen och pratar om munhygien och matvanor. Intentionen har varit att tandhygienisten ska kunna tala om hälsosamma matvanor utifrån ett allmänt perspektiv och inte bara utifrån tandhälsa. Hon tar också upp frågor om amning. Under första tiden var fokus på 8-månaders-besöket, men på grund av att det finns mer tidsutrymme har besöket vid 4 månader blivit regel. Familjen får också broschyrer om små barns tänder, ”När de första tänderna tittar fram” och ”Goda råd för små tänder”(Fig 7), samt tandborste och tandkräm. Broschyerna finns att beställa via Folktandvården Västra Götalands webshop.

Föräldragrupper

Tandhygienisten har också deltagit i föräldragrupper som anordnats i BVC:s regi. Möjligheten att hänvisa barn från BVC till tandvården via en speciellt för detta ändamål framtagen blankett har också utnyttjats, liksom spontana konsultationer utifrån att familjen har ett behov och tandhygienisten finns på plats för att svara på frågor, sätta upp tider för fördjupad undersökning och samtal eller för besök till tandläkare.

MVC - Mödrahälsovården

Tandhygienisten har inte samarbetat med Mödrahälsovården i någon nämnvärd utsträckning. Under i stort sett hela perioden har Mödrahälsovården haft begränsad verksamhet på Boda FC. Det har funnits planer på föräldragrupper men de har inte kunnat realiseras. Personalen på MVC delar ut en informationsbroschyr till blivande föräldrar om tänder och munhälsa: ”Med barn i magen” (Fig 7) och den finns att beställa via Folktandvården Västra Götalands webshop.



Figur 6. ”Verktyslåda” – dokument med olika typer av övningar och aktiviteter.



Figur 7. Broschyrer om små barns tänder och munhälsa.

Socialtjänstens förebyggande arbete

Tandhygienisten har deltagit i samtal och uppsökande verksamhet tillsammans med den förebyggande socionomen på familjecentralen.

Biblioteket

Tillsammans med bibliotekarien har tandhygienisten identifierat barnböcker etcetera om munhälsa.

Husmöten

Tandhygienisten har deltagit i de veckovisa husmötena för familjecentralens personal.

Uppsökande verksamhet på närliggande externa arenor

Tillsammans med folkhälsosamordnare har tandhygienisten identifierat möjliga arenor för att nå fler familjer.

Kvalitativ utvärdering: Semistrukturerade intervjuer

Semistrukturerade intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2014) genomfördes med åtta personer:

1. Klinikchefen på FolkTandvården Boda (54 min)
2. Tandhygienisten som varit verksam på familjecentralen (50 min)
3. Nuvarande bibliotekarien på familjecentralen (49 min)
4. En förälder som ofta besöker familjecentralen (27 min)
5. Nuvarande utvecklingsledaren i folkhälsa i Borås, och med ansvar för området Hässleholmen (50 min)
6. Den förebyggande socionomen på familjecentralen (40 min)
7. En av BVC-sköterskorna på Barnavårdscentralen (35 min)
8. En av pedagogerna på Öppna förskolan (46 min)

Varje intervju tog mellan 27 och 54 minuter – se siffra inom parentes i uppställningen ovan. Intervjuerna spelades in och har sedan lyssnats igenom igen i sin helhet och därefter sammanställts utifrån de olika fokusfrågorna. Intervjupersonerna hade innan intervjun fått information skriftligt om upplägget och frågorna (Fig 8). Intervjuerna genomfördes på familjecentralen i Boda med undantag av intervjuerna med folkhälsoutvecklaren och



Figur 8. Intervjuerna fokuserade på fem frågor med möjlighet att också samla synpunkter under rubriken "Övrigt"

folktandvårdens klinikchef, som ägde rum på Borås stads folkhälsoenhet respektive på folktandvårdskliniken i Boda.

Resultat och utvärdering

Processmål

1. Tandhygienisten har förlagt folktandvårdens 1-års munhälsobedömningar till familjecentralen. Dessa samtal förs med utgångspunkt i hälsosamma matvanor och munhygien.
2. Tandhygienist deltar i familjecentralens husmöten.
3. Tandhygienist deltar i Öppna förskolans verksamhet:
 - a. Spontana samtal med de familjer som kommer till öppna förskolan
 - b. Tema – samtal med föräldrar utifrån strukturerade områden: måltidsvanor, munhygienvanor, gå-och-lägga sig-vanor etcetera
4. Tandhygienist samverkar med BVC i 4-månaderskontroller:
 - a. via gruppsamtal med föräldrar
 - b. via enskilda samtal med föräldrar

- och har ett hälsosamtal med utgångspunkt i munhälsa: amning, tandframbrött, tandborstning etcetera
5. Extern uppsökande verksamhet: till exempel möten med olika grupper, tandborstning på Milstensgården (förskola) etcetera. Denna verksamhet har till en del skett tillsammans med folkhälsosamordnaren i området.

Effekt mål

1. Tandhygienisten genomför 80 % av alla 1-åringars munhälsobedömningar på familjecentralen.
- Detta mål har uppnåtts och tandhygienisten genomför idag alla 1-åringars munhälsobedömningar på familjecentralen.
2. Tandhygienisten deltar i 80 % av alla husmöten under perioden februari 2014-juni 2017.
- Detta mål har uppnåtts och tandhygienisten har under perioden sept 2015-juni 2017 deltagit i 84 procent av alla husmöten.
3. Tandhygienisten deltar i 80 % av Öppna förskolans onsdagsverksamhet under perioden februari 2014-juni 2017. Minst två teman/termin genomförs 2014 - juni 2017.
- Detta mål har till stor del uppnåtts. Tandhygienisten deltar varje vecka i Öppna förskolans verksamhet. Flera ”tema-veckor” har dock blivit längre och varat flera veckor- se Tabell 3.
4. 75 % av alla som kommer på 4-månaders besök under 2016, samt fram t o m juni 2017, träffar tandhygienisten i ett samtal om munhälsa.
- Detta mål har till viss del uppnåtts – det beror på vilken BVC-sköterska man utvärderar ifrån. För antal barn under tre tidsperioder se Tabell 2.
5. Tandhygienisten deltar i extern verksamhet och träffar olika grupper minst två gånger per år och grupp under perioden april 2014 t o m juni 2017.
- Detta mål har till viss del uppnåtts – det beror på vilken verksamhet och grupp.

Kommentar: Under senare del av projektet fungerar samtliga dessa verksamheter bättre och bättre.

Tabell 2 Antal barn som varit hos tandhygienisten i samband med 4 månaders besöket på BVC, antal barn som varit på munhälsobedömning vid 1- och/eller 2-års ålder .

