

# Gemensamt tiomånadersbesök

*Medarbetares upplevelser och erfarenheter av ett pilotprojekt i Region Sörmland  
– Införande av ny form av samverkan mellan barnhälsovården och folktandvården*



## **Tack!**

*Tack till medarbetare inom Barnhälsovården Sörmland och Folktandvården Sörmland, särskilt tack till de BHV-sjuksköterskor och tandsköterskor vars deltagande har gjort denna rapport möjlig.*

## **Om Projektrapporten**

FoU i Sörmlands projektrapporter beskriver ett tidsbegränsat projekt men är mer praktknära än en FoU-rapport. Den kan ha teorianslutning men det är inte nödvändigt.

Projektrapporter kvalitetsgranskas av FoU-medarbetare, som inte är författare av den.

### **Författare**

Lina Larsson och Martin Geisler, båda forskningsledare vid FoU i Sörmland

### **Datum och ort**

2022-12-16 Eskilstuna

## Sammanfattning

Rapporten beskriver ett pilotprojekt där barnhälsovården och Folk tandvården vid tre familjecentraler i Sörmland möter tiomånaders barn och deras föräldrar för ett samordnat besök. Besöket sker vid barnhälsovårdens ordinarie tiomånadersbesök och ersätter Folk tandvårdens tolv månadersbesök. Rapporten är en fristående delrapport i forskningsprojektet *"Samverkan inom barnhälsovården – betydelse för vårdkvalitet och arbetsrelaterat välbefinnande"*.

Syftet med delprojektet är att få kunskap om fördelar och hinder för samverkan i arbetet med barns hälsa, genom en förståelse för de utmaningar, hinder och möjligheter som berörda medarbetare erfar i relation till den nya samverkansformen. Delprojektet kan ge insikter om vilka faktorer och förutsättningar som är av betydelse då nya arbetssätt och samverkansformer införs i arbetet med barns hälsa.

Rapporten baseras på material från två gruppintervjuer med BHV-sjuksköterskor och tandsköterskor som haft gemensamma besök på BVC belägna på tre familjecentraler (2x3 intervjuer) samt deltagande observation vid projektets uppstartsmöte. Intervjuerna genomfördes 2–6 månader efter uppstart, samt ett år efter de ursprungliga intervjuerna.

I intervjuerna beskrivs projektet som en framgång. Intervjupersonerna beskriver förberedelser med uppstartsmöten och utrymme för praktisk planering som positivt, samt uttrycker att de är nöjda med samverkansformen. Projektet infördes för att öka samverkan, bidra till tidigare upptäckt av kariesrisk samt för att erbjuda undersökningen i en välbekant miljö för familjen. Dessa avsedda fördelar realiserades. Det fanns även ytterligare fördelar med besöken. Folk tandvården fick en vidgad kontext i sitt möte med familjen, det blev en breddad kompetens i mötet och fördjupad professionell kompetens. Det gav också en möjlighet att lyfta frågan om kostvanor och hälsosamt ätande ur munhälsoperspektiv i stället för ett viktperspektiv. Samverkan gav också en arena för att diskutera och förbereda tandvård för att bemöta särskilda behov hos enstaka familjer med större barn. Möteskontinuiteten innebar också en möjlighet att diskutera utveckling av andra former av samverkan.

En slutsats som kan dras är att denna nya samverkansform har goda förutsättningar att bli framgångsrik därför att parterna verkar för barnets och familjens behov och ser fördelar med att professionernas kompetens kompletterar varandra. Som annan samverkan kräver den stöd från ledning och faktiska resurser för att kunna implementeras.

# Innehåll

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Inledning .....</b>	<b>3</b>
1.1 Bakgrund .....	3
1.2 Forskningsprojektet "Samverkan inom barnhälsovården – betydelse för vårdkvalitet och arbetsrelaterat välbefinnande" .....	4
1.3 Delstudie 3 – Syfte .....	4
<b>2. Metod .....</b>	<b>5</b>
2.1. Deltagare och procedur .....	5
2.3 Bearbetning och analys av insamlad material .....	6
2.4 Etiska överväganden .....	6
<b>3 Resultat .....</b>	<b>6</b>
3.1 Uppstartsmöte .....	6
3.2 Intervjuerna .....	7
Förutsättningarna för samverkan under projektiden .....	7
Sammanhangets betydelse för samtalet om munhälsa .....	8
Fördelar med gemensamma besök .....	9
Gemensamt fokus: stötta i gränssättning .....	11
Samverkan mellan professioner .....	13
Om projektet ska lanseras i länet .....	13
<b>4 Diskussion .....</b>	<b>15</b>
4.1 Diskussion .....	15
<b>5 Referenser .....</b>	<b>17</b>
<b>6. Bilagor .....</b>	<b>17</b>

# 1 Inledning

För att förbättra barns hälsa krävs tidiga samordnade och förebyggande insatser (Socialstyrelsen, 2014; 2020). Barnhälsovården och Folktandvården är två verksamheter som har i uppdrag att följa utvecklingen av barns hälsa samt att utifrån behov erbjuda stöd till barn och föräldrar.

Det betyder i sin tur att Barnhälsovården och Folktandvården är två verksamheter där utvecklade samverkansformer kan bidra till förbättrade möjligheter för tidig identifiering av, och tidiga insatser för, särskilda behov.

Denna rapport redogör för genomförandet och resultaten av delstudie tre inom forskningsprojektet *"Samverkan inom barnhälsovården – betydelse för vårdkvalitet och arbetsrelaterat välbefinnande"*. Fokus för den aktuella delstudien var att följa och undersöka medarbetares upplevelser och erfarenheter av ett pilotprojekt i Region Sörmland, införandet av en ny samverkansform mellan barnhälsovården och Folktandvården i form av ett gemensamt tiomånadersbesök. Delstudiens resultat kan bidra till fortsatt utvecklingsarbete i arbetet med barns hälsa, genom att urskilja faktorer och omständigheter som är av betydelse då en ny samverkansform införs. Den aktuella delstudiens fokus på införande av en ny form av samverkan ger även kompletterande insikter till de resultat som rapporterats för forskningsprojektet två tidigare delstudier (se Geisler & Larsson, 2022).

## 1.1 Bakgrund

Samverkan är viktigt för att främja barns hälsa och en viktig aspekt är att koordinera resurser så att alla barn och familjer får det stöd de behöver, se exempelvis *Börja med barnen! Sammanhållen god och nära vård för barn och unga* (SOU 2021 :34). Barnhälsovårdens huvudsakliga uppdrag är följa alla barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö, samt tidigt uppmärksamma och åtgärda problem. (Socialstyrelsen, 2022). På liknande sätt är Folktandvårdens primära uppdrag att bedriva förebyggande tandvård för barn och unga, där fördelning av resurser för en mer jämlik tandvård är en aktuell och angelägen fråga (Folktandvården, 2022; SOU 2021:8). Utifrån dessa likheter i verksamheternas uppdrag och ambitionen att nå alla barn och familjer, ges en grund för samverkan över verksamhetsgränserna.

Samverkan i arbetet med barns hälsa har rapporterats att på olika sätt kunna bidra till bättre kvalitet i den vård och de insatser som ges, både utifrån vårdtagares och vårdgivares upplevelser och erfarenheter (Exempelvis Nygren m.fl., 2021; Sandberg, 2010). I Barnhälsovårdens rikshandbok beskrivs förutsättningar och behov för samverkan mellan barnhälsovård och Folktandvård (Larsson & Alm, 2019). Samverkan mellan dessa verksamheter anses vara nödvändig för att bättre kunna bemöta komplexiteten och samspelet mellan olika faktorer som ligger till grund för karies, övervikt och ohälsosam kosthållning hos barn. Vidare beskrivs hur risken för karies för de flesta barn påverkas av familjens vardagliga rutiner, så som ät-och drickmönster samt tandborstning. Samtidigt påpekas behovet av att uppmärksamma familjeaspekter som är förknippade med ökad kariesrisk, så som brister i omvårdnad och gränssättning samt okunskap eller ointresse för hälsa och munhälsa. I detta sammanhang diskuteras även betydelsen av att genom samverkan och kunskapsutbyte bättre kunna bemöta barn och familjer med olika socio-kulturella bakgrunder, tandvårdsrädsla eller karies hos föräldrar/äldre syskon och uteblivande från tandvårdsbesök. (Larsson & Alm, 2019).

Olika former av samverkan mellan barnhälsovården och Folktandvården förekommer i alla regioner i någon utsträckning. Exempelvis i Region Stockholm, där samverkan bland annat sker genom att förstagångsföräldrar ges munhälsoinformation av Folktandvården på BVC (barnavårdscentral) före 12 månader (Region Stockholm, 2021). I Region Gävleborg utvecklades

och testades en samverkansform mellan barnhälsovården och Folk tandvården genom gemensamma tiomånaders besök vid BVC. Detta är sedan 2015 en ordinarie mötesform i Gävleborgs län. Den centrala Barnhälsovården Sörmland beslutade 2019 att använda en del av ett statsbidrag till att 2020 genomföra och utvärdera den form av samverkan med Folk tandvården som sker i Region Gävleborg. Pilotprojektet i Sörmland har inneburit att barn i tre sörmländska kommuner, i stället för ordinarie besök på Folk tandvården vid ett års ålder, har träffat en tandsköterska på Folk tandvården på familjecentralen tillsammans med sin barnhälsovårdssjuksköterska på BVC vid sina tiomånadersbesök. Det långsiktiga utfallet av pilotprojektet ska följas upp av Barnhälsovården Sörmland och Folk tandvården Sörmland. Dessa kohortjämförelser mellan kariesförekomst hos barn som får ett gemensamt tiomånaders besök och andra barn på jämförbara orter eller jämförbara tidsperioder kommer att ske genom journaluppgifter avseende exempelvis övervikt och kariesförekomst. Hur införandet av den nya samverkansformen upplevs av berörda medarbetare och vilka faktorer och förutsättningar som är av betydelse vid uppstart och införande av en ny samverkansform är i fokus för delstudien som beskrivs i denna rapport.