	4 mån	1-2 år	TOTALT
2015 (4 mån)	10	73	83
2016 (12 mån)	33	222	255
2017 (6 mån)	39	156	195
TOTALT	82	451	533

I Tabell 3 visas antal externa kontakter, tillfällen på Öppna förskolan och temaveckor under tolv månader 2016 och sex månader 2017

Tabell 3. Antal externa kontakter, tillfällen på Öppna förskolans golv och temaveckor för 2016 och 2017. Siffrorna för 2016 och 2017 omfattar respektive 12 och 6 månader.			
	Externa kontakter	På golvet	Temaveckor
2016	26	23	4
2017	12	8	1 (månad)

Årshjul

Ett årshjul för återkommande verksamheter har tagits fram och integrerats i familjecentralens övriga verksamhet.

Kvalitativ utvärdering: Semistrukturerade intervjuer

Nedan följer en sammanställning av intervjuerna med de åtta personerna. Rubriker anger de olika områdena som frågorna ställdes kring.

Samverkan

Samtliga uttryckte att samverkan mellan familjecentralen och folktandvården var viktig och troligen tillförde kompetens till både familjer och professionella företrädare. Man pekar på att det är lättare att identifiera familjernas behov i ett vidare perspektiv: barnets utvecklingsfaser, det sociala skyddsnätet, hälsosamma levnadsvanor etcetera.

"... Har lärt mig om hur de (Öppna förskolan) tänker – i samspelet mellan barn och föräldrar. De har börjat se tänder, kost ..."

"... Jag är säker på att vi har mycket mer om tänderna bara för att vi har Anki...."

"... Vi fortbildar ju varandra – Jag har fått en förståelse för hur situationen (munhälsan) faktiskt ser ut och ... vad som skulle kunna hjälpa till i vårt område..."

Det framkom också att det fanns olika bilder av vad samverkansbegreppet står för. Någon uttrycker att det är det som uppkommer när verksamhet integreras, medan någon beskrev samverkan som väl fungerande arbete i parallella spår.

"Ser att vi samarbetar – vi är ett och finns samlade på ett ställe – tror att det är viktigt" Tillgängligheten tas upp utifrån flera aspekter, bl a genom att kunna hänvisa till de andra professionerna.

"...Faktiskt väldigt bra att vi kan säga "Vår tandhygienist säger..." "

"... Absolut inte för många – bara berikande med alla professioner runt oss...Vi (Öppna förskolan) är navet och vi slussar till olika professioner."

Husmöten

De flesta tar upp husmötena som en viktig arena för samverkan. De hålls två timmar varje måndag och har dels funktionen om att delge varandra gemensam information om vad som händer och dels en punkt som handlar om specifika familjer där insatser behöver diskuteras

och samordnas. BVC deltar bara i första delen – det finns inte resurser att delta i samtalen om specifika familjer.

Föräldragrupper

Föräldragrupper är något som alla, som intervjuats, skulle vilja ha mer av. Det största problemet är att få familjer att komma. Om det fanns ett underlag så finns det många idéer om hur man tillsammans skulle lägga upp strukturer för mer utvecklade gruppverksamheter. Både hembesök och att finnas på externa arenor – se nedan – skulle kunna vara till hjälp för att få fler familjer till föräldragrupper

”Rätt person”

Närvaron på externa arenor är troligen en viktig del i att göra familjecentralen känd och för att skapa förtroende och tillit till den verksamheten. Tandhygienisten beskriver:

”presenterar mig som en företrädare för familjecentralen”

På frågan om hon tror att familjecentralen syns i samhället?

”Ja det tror jag definitivt – tog lång tid innan folk kom (till familjecentralen), men tycker att det lossnat sen vi varit ute ... varje gång har jag delat ut broschyrer ... vi finns på familjecentralen”.

Folkhälsoutvecklaren påpekar att det mobila arbetet på externa arenor som hon (tandhygienisten) gör är viktigt. Många i befolkningen på Hässleholmen kommer från länder där man har en muntlig tradition i hur man får information. Genom att var ute i samhället blir hon (tandhygienisten) en känd person i området och skapar förtroende för sitt budskap genom att synas. Tandhygienisten har till exempel också varit på kvinnokaféet och där kommer man ihåg henne när frågan om vad som varit bäst under terminen ställs.

Personlig lämplighet är viktig. Alla är samstämmiga i att tandhygienisten som person varit viktig för projektet. På frågan om det ska vara en tandhygienist eller en tandsköterska finns flera svar utifrån olika aspekter. Att möta människor i spontana och ej så strukturerade sammanhang kräver erfarenhet och att man är trygg i sin roll.

”... Ser vinsten med högre utbildning – tänker också på att personlig lämplighet är väldigt viktig ... att man ser behovet och förstår vad man vill uppnå – och se det meningsfulla med att jobba på det här sättet. Om det beror på att hon är th eller att hon är Anki – vet jag inte ...”

”... tjuvlyssnat lite när hon tar emot 4 månaders-barnen. Hon kan verkligen lyfta fram den viktiga informationen utan att det blir... det är ett jättetrevligt besök”

Helhetsperspektiv på familjen

Tandhygienisten upplevde att hon fått en mycket klarare bild av vad de andra verksamheterna kan erbjuda familjerna. Hon beskriver att hon fått insikt i vad förebyggande socialt arbetet innebär.

BVC-sköterskan uttryckte att hon var väl medveten om att tandvård är viktigt och sa att hon:

”... känner sig nöjd med att tandhygienisten kommer och visar sina bilder och fördjupar föräldrarnas kunskaper om munvård mer än vad hon skulle kunna ...”