## 1.2 Forskningsprojektet "Samverkan inom barnhälsovården – betydelse för vårdkvalitet och arbetsrelaterat välbefinnande"

Det övergripande syftet med forskningsprojektet *Samverkan inom barnhälsovården – betydelse för vårdkvalitet och arbetsrelaterat välbefinnande* var att få en förbättrad förståelse för vilka faktorer som är främjande respektive hindrande för att nå barnhälsovårdens mål. Fokus för forskningsprojektet är samverkan och ambitionen är att resultatet ska bidra till fortsatt utvecklingsarbete av barnhälsovårdens arbetssätt och därmed vara till nytta både för medarbetare och barn och deras familjer.

Forskningsprojektet har inkluderat tre delstudier. I delstudie ett och två undersöktes betydelsen av samverkan inom barnhälsovården och skillnader i förutsättningar för samverkan då barnhälsovård bedrivs vid barnavårdscentral respektive familjecentral. En utförlig redogörelse och rapportering av delstudie ett och två finns att tillgå i Rapporten *Samverkan i barnhälsovården - betydelse för vårdkvalitet och arbetsrelaterat välbefinnande* (Geisler och Larsson, 2022).

Parallellt med delstudie ett och två, genomfördes delstudie tre som är fokus i denna rapport. Denna delstudie följer införandet av pilotprojektet för en ny samverkansform mellan personal inom barnhälsovård och Folk tandvård. Delstudie tre avsåg att ge kunskap om de erfarenheter och upplevelser som medarbetare inom barnhälsovården respektive Folk tandvården har av att bygga upp en ny samverkan, samt hur den förändrade situationen i mötet med föräldrar och barn påverkar vårdkvalitet, kunskapsutbyte och medarbetarnas arbetsrelaterade välbefinnande. Ambitionen är att resultatet ska bidra till ökad förståelse för hur samverkan med fördel kan initieras och förankras och vilka förutsättningar och faktorer i detta som påverkar möjligheterna att förbättra arbetet med barns hälsa i Sörmland. Delprojektet kan ge insikter om vilka faktorer och förutsättningar som är av betydelse då nya arbetssätt och samverkansformer införs i arbetet med barns hälsa.

## 1.3 Delstudie 3 – Syfte

Den aktuella delstudien följer och undersöker införandet av en ny samverkansform på BVC vid tre olika familjecentraler i tre olika sörmländska kommuner. Syftet med delprojektet är att få kunskap om fördelar och hinder för samverkan i arbetet med barns hälsa, genom en förståelse för de utmaningar, hinder och möjligheter som berörda medarbetare erfar i relation till den nya samverkansformen.

## 2. Metod

### 2.1. Deltagare och procedur

Studiens deltagare bestod av de BHV-sjuksköterskor vid tre familjecentraler i Sörmland ( $n = 10$ ) och tandsköterskor vid tre av Folk tandvårdens kliniker i Sörmland ( $n = 3$ ) som arbetade i pilotprojektet för gemensamt tiomånadersbesök. Deltagarna fick information om forskningsprojektet, den aktuella delstudien och om deltagande. Samtliga deltagare gav sitt informerade samtycke. Delstudiens datainsamling genomfördes i form av deltagande observation vid pilotprojektets uppstartsmöte, samt två separata gruppintervjuer vid respektive familjecentral som ingick i pilotprojektet. Det betyder att utöver observation vid uppstartsmöte så genomfördes totalt sex gruppintervjuer (2 X 3). Uppstartsmötet genomfördes i oktober 2020 och de uppföljande gruppintervjuerna genomfördes under maj-juni 2021, respektive maj-juni 2022. Samma deltagargrupper fanns med genom hela pilotprojektet, men på grund av sjukdom och personalomsättning var inte varje individ närvarande vid varje enskilt datainsamlingstillfälle.

#### **Deltagande observation vid uppstartsmöte**

Pilotprojektet startades med ett endags uppstartsmöte i oktober 2020. Vid detta möte gav forskningsprojektets ansvariga forskare en presentation av forskningsprojektet "*Samverkan inom barnhälsovården – betydelse för vårdkvalitet och arbetsrelaterat välbefinnande*" samt av den aktuella delstudien som syftade till att följa genomförandet av pilotprojektet. Medarbetarna gavs möjlighet att ställa frågor och informerat samtycke samlades in. Under uppstartsmötet förde forskarna fältanteckningar, det vill säga anteckningar om upplevelser och iakttagelser, när de tog del av den information som gavs och de diskussioner som fördes i relation till pilotprojektet. Vid uppstartsmötet deltog sammanlagt tolv projektmedarbetare/deltagare. Dessutom deltog en vårdutvecklare från Barnhälsovården Sörmland och en chef från Folk tandvårdens Munhälsoteam, vilka hade arrangerat dagen. En dietist deltog även under en del av dagen och gav en föreläsning om kost till barn.

#### **Gruppintervjuer**

De gruppintervjuer som genomfördes med deltagande medarbetare inkluderade både BHV-sjuksköterskor och tandsköterskor vid de tre familjecentraler som ingick i pilotprojektet. Gruppintervjuerna var semistrukturerade och utgick från en intervjuguide (se Bilaga 1). De första gruppintervjuerna genomfördes i april-juni 2021 och de uppföljande och avslutande gruppintervjuerna genomfördes i maj-juni 2022. Då enheterna påbörjade de gemensamma besöken vid olika tillfällen kom uppstartsintervjuerna att ske två till sex månader efter att de haft sina första gemensamma tiomånadersbesök.

Vid respektive gruppintervju deltog mellan två och fem intervjupersoner. Huvudsakligen var det samma grupper som intervjuades vid bägge tillfällena, med undantag för att någon enstaka deltagare föll bort respektive tillkom (exempelvis beroende på sjukskrivning eller personalförändringar). Intervjuguiden till första omgångens gruppintervjuer inkluderade områden och frågor baserade på delstudiens syfte, så väl som från anteckningar och dokumentation från uppstartsmötet. Exempel på områden i intervjuguiden var; uppstart, utformning av besöken, vad samverkan innebär, hur samverkan fungerar, samt vilka lärdomar intervjupersonerna gjort i den nya samverkansformen.

Intervjuguiden till den andra omgångens gruppintervjuer inkluderade i huvudsak samma områden och frågor som vid omgång ett, men med mer fokus på förutsättningar för långsiktig implementering än uppstart. Då gruppintervjuerna var semistrukturerade, uppmuntrades deltagarna att tala fritt om sina erfarenheter av den nya samverkansformen samt att utveckla sina resonemang i relation till arbetet med barn och familjer. Följdfrågor initierades utifrån vad

som sades i intervjuer. Intervjuguiderna fungerade därför inte som manus utan som checklista och stöd vid eventuella pauser i intervjun. Samtliga gruppintervjuer genomfördes digitalt via Microsoft Teams.

## 2.3 Bearbetning och analys av insamlat material

Gruppintervjuerna spelades in och konverterades därefter till ljudfiler som transkriberades. Efter flera genomläsningar av materialet sammanfattades de enskilda intervjuerna. Sammanfattningen utgick från teman i intervjuerna; uppstart, hur besöken ser ut, hur samverkan fungerar, lärdomar och tankar inför avslut/fortsättning samt vissa ämnen, som exempelvis annan samverkan eller särskilda familjer, som endast lyftes i någon intervju.

Analysen inleddes med att resultatet från alla intervjuer sammanfattades. Därefter testades tolkningen genom att söka efter uttalanden som motsade sammanfattningen i intervjuerna. I detta begränsade material fanns inga motsägelser.

Ett analytiskt antagande är att berättandet som handling innebär ett hävdande av en mening "berättarbarhet" (Tellability). Hos Sacks (1992) innebär begreppet att det berättade är förmodat intressant för lyssnaren och hos Bruner (1991) även att det krävs någon form av normbrott för att något ska bli värt att berätta.

Materialet är litet och omfattar få personer, vilket betyder att intervjupersonerna skulle kunna gå att känna igen. Därför benämns alla utsagor från gruppintervjuer i första omgången I1 och alla intervjuer i andra omgången för I2. Det bedöms vara en pragmatisk avvägning mellan rätten till anonymitet och behovet att tydliggöra i vilken fas av pilotprojektet en utsaga härrör.

## 2.4 Etiska överväganden

Forskningsprojektet har granskats och godkänts av Etikprövningsmyndigheten (dnr: 2020-02752). Deltagarna informerades om delstudien vid uppstartsmötet och fyllde i samtycke i samband med detta. Vid de efterföljande intervjuerna påminde forskarna om frivillighet och möjlighet att avbryta medverkan.

# 3 Resultat

## 3.1 Uppstartsmöte

Avsikten med uppstartsmötet var att medarbetare från barnhälsovården och Folk tandvården skulle få träffas och ges tillfälle att gemensamt planera och förbereda inför pilotprojektets start. Vid uppstartsmötet presenterade Barnhälsovården Sörmland och Folk tandvården sina respektive uppdrag och arbetssätt för varandra, samt hur pilotprojektet avsåg att utveckla samverkan för att främja goda kost- och munhälsovanor samt förbättra möjligheten till att identifiera behov av tidiga åtgärder.

Efter verksamheternas inledande presentationer ägnades resterande mötestid åt gruppdiskussioner. Diskussioner fördes först i de nya samverkansgrupperna för varje kommun, därefter i grupp inom respektive profession och sedan åter i de nya kommunala samverkansgrupperna. Diskussionerna fokuserade på förutsättningar för pilotprojektet, med föreslagna praktiska diskussionspunkter som rutiner, kontaktuppgifter, scheman, sjukdom, inbokning av barn, kläder, material, dokumentation samt möjligheter för föräldrarna att diskutera känsliga frågor i enrum med barnhälsovårdssjuksköterskan.



## 3.2 Intervjuerna

Intervjuerna genomfördes som två gruppintervjuer. Identifierade teman var till stor del överlappande mellan de två omgångarna av gruppintervjuer. I intervjuerna beskrevs god samverkan och ömsesidigt lärande mellan professionerna. I den första omgångens gruppintervjuer fanns ett särskilt fokus på uppstarten av pilotprojektet och den nya samverkansformen, där deltagarna berättade om förutsättningar för samverkan samt hur de gemensamma besöken utformats. De uppföljande gruppintervjuerna berörde samma områden som de första intervjuerna, men med tydligare beskrivningar av hur tiomånadersbesöket (med påföljande tvåårsbesök) förändrade folktandvårdens förutsättningar att diskutera munhälsa. Vid de uppföljande intervjuerna lyfte intervjupersonerna även förändrade förutsättningar att genomföra pilotprojektet och samverkansformens framtid efter pilotprojektiden.