Folkhälsoutvecklaren understryker också att hon uppfattar att helhetsperspektivet på hälsa också blivit tydligare: samtal om munhälsa integreras i samtal om sömnrutiner och matvanor i allmänhet. Hon ger också exempel på att detta blev tydligt på samseminariet i S Ryd:

”... det är så tydligt (att ha tandvårdspersonal på en familjecentral) en folkhälsofråga och det ger ju ringar på vattnet och att integrera och ha samverkan ger mycket som har med hälsa att göra ... det känns som om vi kommit dit nu (i Boda)”

”... en sista sak bara ... vi har bakat in (tandvården) och fått helhetsperspektiv på hälsa”

En förälder berättar om betydelsen av tandhygienistens närvaro på golvet i Öppna förskolan. Hennes fem-åring har träffat henne där och fått borsta tänderna på Bertil Drake. Den upplevelsen var så positiv och färgar varje dags nattningsprocedur:

”... Vi slipper ju bråk – det är en explosiv man – vet att det inte varit så här enkelt och roligt om han inte fått en så positiv upplevelse. Jätteglad för att det blivit så positivt och enkelt”

Hen berättar också om att Öppna förskolans verksamhet runt fikabordet ger upphov till prat om mat även i familjen. Hon upplever det också mycket positivt att få möta så många flyktingar och nyanlända på Öppna förskolan:

”Jag är tacksam för att få vara med här – det är en mirakelverksamhet ... finns på facebook nu också ... jag träffar många nya människor. Pratar med de flesta – barnen leker – städar tillsammans – lärt känna några som jag hållit kontakt med”

På frågan om hon tycker att vi ska fortsätta ha tandhygienist på familjecentralen:

”Supersuperbra ... tillgängligheten ... draken ... tycker att det är fantastiskt”

På tal om att ha ett familjecentrerat arbetssätt så skapar Öppna förskolan möjligheter för det. Det kommer många nya familjer och miljön där inbjuder till att ställa informella frågor om allt möjligt - inte bara om barnen. Det ges exempel på att vuxna frågar och får hjälp med att sätta upp tider för undersökning hos tandvården.

”... väldigt ofta träffar jag nya familjer på ÖF – vi har många nyanlända och de söker sig hit...”

Tillgängligheten som skapas i drop in-verksamheten på Öppna förskolan bidrar också till ett mer holistiskt synsätt tillsammans med att flera olika professioner ofta finns med där.

Externa arenor

Tandhygienisten har haft flera typer av interaktioner och möten med olika aktörer i området: Borås folkhälsoskola, Vi-kontoret, moskén, språkcaféet, förskolor etcetera.

”...Jättebra att Anki är ute - När jag började på Öppna förskolan på Hässleholmen gick vi också ut till exempel på Torget – vi lockade folk till vår verksamhet. Om folk inte kommer måste man gå till folket. ... Vi gick till Netto och tog med oss familjer...”

Det framkom också tydligt att för att få kontinuitet framöver så behöver man skriftliga överenskommelser för att förhindra att man måste börja om så snart någon person lämnar eller får andra arbetsuppgifter.

”Borås folkhögskola har visat stort intresse – men nu känns som om allt tappats bort i omorganisationen och jag måste ta kontakt med alla igen”

”...vikten av att det fortsätter – stor bonus att ha den här möjligheten med Anki – handlar om att skapa relationer...”

Folkhälsoutvecklaren berättar också att man planerar för att utveckla mötesplatserna, till exempel Vi-kontoret¹, och att det återkommande ska finnas representanter från olika verksamheter - till exempel förskolan, men även andra myndigheter. Planen är att tandhygienisten i framtiden ska finnas på mötesplatsen någon gång i månaden och prata hälsa och munhälsa utifrån besökarnas behov och intresse.

En viktig faktor är också att skapa rutiner för att få kontinuitet i samverkan med de externa aktörerna. Enkla överenskommelser med till exempel VI-Hässleholmen och imamen om att tandvården kommer på ett besök exempelvis ”första fredagen varje kvartal” skulle säkra och underlätta detta. Här påpekar också folkhälsoutvecklaren att tandhygienisten med sin Bertil Drake blivit ett begrepp som många känner igen. Planen är att folkhälsoutvecklaren tillsammans med tandhygienisten formaliserar en stor del av de kontakter som nu är upparbetade.

Hembesök

Flera är intresserade av att utveckla möjligheten att göra hembesök. Man ser att det finns en potential och att det kan finnas olika konstellationer som kan vara fruktbara. Socialrådgivaren och bibliotekarien gör redan hembesök, men det finns också regionala planer på att utöka dessa rent generellt.

Samordnarens roll och andra ledningsfunktioner

Samordnaren "försvann" precis i starten av familjecentralen. Det skapade en känsla av att det viktiga var att klara sin egen verksamhet. I september 2015 förordnades en samordnare på 25 procent för att hjälpa till med att lösa de mest akuta problemen. De flesta är positiva till hennes insatser, men säger också att det hade varit bättre om hon varit en del av verksamheten och funnits på plats. Nu strukturerade hon husmötena och satte också in insatser för att lösa konflikter, som uppstått mellan personal. Förväntningarna på den samordnare som nu kommer skiftar. Några ser att det blir ytterligare en ny person att ta ansvar för:

"... jag ser en person som vi kommer behöva stötta mycket. Hon har jobbat i ett område utan så mycket utlandsfödda ... vi får hjälpa henne in i familjecentralstanken"

Någon uttrycker också att det vore bra om samordnaren kunde ta ansvar för att man sätter sig ner och konkretiserar vad man kan samverka kring:

"Att det tydligare fanns på pränt hur vi ska samordna gemensamma insatser. Vad ska göras tillsammans ... Vi skulle sätta oss ner och beskriva precis hur vi samverkar"

¹ VI-Hässleholmen är en mötesplats som AB Bostäder i Borås tillhandahåller. Det ligger mitt på Hässle torg och är till för alla boende på Hässleholmen. <https://bostader.boras.se/jag-ar-kund/motesplatser/vi-kontoret-hassleholmen/>

Det vore också en fördel om man tydligt kunde formulera och skriva ner vad som är överenskommet mellan de olika verksamheterna. Till exempel att BVC och tandvården ska samverka kring familjerna när barnet är 4 månader. Det har fungerat väl med några BVC-sköterskor, men inte med andra, och det beror dels på att ledningen från Vårdcentralen inte är tydlig här och att det har varit stor personalomsättning på BVC-sköterskor. Från tandhygienistens sida finns flera önskemål om hur samverkan med BVC och MVC skulle kunna utvecklas mer, bland annat vill hon införa att BVC-sköterskor gör som i Södra Ryd, Skövde: lyfter på läppen vid 8 månaders-besöket och att man i större utsträckning börjar använda hänvisningsblanketter som tagits fram (Folktandvården – FIOL, 2017., Närhälsan, 2017)

Man förslår att det också kunde vara samordnarens roll att se till att alla nya som börjar får en introduktion till vad det innebär att arbeta på en familjecentral. Idag är det mest fokus på att introducera vad det till exempel innebär att arbeta på BVC.

Styrgruppen för familjecentralen

Styrgruppen bör ha en representant från tandvården.

Styrgruppen för projektet

Folkhälsoutvecklaren kom in i styrgruppen för projektet 2015. Hennes uppfattning är att arbetet där har fungerat bra och att struktur och antal möten varit adekvata.