### *Förutsättningarna för samverkan under projektiden*

Pilotprojektet avseende den nya samverkansformen mellan barnhälsovården och Folktandvården genomfördes och testas under åren 2021–2022. Pilotprojektet innebar att en tandsköterska hade en del av sin arbetstid förlagd till BVC vid en familjecentral, för att där delta vid barns och deras familjers tiomånadersbesök hos barnhälsovården<sup>1</sup>. Pilotprojektet innebar att tiomånadersbesöket (30 min) på BVC förlängdes med 15 minuter, som var specifikt avsatta för det gemensamma mötet med barnet och familjen.

I gruppintervjuerna framkom att tiden då tandsköterskan deltagit i gemensamt möte med barn och familjer i realiteten kom att skilja sig åt mellan familjecentralerna. På en familjecentral var tandsköterskan oftast med på hela besöket hos barnhälsovårdssjuksköterskan, medan man på en annan BVC planerade ett schema där tandsköterskan gick mellan flera olika barnhälsovårdssjuksköterskors mottagningsrum och därmed deltog vid tre till fyra familjers besök under en timme.

Av gruppintervjuerna framkom även att besöken skiljde sig åt i vissa praktiskt administrativa avseenden. Exempelvis uppgav en tandsköterska att hon hade med sig kontaktuppgifter på en av barnavårdscentralen utskrivna lista över de familjer som var inbokade till gemensamma besök, medan tandsköterskor vid andra BVC behövde samla in kontaktuppgifter i mötet med familjen. Detta påverkade den faktiska tiden för samtal om hälsa och vanor med familjen.

### **Projektkontinuitet**

Vid det andra intervjutillfället framkom att det hade funnits svårigheter med förutsättningarna att genomföra pilotprojektet. På en tandvårdsklinik hade Folktandvården haft svårt med bemanning och tandsköterskan fick därför inte godkänt av sin chef att lämna kliniken. Detta kom emellertid att lösas genom samtal och anpassning så att en annan veckodag i stället kom att bli avsatt för pilotprojektets samverkan. Samverkan hade även påverkats av en ny chef som försökte ändra premisserna för medverkan. De chefer och utvecklare på länsövergripande nivå som arbetade med stödet hjälpte till att betona vikten av att fortsätta med pilotprojektet.

Några intervjupersoner gav ett förslag för att komma till rätta med att brist på kontinuitet i ledning påverkade förutsättningar för projekt:

*”att man har skrivit tvåårskontrakt, så här ska det vara. Det tror jag är viktigt att det är nedskrivet någonstans.” (I2)*

---

<sup>1</sup> I två av kommunerna startades samverkan i och med projektstart. I en kommun hade tandsköterskan redan innan projektet haft delar av sin arbetstid förlagd till Familjecentralen där tandsköterskan träffade ettåringar, deltog i föräldragrupper och i viss mån även var tillgänglig på öppna förskolan.

I citatet ges ett förslag om att deltagande i projekt ska formaliseras, för att på så sätt inte vara villkorat eller beroende av enskilda chefers motivation till att delta i ett projekt. Förslaget omfattar endast projekttiden, dvs förutsättningarna för att genomföra det projekt som påbörjats.

### ***Sammanhangets betydelse för samtalet om munhälsa***

I intervjuerna framkom det att pilotprojektet innebar mer än bara ett gemensamt besök. Ordinarie tandborstgåva till familjerna kompletterades även med tandkräm vid alla tiomånadersbesök. Praktiskt blev pilotprojektet också ett tillägg i barnens Tandvårdsvårdsprogram. Det innebar också att den generella insatsen för första besöket på Folktandvården, förskjuts. Barnen kommer därför att ha sitt första fysiska besök hos Folktandvården vid två års ålder i stället för ordinarie besök vid ett års ålder. Därefter sker det efterföljande ordinarie besöket som vanligt vid tre års ålder.

Tabell 1. Beskriver ordinarie verksamhet samt projektet

<b>Tidpunkt i barnens liv</b>	<b>Ordinarie verksamhet</b>	<b>Pilotprojektet</b>
Åtta månader	BHV gör hembesök Tandborste	Som ordinarie
Tio månader	BHV	BHV + FTV Tandborste + tandkräm
Ett år	BHV Tandborste	Som ordinarie
Ett år	FTV Tandborste	Endast barn med risk, de följs upp i telefonkontakt
Två år	FTV Ingen ordinarie verksamhet då besöket ersätter ettårsbesöket	Senare tidpunkt för första besök hos FTV- mer utvecklade tänder

Tidpunkten för när i barnets utveckling som samtal om tänder sker påverkar hur det går att tala om tänderna. En tandsköterska beskriver:

*”Ska jag börja, från Folktandvårdens sida. Som ettåring när de kommer till oss annars så har de ... barnen har kommit så mycket längre i sin utveckling och de flesta har fått tänder, det är inte säkert att de har fått nu när de kommer som tiomånaders” (11)*

Även förutsättningarna för barnhälsovårdens besök ser annorlunda ut genom pilotprojektet, en intervjuperson berättar att deras familjecentral tidigarelägger delar av den tandvårdsdiskussion som barnhälsovårds-sjuksköterskan annars skulle ha haft vid tiomånadersbesöket.