Avtal

Det kan helt klart finnas poäng med avtal. Många vill ha tydligare rutiner och nedskrivna rutiner för vad man kommit överens om:

”... men i så fall av någon högre i organisationen”

- ansvaret bör inte ligga på den samverkande personalen utan på ansvariga högre upp i organisationen, typ klinikchef och rektor.

Effektivitet

Det har funnits många hinder under projektets gång, vilka naturligtvis påverkat hur effektivt man kunnat utnyttja alla resurser. Brist på samordningsfunktion har ju också i högsta grad gällt nästan hela perioden. Nästan alla påpekar dock att det är viktigt att man lyfter fram och förklarar att samverkan är en lång process och att man måste ge den tid. På frågan om omfattningen av tandvårdens tjänst:

”... Det vore synd att dra ner på det – det tycker jag” – om man tänker sig att man har full bemanning på BVC – det är ju önskeläget – att det finns ett sånt ledarskap...”

Angående svårigheten att se effekter på karies: Det är stor omflyttning på grund av att det är många nyanlända som kommer och stannar en kortare tid:

”... kariessiffror går upp och ner här ...”

Det finns ingen tydlig minskning av karies i de grupper vi mäter men de har heller inte varit på familjecentralen under denna period. Sex-åringarna är för gamla. Fortsatt utvärdering av munhälsan i området och specifikt för de som träffat tandhygienisten planeras.

Övrigt

En reflektion är att det är positivt att folktandvården funnits i samma hus. Samtidigt har det flera gånger framkommit att det är negativt att MVC inte finns närvarande i den utsträckning man skulle önska. Flera har tagit upp att det är viktigt att tydliggöra att det funnits så många hinder under arbetets gång. Se vidare under ”Reflektioner”.

Och som avslutning:

”Jag är väldigt imponerad av projektet och hoppas att det blir en fortsättning”

Reflektioner

En trög start

Ett antal utgångspunkter var viktiga i planeringen av detta projekt. Det skulle ha:

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

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

Projektet fick dock en trög start där flera faktorer bidrog. En ansökan om att förlänga projekttiden med ett år fick gehör och det bedöms så här i backspegeln som ett viktigt beslut. Projektet har tydligt visat att det finns många positiva effekter med att ha personal från folktandvården på plats på en familjecentral men också att det finns hinder som kan ta tid att undanröja. Nedan följer en kort beskrivning med fokus på problem.

Faktorer som påverkat negativt

Familjecentralen invigdes i mitten på november 2013. Samordnaren slutade efter kort tid, det vill säga i början på 2014 och någon ny rekryterades inte på 1,5 år. Tandhygienisten som kom in i verksamheten 2014 hade inte stöd av en samordnare och något samlat grepp på vad som skulle åstadkommas togs inte. Samtidigt fanns det problem i personalgruppen. Från januari 2014 har flera personer slutat, varit sjukskrivna eller har det på annat sätt varit friktion mellan olika personer och grupper. Olika typer av insatser har pågått, men genomförandet av dessa har ytterligare försvårats av att ordförande i familjecentralens samordningsgrupp under en period varit långtidssjukskriven. Från augusti 2015 – december 2016 fanns en extern samordnare på 25 % som till en del genomförde ”en nystart” av familjecentralen. Från januari 2017 till dags dato (juli 2017) har samordnare åter saknats, men planeras vara på plats under hösten 2017.

Folktandvården Boda, där tandhygienisten har en del av sin tjänst, invigdes efter renovering i september 2014. I november sattes lokalen i brand och ett omfattande saneringsarbete genomfördes. Under de månader som följde förlades folktandvården i Bodas verksamhet till

lokal i centrala Borås. Situationen påverkade naturligtvis tandhygienisten, som under en period 2015 varit långtidssjukskriven.

Folkhälsosamordnaren i området har varit viktig för den externa uppsökande verksamheten. Under perioden 2014-2016 har denna tjänst innehaft av fyra personer, vilket också påverkat en i och för sig framgångsrik pionjärinsats.

Media har uppmärksammat projektet

Projektet har uppmärksamrats av medier några gånger:

Borås Tidning (Borås tidning, 2017). Första sidan.

På Bettet nr 2 2017 – Utveckling. S. 16. Ebba Strömqvist.

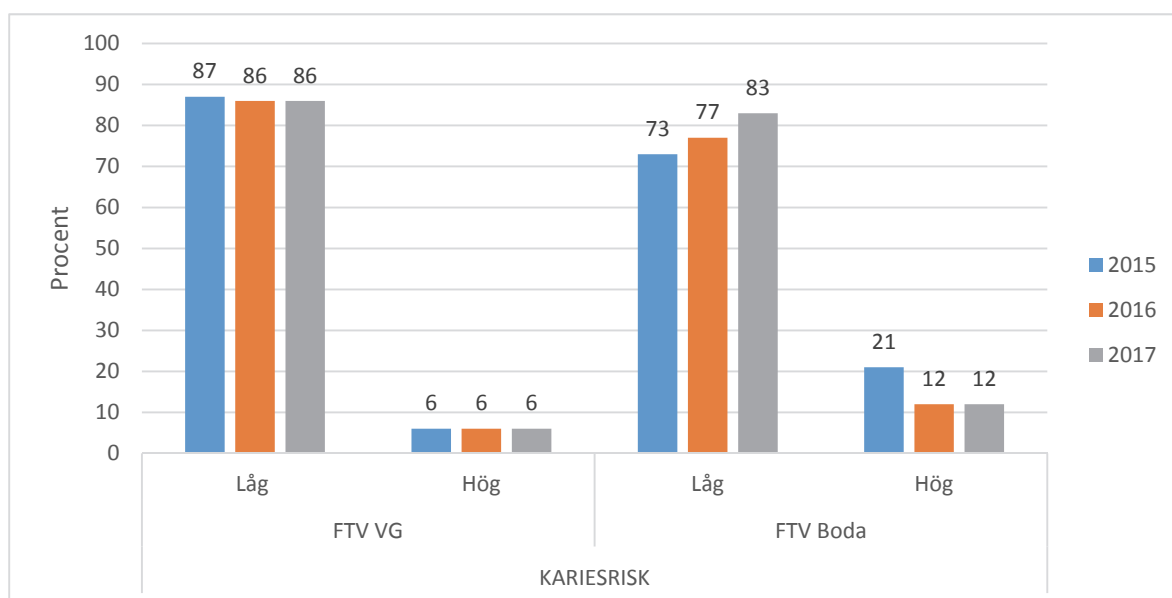
Tandhygienisten har också blivit intervjuad i lokalradion (Radio P4/ Sjuhärad).

Förbättrad riskprofil hos tre-åringar i Boda – beror det på projektet?

Hälsofrämjande satsningar är svåra att realistiskt värdera ekonomiskt. I ”Familjecentralernas effekter på samhällskostnader – ett räkneexempel” (2011) dras slutsatsen att det inte behöver vara många som lyckas förändra mot mer hälsosam livsstil för att det ska vara kostnadseffektivt, men att det är viktigt att ha ett långsiktigt perspektiv. Med stöd i teorin om ”proportionell universalism” (Marmot, 2010) kan en satsning på familjecentraler i områden, där många har låg både utbildning och inkomst, bidra till att minska skillnader i hälsa. I synnerhet om man i sina metoder också tar hänsyn till bestämningsfaktorer för hälsorelaterade beteendeförändringar, till exempel beskrivna i Social Cognitive Theory (McAlister, 2008).

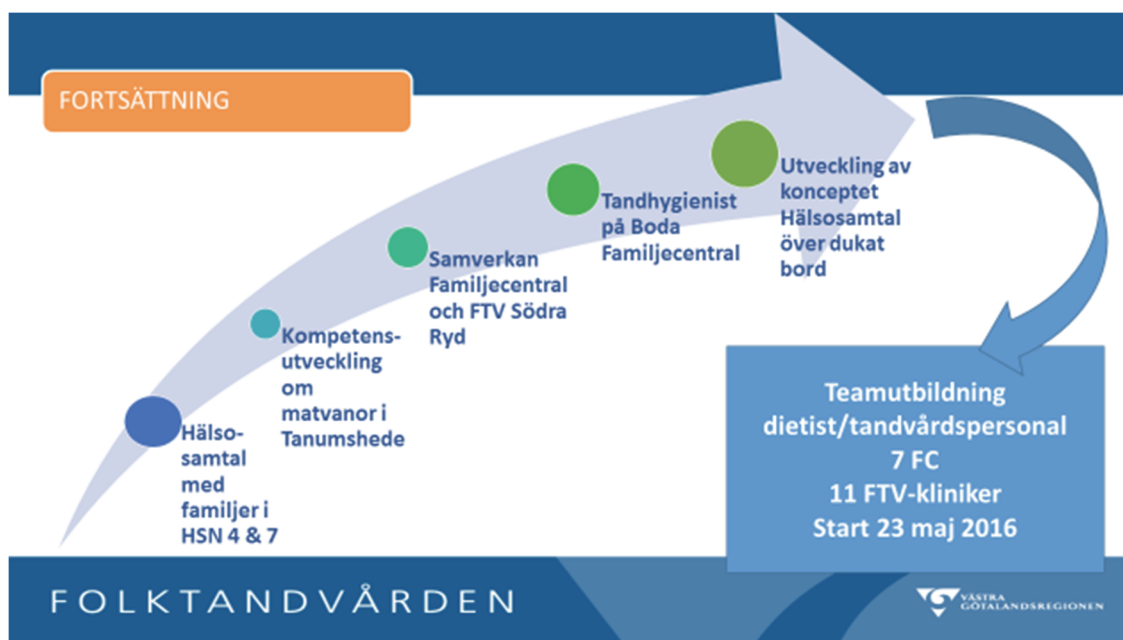
Andelen tre-åringar som bedömdes ha hög risk för karies minskade i Boda mellan åren 2015-2017, medan andelen i hela Folktandvården Västra Götaland legat konstant (Fig 9). Samtidigt ökade andelen med låg bedömd kariesrisk från 73 procent till 83 procent bland Bodas tre-åringar. Detta är barn från familjer, som under denna period kan ha besökt familjecentralen, men att det är ett resultat av projektet kan vi inte uttala oss om. När vi genom statistik följer kariesläget på Folktandvården Boda uppstår flera svårigheter. Klinikens upptagningsområde präglas av en stor andel nya svenskar. Många av dessa kommer från svåra förhållanden och har mycket karies. Typiskt för området är också en stor in- och utflyttning. Det innebär att data sällan speglar samma population och det är därför svårt att bedöma effekten av insatser som görs. Med årskullar på några hundra personer kan värdena också variera mycket från det ena året till det andra. Några enstaka individer med mycket karies, som flyttar in eller ut, påverkar resultatet.

Dessutom är orsakerna bakom levnadsförhållanden och levnadsvanornas påverkan på hälsan komplexa. Materiella faktorer – som ekonomiska möjligheter – och icke-materiella – som socialt och kulturellt kapital – påverkar och skapar den miljö man lever i (Power, 1999). Även om karies och övervikt/fetma inte har ett tydligt prevalenssamband är flera orsaksfaktorer gemensamma. Levnadsvanor, som matvanor, är centrala för både karies och övervikt/fetma. 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. ”The common risk factor approach” har mer ingående belysts av Sheiham och Watt (2000). Genom ansatsen att arbeta tillsammans med hela familjen hoppas vi öka förutsättningar att hälsosamma levnadsvanor och därmed god hälsa också utvecklas för alla individer i familjen.



Figur 9. Andel 3-åringar med låg respektive hög kariesrisk i hela FTV VG och på FTV Boda 2015, 2016 och 2017 (t o m september). Antal 3-åringar i respektive årskull i FTV VG är cirka 15 000 och antal 3-åringar i Boda var 126, 172 respektive 92 stycken åren 2015, 2016 och 2017.

God och jämlik hälsa för hela befolkningen är ett övergripande mål för folkhälsoarbetet. ”Hälsosamtal över dukat bord” (Fig 10) är ett led i utvecklingen av en modell, som kan bidra till utjämning av skillnader mellan olika sociala grupper. Samverkan mellan tandvårdspersonal och dietist är en hörnsten i denna utveckling.



Figur 10. Under 2016 har erfarenheter från ett antal verksamheter implementerats: team av tandvårdspersonal och dietister har utbildats. Tillsammans har de genomfört hälsofrämjande insatser på ett antal familjecentraler i Västra Götalandsregionen. Tandhygienisten på Boda har deltagit i denna verksamhet.

Vad fungerar idag – och viktiga pusselbitar inför framtiden?