*”Skillnaden för oss blir väl att vi kanske inte har pratat så mycket tandvård vid tio månader som vi lägger mycket krut på det vid åtta månaders hembesök också. Det blir en upprepning, men det är nog bara positivt, som sagt.” (11)*

I bägge ovanstående citat lyfts det fram hur det gemensamma tiomånadersbesöket skapar ett nytt sammanhang att samtala om tänder, kost och munhälsa. I citatet från tandsköterskan handlar det om när de kommer in i barnets liv, att det påverkar när i barnens tandutveckling de möter dem. Detta skapar olika förutsättningar för samtalet om flertalet barn har konkreta tänder att tala om, eller om tänderna fortfarande är något kommande och därmed mindre närvarande. I citatet från barnhälsovårdssköterskan är det delvis en annan aspekt av sammanhanget, vid åtta månader i hemmiljön med tandborsten som gåva finns goda

förutsättningar för att lyfta tandborstning. Genom att Folktandvården finns i rummet vid tiomånadersbesöket förbättras även förutsättningar att tala om tandvård.

### **Fördelar med gemensamma besök**

I gruppintervjuerna beskrivs det gemensamma tiomånadersbesöket som en annorlunda besöksform för Folktandvårdens tandsköterskor, medan det för barnhälsovårdssköterskor beskrivs mer som en ny variant av samverkan. Ingen av parterna talar om några nackdelar med arbetssättet. De talar om fördelar för sina respektive uppdrag och fördelar som de ser för familjerna (se figur 1).

Avsedda fördelar	Ytterligare fördelar av besöket	Andra samverkansfördelar
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ökad samverkan</li><li>• Tidigare upptäckt av kariesrisk</li><li>• Välbekant miljö för familjen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Familjekontext för FVT</li><li>• Breddad kompetens i mötet</li><li>• Fördjupad professionell kompetens</li><li>• Tänder mindre känsliga än övervikt</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Arena att diskutera och bemöta särskilda behov hos enskilda familjer med större barn</li><li>• Möjlighet att diskutera utveckling av</li></ul>

Figur 1 Föreställer avsedda fördelar med projektet, ytterligare fördelar i besöket, samt samverkansfördelar genom fysiska möten mellan professioner

### **Fördelar för Folktandvården**

Tandsköterskorna anger både BVC som en välkänd plats och barnhälsovårdens kunskap om föräldrar som viktiga för hur de gemensamma besöken skiljer sig från deras ordinarie ettårsbesök. Tandsköterskorna nämner att föräldrar är mer avslappade på BVC än i Folktandvårdens lokaler och att deras barn därmed också är lugnare. Det är en välbekant situation för barnet med skötbordet på BVC eller i knäet på sin förälder. En tandsköterska betonar att föräldrars lugn innebär en tillgång:

*”Ja, det blir det för många tycker inte att det är så roligt att komma till Folktandvården så man ser redan på föräldrarna att en del är väldigt spända och då blir barnen det med. Det blir lite mer laddat med den här stolen och alla grejer... på BVC blir det mer lugnt, lite mer familjärt. Det är positivt för det blir lättare för mig att titta och sen får jag mycket mer information om barnet runt omkring, vilket man inte får på samma sätt när man bara har träffats första gången.” (I1)*

Sammanhanget har bidragit till att Folktandvården i flera fall har fått kännedom om hälso- och sjukdom hos enskilda barn som kan påverka tandstatus och munhälsa. Det gemensamma besöket ger bättre förutsättningar för samtal om munhälsa även utifrån livsstilsaspekter, det blir mer dialog:

*”Det blir mer ett samtal än informationen som kanske har varit när de har kommit till oss på Folktandvården.” (I1)*

Den större helheten där mun- och tandhälsa är en del av barnets övergripande hälsa innebär även att det kan bli mer ärliga diskussioner om barnens kostvanor. En intervjuperson berättar:

*Här blir det mer på ett annat sätt, här blir det mer avslappnat och då berättar de precis, för de tänker på att barnet ska få i sig allt. Man får*

*bättre information och en större helhet än när de sitter i tandläkarstolen med sitt barn i knät och ska svara på mina frågor. Då äter de inte godis och dricker ingen saft, då har de aldrig smakat något sött. (I2)*

Tandsköterskan talar om att det gemensamma besöket skapar en större helhet och ger förutsättningar för diskussion och dialog om barnets kost och utveckling, inte en moralisk fråga där föräldrarna fokuserar på det moraliskt "korrekta" att inte utsätta sina barn för kariesrisken socker innebär.