Verksamheten har idag funnit former som verkar fungera och mycket av det som nu är i gång har hänt under det senaste året:

- Munhälsobedömningarna för 1-åringar
- Samverkan med BVC vid 4-månaderskontroller
- Öppna förskolans verksamhet får allt fastare struktur: det finns ett fastlagt schema på tandhygienistens närvaro och temaveckor planeras in.
- Kontakter med flera externa potentiella samarbetsparter: imamen i lokala moskén, förskolor i området, mötesplatser etcetera.
- Gemensamma utbildningsdagar för Folktandvården och Barnhälsovården har genomförts på regional nivå och familjecentralen i Boda har deltagit.
- Hänvisningsblankett mellan Folktandvården och BVC används
- Seminarieverksamheten med folktandvården och familjecentralen i Södra Ryd, Skövde: två seminarier har genomförts - ett i november 2015 och ett i december 2016. Det finns separata rapporter från dessa tillfällen och planer på en fortsättning.
- Under 2016 har erfarenheter från ett antal verksamheter implementerats och tandhygienisten i projektet har deltagit i flera (Fig 10), till exempel i utveckling av jämviktsmetodiken, som utgår från SCT (Social Cognitive Theory; McAlister et al., 2010) och lånar principer om delaktighet från CBPR (Community-Based Participatory Research; Leung et al., 2004). Rapport är under framtagande.

Koncept för folktandvården på familjecentral

Utifrån de erfarenheter som projektet ”Tandhygienist på Boda FC” gett formuleras här ett koncept för hur Folktandvården kan arbeta i samverkan med en familjecentral. Samverkan med samtliga av familjecentralen Bodas parter har gett positiva resultat och finns därför med i detta förslag.

Konceptet är uppdelat i fyra delar:

Konceptet ”FTV i samverkan med familjecentral” med salutogent perspektiv		
Samverkanspart	Verksamhet (form)	Omfattning
Öppen förskola	”På golvet” inkl fikastunder	2 tim/vecka
	Temaveckor	2 ggr per halvår
	Soppluncher, Hälsosamtal över dukat bord etcetera	2 ggr per halvår
BVC	Integrerade rutinbesök	4 tim/vecka
	Föräldragrupper – gärna integrerade	Efter behov och förutsättningar
MVC	Föräldragrupper – gärna integrerade	Efter behov och förutsättningar
Bibliotek	Sagostunder med munhälsotema	2 ggr/halvår
Socialtjänst - utifrån behov	Hembesök	Alla förstagångsföräldrar - Detta är en möjlighet som gett positiva resultat i Rinkeby.
	Föräldragrupper	
Externa arenor Utifrån lokala förutsättningar:	FÖRSKOLOR: Tandborstning Föräldramöten Personalutbildning	
	MÖTESPLATSER: medborgarkontor, språkkaféer, religiösa rum (kyrka, moské, församlingshem), butiker, etcetera	

1. Verksamhet (form) och omfattning

En 50 % tandhygienisttjänst (20 timmar/vecka) där veckan kan delas in enligt följande:

8 timmar består av munhälsobedömningar av 1- och 2-åringar

8 timmar av samverkan med familjecentralens parter inklusive verksamhet på externa arenor

4 timmars administration och möten

2. Innehåll

- Munhälsobedömningar – enligt de riktlinjer som finns angivna på FIOL
- Samverkan med familjecentralens parter utifrån diverse dokument och riktlinjer: Ppt-presentationer, värderingsövningar, praktiska övningar: sång, pyssel, matlagning, sockerutställning etcetera. Se bland annat Verktygslådan.

- Samverkan med familjecentralens parter utifrån lokala behov – hänvisningsblanketter (Folk tandvården – FIOl, 2017., Närhälsan, 2017).
- Samverkan med externa parter utifrån lokala behov. Samarbeta gärna med lokal folkhälsoutvecklare.

3. *Förutsättningar och rekommendationer för verksamhetsuppföljning och kontinuitet*

- Utvärdering – planera tidigt för hur verksamheten ska dokumenteras och utvärderas. Rekommendation: Använd rapportmetod enligt Jämviktsmetodik. Den ger möjlighet till fortlöpande, formativ utveckling, samt till kvantitativ och kvalitativ verksamhetsuppföljning. Dessutom står den på en solid vetenskaplig grund i Social Cognitive Theory (McAlister et al, 2008).
- Årshjul – beskriv vilka aktiviteter som återkommer med jämna mellanrum. Definiera vem som har ansvar för att de genomförs, samt vilka överenskommelser som ligger till grund för dem. Integrera gärna i familjecentralens övergripande årshjul.
- Avtal – formulera överenskommelser och avtal med de olika samarbetsparterna. Finns mall framtagen för ”Familjecentralerat arbetssätt”, Jämlikt Göteborg. (Samverkanstorget, 2017)
- Samordnarens roll – troligen en nyckelroll – se vidare under Resultat och reflektioner: Samordnarens roll
- Rätt person på rätt plats – för tandvårdens del är det viktigt att ha rätt person på plats. Uppgiften kräver kunskap, kompetens och fallenhet för att se möjligheter, förstå den ojämlika hälsans bestämningsfaktorer och hur man kan påverka dem. Det krävs också empatisk förmåga för att kunna förstå olika verksamhetskulturer och en stor förmåga att kompromissa.

4. *Anlägg ett salutogent perspektiv med fokus på delaktighet*

Ett salutogent perspektiv innebär att man fokuserar på friskfaktorer, det vill säga faktorer som är viktiga för att behålla hälsan. Både hälso- och sjukvården och tandvården har traditionellt fokuserat på att lösa problem, det vill säga 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 etcetera. 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 etcetera. 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 – vi ser helheten och handlar och omhändertar utifrån det perspektivet. I detta sammanhang är det också relevant att nämna betydelsen av att individen och familjen upplever att det är meningsfullt att ta hand om sig själv och sin hälsa, och att det kan göras på ett hanterbart och begripligt sätt. Mäter man detta med index för ”Känsla av sammanhang- KASAM” så har de med höga måttal bättre hälsa än de som får lägre värden (Antonovsky, 1987). Familjecentraler sätter familjen i fokus och har en ambition att anta ett holistisk perspektiv. Att arbeta med hela familjen innebär flera fördelar: förutom att man når barnen och den miljö som barnen lever i så möter man och kan påverka en hel familj och dess individer. Ofta ingår även far- och morföräldrar och kanske också andra vuxna i den utvidgade kretsen runt familjen.

Finansiering, avtal och styrning

Utifrån erfarenheterna från detta projekt rekommenderar styrgruppen att det skapas förutsättningar för att mer permanent ha en tandvårdspersonal på familjecentraler i framför

allt socioekonomiskt utsatta områden. Det ligger också i linje med rekommendationer från Kommissionen för jämlik hälsa (SOU 2017:47). För Västra Götalands del kan detta realiseras genom att verksamheten finansieras via Vårdöverenskommelsen för respektive nämnd. Som en del i familjecentralen bör/ska också relevant avtal mellan tandvården och de ingående parterna tecknas. För exempel se: Samverkanstorget (2017).

För att säkra delaktighet och utveckling bör det finnas representant från tandvården i styrgruppen för familjecentralen.

Vilken profession, som är lämpligast - tandhygienist eller tandsköterska - är inte självklart. Troligen är viljan och förmågan att 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 mer kostsam insats. Denna kostnad kan dock vara motiverad om familjer i större utsträckning utvecklar hälsosamma levnadsvanor till följd av ett inkluderande och reflekterande bemötande.

Slutsats

Folktandvården är en naturlig och värdefull partner i familjecentralers arbete, speciellt i ett socioekonomiskt utsatt område. Personalen på familjecentralens olika verksamheter berättar att de delar erfarenheter och kunskap om varandras områden och att betydelsen av munhälsan har blivit tydligare. Tandhygienisten uttrycker att hon har utvecklat ett mer holistiskt perspektiv på familjerna. I möten med familjer på nya arenor har personalen också upplevt att de sker på mer lika villkor och att denna förskjutning av maktbalans känns positiv. Föräldrar har uttryckt att tandborstningen på barnen har underlättats efter olika lekfulla aktiviteter på framför allt öppna förskolan och biblioteket. Det har också blivit tydlig att nya samverkansformer tar tid att utveckla och att det är viktigt för medarbetarna att ha stöd av en samordnare och en styrgrupp.

Tack!

Tack till alla familjer och medarbetare på Boda familjecentral och på Boda folktandvårdsklinik.

Tack också till Sofia Jakobsson, tandhygienist och dietist, och verksam vi Hälsoodontologiska enheten och Folktandvården Krokslätt, som redigerat, tagit fram referenser och gjort lay-out.

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

- och så till sist:

Tack till Ann-Christin Månsson, tandhygienisten i detta projektet, som med nyfikenhet, tålamod och gott humör så klokt tagit sig an och genomfört uppgiften.

Referenser

- AB Bostäder. (uå) *Hässleholmen*. http://www.bostader.boras.se/index.php?page=area_713 [2017-09-13]
- Antonovsky A. (1987) *Unravelling the mystery of health*. San Fransisco: Joeey-Bass.
- Borås Stad. (2016) *Familjecentraler*.
<https://www.boras.se/omsorgochstod/stodtillfamiljbarnochunga/familjochforaldraskap/familjecentraler.4.5b67f28d1584e5b72783a51.html> [2017-09-08]
- Borås Stads idrotts- och fritidsportal. (uå) *Föreningsregister*. KDN-Brämhult.
<https://boras.interbook.se/> [2017-08-14]
- Borås tidning. (2017) *Lekfullt projekt leder till bättre tandhälsa*.
<http://www.bt.se/boras/lekfullt-projekt-leder-till-battre-tandhalsa/> [2017-09-20]
- Calidoni, F., Christiansson, C. & Henriksson, G. (2011) *Kostnader för ojämlikhet i hälsa i Västra Götaland - En beräkning av vad socioekonomisk ojämlikhet i hälsa kostar samhället*.
<http://www.vgregion.se/upload/Folkh%c3%a4lsa/j%c3%a4mlik%20h%c3%a4lsa/SlutrapportOj%c3%a4mlikhetskostnadeVGR.pdf> [2017-03-07]
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991) *Policies and strategies to promote social equity in health. Originally published 1991. In: Background document to WHO – Strategy paper for Europe*. <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf> [2016-09-02]
- Demografen/SCB. (2016) *Befolkning vid en tidpunkt, stadsdel Hässleholmen*.
- Familjecentralernas effekter på samhällskostnader – ett räkneexempel*. (2011) Statens Folkhälsoinstitut, Folkhälsokommitténs kansli i Västra Götalandsregionen, Högskolan i Borås, Lerums kommun och Borås Stad.
<https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/05322e06-0ca9-4afa-85bf-01b101146e59/Familjecentralernas%20effekter%20p%c3%a5%20samh%c3%a4llskostnader.pdf?a=false&guest=true> [2017-07-04]
- Folkhälsomyndigheten. (2016) *Folkhälsan i Sverige 2016. Årlig Rapportering*.
www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/cc89748e004743c39ff4c03fec24c570/folkhalsan-i-sverige-2016-16005.pdf [2017-07-12]
- 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) 0-3 år. *Underlag för samverkan med Barnhälsovården*.
<http://intra.vgregion.se/sv/Folktandvarden/Vardrelaterat/FRAMM/0-3-ar/> [2017-09-20]

Folktandvården Västra Götaland. (2017) *Affärsplan*.
<https://folktandvarden.vgregion.se/siteassets/om-oss/affarsplan-2017-folktandvarden-vastra-gotaland.pdf> [2017-09-18]

Kassebaum, N J., Bernabé, E., Dahiya, M., Bhandari B., Murray, C J L. & Marcenes, W. (2015) *Global Burden of Untreated Caries: A Systematic Review and Metaregression*. Journal of Dental Research, 94(5) ss. 650-658. DOI: 10.1177/0022034515573272
jdr.sagepub.com

Kjellsson, S., Rostila, M. & Wondmeneh, Y. (2016) *Almedalen: Den ojämlika hälsan. Betydelsen av ekonomisk ojämlikhet, social klass, kön och etnicitet*. [video]
http://www.lo.se/start/play_start sida/almedalen den ojaml ika halsan betydelsen av ekonomisk ojaml iket social klass kon och etnicitet [2017-07-12]

Kling, S. (2012) *Skolbarnens hälsa i Malmö*. Underlagsrapport från Malmökommissionen.
http://malmo.se/download/18.6e1be7ef13514d6cfcc800059113/Kling_skolh%C3%A4lsov%C3%A5rden_Malm%C3%B6kommissionen.pdf [2017-07-12]

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%20VG PV%202017.pdf?a=false&guest=true> [2017-10-18]

Kristenson, M. (2017) *Betydelsen av psykosociala faktorer för en jämlik hälsa*. Kommissionen för Jämlik hälsa. http://kommissionjamlikhalsa.se/wp-content/uploads/2017/06/rapport-7_betydelsen-av-psykosociala-faktorer-1.pdf) [2017-07-12]

Köhler, L. & Henriksson, G. (2013) *Barnhälsoindex för Västra Götalandsregionen. Ett system för att följa barns hälsa i Västra Götalandsregionen och dess kommuner*. NHV-rapport 2013:5 R

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.

Lorenc, T., Petticrew, M., Welch, V. & Tugwell, P. (2013) *What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews*. J Epidemiol Community Health. Feb;67(2):190-3. doi: 10.1136/jech-2012-201257

Marmot, M. (2010). Fair Society, Healthy Lives: *The Marmot Review, Strategic review of health inequalities in England post- 2010*. 2nd Print Run ed: The Marmot Review; February 2010.