#### **Fördelar för barnhälsovården**

Även barnhälsovårdens sjuksköterskor uppger fördelar med gemensamma diskussioner då samma livsval vad gäller kost och vanor påverkar hälsan på flera sätt. Genom tandsköterskans medverkan och perspektiv aktualiseras tänder. Munhälsa är mindre laddat än övervikt och förenklar diskussion om kostvanor. Som en intervjuperson berättar:

*"Jo, det blir en styrka och vi jobbar mycket med övervikt, till exempel, men nu kommer ett annat perspektiv också in med tänderna. Det är så laddat att prata om övervikt, men det är inte bra för tänderna heller. Det är lättare nästan att prata om det och det är viktigt att det kommer in tidigt." (I1)*

Barnhälsovårdssköterskorna nämner också att de gemensamma besöken bidrar till fördjupade frågor om munhälsa och innebär andra sätt att ställa frågor om tänder, munhälsa, kost och matvanor än vad de annars har haft möjlighet till i sina enskilda möten med barn och familjer. Barnhälsovårdssköterskor lyfter hur tandsköterskan skapar ett sammanhang för tandborsten:

*"De får bra... vi har pratat tänder, men inte på samma sätt som [namn] gör och hon känner i munnen, är det på gång och ger lite tips som inte vi kan riktigt. Du kan börja borsta redan nu och lämnar över tandborste fast du inte har tänder." (I1)*

Genom samverkan i det gemensamma besöket bidrar Folktandvården till barnhälsovårdens möjligheter att diskutera tänder, tandborstning och kostvanor med familjerna.

#### **Fördelar för familjerna**

Av gruppintervjuerna framgår även att intervjupersonerna upplever att föräldrar är positiva till de gemensamma besöken, både eftersom de innebär att man inte behöver gå till två olika besök och ta sig till två olika platser för dessa besök. Däremot framkommer det inte att föräldrarna har talat om några fördelar av själva samverkan som det gemensamma besöket innebär.

De professionella ser fördelar för föräldrar med det gemensamma besöket, främst att pilotprojektet erbjuder bättre förutsättningar för att stötta föräldrar i att främja sina barns hälsa. Som en barnhälsovårdssköterska uttrycker det:

*"Det kan vara rätt jobbigt för många att borsta tänderna där mellan ett och ett halvt upp till tre års ålder, de är inte så medgörliga alla barn i den åldern. Då kanske de skulle behöva mer stöttning, föräldrarna." (I1)*

Och tandsköterskan hen arbetar med fyller i och utvecklar hur projektet påverkar förutsättningar att ge stöd:

*"Ja, [...] alla barn har förut kallats in vid ett år och sen har man de som är fina i munnen har fått vänta och komma till tandläkare när de är tre. Nu kommer alla de här barnen få komma när de är två till tandsköterska och*

*det kommer också ge en stöttning till alla ... som också är en bra del i projektet att det blir så.” (I1)*

De barn som deltar i tiomånadersbesöket kallas till en tandköterska i Folktandvården vid två års ålder i stället för vid ett års ålder. Det blir ytterligare en möjlighet att se barn med risk för sämre munhälsa. En intervjuperson menar att detta särskilda uppmärksammande även innebär att familjerna får andra förutsättningar då dialogen gör att *”beteendena får en chans att ändras innan de har gett karies”* (I1).

Vid tidpunkten för den andra gruppintervjun hade tandköterskorna hunnit kalla några av de barn som varit på tiomånadersbesök på det tvåårsbesök som ersatte ordinarie ettårs besök. De tre tandköterskorna berättar om detta som en positiv erfarenhet, men de är försiktiga när de talar om besöken och betonar som intervjupersonen ovan att det är ett fåtal besök. En intervjuperson beskriver de positiva förutsättningarna med tvåårsbesöken:

*”bara att man träffar dem en gång till när de är två i stället för att de är tre är ett sätt att trycka på hur viktig munhälsan är ... och att man kan fånga dem. En del kanske har goda rutiner som tio månader, för att vara en tio månaders så är det goda rutiner gällande kost och kostvanor, men att man kan följa upp när de är två år också för då har man en helt annan rutin med kostvanor och vad man äter och hur man äter.”(I2)*

Genom att familjen och tvååringen fått fler etablerade vanor än vid tio månaders ålder, så har samtalet om tänder andra förutsättningar än samtalet skulle ha haft när barnet var tiomånader eller ett år. Familjerna till tvååringarna är samtidigt sannolikt mindre fast i sina vanor än vad familjer till treåringar är. Det påverkar hur besöket går till, barnen *”är så små så det är inga stora grejer utan det är mer att man behöver informera vikten av att borsta tänderna”* men i vissa fall behöver tandläkaren tillkallas *”om det varit karies som man känner att det finns risk för eller att det har varit något.”(I2)*

Sammanfattningsvis upplever tandköterskorna att kombinationen av tiomånadersbesök och tvåårsbesök ger bättre förutsättningar att stötta familjens och därmed även barnens framtida tandstatus.

### ***Gemensamt fokus: stötta i gränssättning***

Tandborstning och kostvanor är aspekter av föräldraskapet som etableras när barnet är litet. Intervjupersonerna talar om vanor som en fråga om att skapa förutsättningar där barnet har föräldrarna som både förebild i ätande, och motpart när det gäller gränssättning och föräldraansvar, och att de i sina professioner kan behöva stötta detta.