McAlister AL, Perry CL, & Parcel GS. (2008). How individuals, environments and health behaviors interact. Social Cognitive Theory. In Glanz K, Rimer BK, & Viswanath K (Eds.), Health behavior and health education: theory, research, and practice John Wiley & Sons, Inc.

Närhälsan. (2017) *Tandhälsovård. Underlag för samverkan BHV och FTV*.
<https://www.narhalsan.se/om-narhalsan/for-vardgivare/central-barnhalsovard/riktlinjer/tandhalsovard/> [2017-09-20]

Power, EM. (1999) *An introduction to Pierre Bourdieu's key theoretical concepts*.
Journal for the Study of Food and Society, 3(1) ss. 48-52.

Rikshandboken Barnhälsovård. <http://www.rikshandboken-bhv.se/> [2017-10-18]

Rikshandboken Barnhälsovård. <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/BHV-team/Vad-ar-en-familjecentral/> [2017-10-18]

Samling för social hållbarhet. (2013) *Åtgärder för jämlik hälsa i Västra Götaland*.
<https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/28339/Samling%20f%c3%b6r%20social%20h%c3%a5llbarhet.pdf?a=false&guest=true> [2017-09-18]

Samverkanstorget. (2017) *Familjecentrerat arbetssätt*.
<http://www.samverkanstorget.se/sv/Kommun-och-sjukvard---samverkan-i-Goteborgsomradet/Organisation/Temagrupper/Barn-och-unga/Verktygsladan/Familjecentrerat-arbetssatt/> [2017-07-12]

SCB. Statistiska Centralbyrån. (2016a) Bafpak. FOLK05KD

SCB. Statistiska Centralbyrån. (2016b) Befpak. *Befolkningsförändringar helår*. Tab111 KD

SCB. Statistiska Centralbyrån. (2016c) Befpak. *Områdesbeskrivningar*.

SCB. Statistiska Centralbyrån. (2016d) Bostadspak. LGHTab3KD

SCB. Statistiska Centralbyrån. (2015) Inkopak. IB.IND

SCB. Statistiska Centralbyrån. (2014) Ampak. Sam101A

Sheiham, A. & Watt, RG. (2009) *The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health*. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 28(6) ss. 399-406.

SKaPa, Svenskt Kvalitetsregister för karies och parodontit. (2016) *Årsrapport 2015*.
<http://www.skapareg.se/wp-content/uploads/2016/11/SKaPa-%C3%85rsrapport-2015.pdf>
[2017-09-13]

Skolverket, SiRiS databas. (2016) *Grundskolan – Slutbetyg årskurs 9*.
http://sirir.skolverket.se/reports/rwserve?cmdkey=common¬geo=&geo=1&report=gr_betyg2016&p_sub=1&p_ar=2016&p_lankod=&p_kommunkod=1490&p_skolkod=67454907&p_flik=GA [2017-08-11]

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

Socialstyrelsen. (2016) *Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända. Slutrapport oktober 2016*. Artikelnr: 2016-10-13
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20370/2016-10-13.pdf> [2017-09-19]

Socialstyrelsen. (2013) *Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga- Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. Artikelnummer: 2013-5-34 <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19101/2013-5-34.pdf> [2017-10-23]

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]

Strömqvist, E. (2007). *När familjer genom lek*. På Bettet. Tema: Utveckling, ss 16.
[http://intra.vgregion.se/upload/Folktandv%c3%a5rden/St%c3%b6d%20och%20service/Kommunikation/Personaltidning%20P%c3%a5%20Bettet/P%c3%a5-Bettet-Nr-2-2017-Utveckling-\(v1.2\)-MF-Low-Res.pdf](http://intra.vgregion.se/upload/Folktandv%c3%a5rden/St%c3%b6d%20och%20service/Kommunikation/Personaltidning%20P%c3%a5%20Bettet/P%c3%a5-Bettet-Nr-2-2017-Utveckling-(v1.2)-MF-Low-Res.pdf) [2017-09-20]

Valmyndigheten. (2014) *Val till riksdagen - Röster - Borås 12 Hässleholmen-Alnen*.
<http://www.val.se/val/val2014/slutresultat/R/valdistrikt/14/90/0212/index.html> [2017-08-14]

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*. edn. Edited by Babones SJ. Bristol: The Policy Press. 2009:65e83.

WHO, World Health Organisation. (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.
http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf [2017-09-18]

Östgöta-kommissionen för jämlik hälsa – Slutrapport. (2014)
<http://vardgivarwebb.regionostergotland.se/pages/266425/folkhalsorapport.pdf> [2017-09-18]

En del av referenserna behöver man ha tillgång till Västra Götalandsregionens nätverk för att nå - kontakta Katharina Wretling – se kontaktuppgifter på sidan 3 - för hjälp att få fram dem.

Tandhygienist på Boda familjecentral

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 på en familjecentral.

Denna rapport beskriver ett projekt utifrån ett initiativ från Södra Hälso- och sjukvårdsnämnden i Västra Götalandsregionen. En tandhygienist har på halvtid varit verksam på Boda familjecentral och där utvecklat olika typer av samverkan med övrig personal. Hon har också aktivt sökt nya grupper och arenor inom familjecentralens upptagningsområde.

Vi som deltagit i styrgruppen för projektet är:

Anders Claesson, folktandvården Bodas klinikchef.

Lars Gahnberg enhetschef på Hälsoodontologiska enheten, Folktandvården Västra Götaland.

Anna Lundqvist, områdeschef allmäntandvården söder, Folktandvården Västra Götaland.

Ann Milbredt, tf samordnare för Boda familjecentral under en period av projektet.

Ann-Christin Månsson, tandhygienist på Folktandvården Boda, och den som arbetet på familjecentralen. Hon är tandhygienist sedan 5 år tillbaka, ett förflutet som tandsköterska på kliniken sedan början på 1990-talet. Hon känner till området väl

Lars Paulsson, utvecklingsledare på Avdelning Folkhälsa, Västra Götalandsregionen, och representant i Hälso- och sjukvårdsnämnd Söder.

Jolin Sewén, utvecklingsledare i folkhälsa, Borås stad.

Katharina Wretling, folkhälsostrateg vid Hälsoodontologiska enheten, Folktandvården Västra Götaland. Jag har också varit projektledare och den som sammanställt denna rapport.

För kontaktuppgifter se sid 3.

Rapporten finns att ladda ner från vgregion.se/folktandvarden

ISBN: 978-91-982768-5-5