*Jag tror att man själv är lite rädd för att sätta gränser och då blir det lätt ... gör man inte det när barnen är små, då tar de lätt över och mat som vi nyss pratade om blir en väldig maktkamp. Där kan barnen välja att inte äta ... och så ger man något annat i stället, då förstärker det[...] tandborstning måste de göra. Då säger jag att ni får hålla fast barnet och borsta tänderna för det ska göras. (i2)*

Intervjupersoner talar om föräldrar som agerar önskvärt genom att uppmuntra barnen att testa nya saker och själva äta på ett bra sätt, *”har man bra vanor och rutiner och det man har på bordet brukar barnen vilja smaka på. (I2)”*. Det handlar även om att föräldrarna ska sätta viktiga gränser, som en intervjuperson uttrycker det gällande tandborstning:

*Det är så att barn i dag ska göra väldigt mycket som de vill, de ska inte behöva göra något som de inte vill, men tandborstning är något man måste göra oavsett om de vill eller inte. Det är vi också väldigt tydliga med. Det är väldigt mycket att de inte vill. (12)*

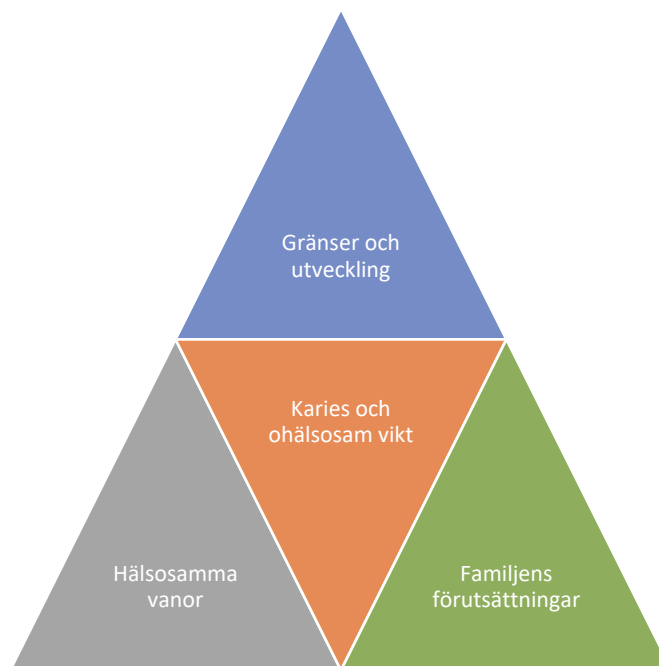
Inom barnhälsovården finns en möjlighet att lyfta problematiska beteenden när de sker. En intervjuperson talar om småätande:

*”Många kan komma med något i handen när de kommer innanför dörren och så säger vi att det är inte bra att de småäter hela tiden, det blir hål i tänderna. Det [...] handlar om deras gränssättning.” (12)*

Småätande är en aspekt av behov av gränser för barnet och berör hur familjens vanor, förutsättningar och möjlighet att ta konflikter ser ut.

### **Karies och vikt som fokuspunkt**

I Figur två finns en beskrivning av hur karies och ohälsosam vikt fungerar som en fokuspunkt för uppdragen att långsiktigt främja barnens hälsa genom att undvika ohälsa och sjukdom. I mitten av figuren finns risken för sjukdom, i form av karies och över- eller undervikt. För att undvika detta finns beteenden och förståelse för förutsättningar som för vuxna skulle varit en del av en egenvård. Då det handlar om små barn blir detta ett föräldruppdrag.



Figur 2 Tiomånadersbesökens inriktning med karies och vikt relaterat till gränser, vanor och familjens förutsättningar

Genomgående i gruppintervjuerna är att intervjupersonerna från bägge professionerna förhåller sig till besöket och familjen på liknande sätt. Det finns en samsyn både vad gäller uppdrag och genomförande. Genom mötet vill de påverka föräldrarna att möjliggöra en bättre hälsa för barnet. Professionerna har liknande strategier för att kunna möta och stötta föräldrarna där de är. De ser detta som nyckelfaktorer för att stötta föräldrar att främja barnens utveckling, sätta bra gränser och skapa hälsosamma vanor.

Olika familjer har olika förutsättningar, som antal barn och eventuella sjukdomar, eller livssituationer som exempelvis påverkar möjligheten att sätta gränser för barnet. Barnets

gränser samverkar med utveckling, både vad gäller att utveckla strategier och vanor. Vanorna i familjen påverkar barnets förutsättningar för hälsa och utveckling.

### *Samverkan mellan professioner:*

En annan fördel med samverkan genom de gemensamma tiomånadersbesöken är att de även öppnar för andra former av samverkan, både professionellt utbyte och möjlighet att ha snabbare kontaktvägar när någon familj med barn i andra åldrar än tio månader behöver särskilt stöd med tandvård eller när tandvården ser behov av barnhälsovård. En intervjuperson talar om hur det skapats forum för att diskutera frågor som är viktiga för båda professionerna:

*”Att det ger en samsyn i andra frågor också, att man har ett forum att diskutera. Jag hade med mig en fråga häromdagen angående hur man uttry... vad man har för rekommendationer när det gäller napp, till exempel. Att det på så sätt skapar ... att säga samma saker och varför man säger vad.” (1)*

Intervjupersonerna vid en BVC nämner att kontakten har inneburit att de bokat in även något äldre barn med tandproblem på tiden när tandvården är på BVC/familjecentralen.

*”hade ett fall även som vi tog ... det var lite större barn som passade lämpligt [...] det var en lite speciell familj och då löste vi det så, men annars är i huvudsak så klart tiomånaders, men det var faktiskt väldigt bra att kunna ta det här på plats.”(1)*

I citatet framgår att samverkan skapar förutsättningar för att arbeta med de familjer som behöver mer än det generella stödet från barnhälsovård och Folktandvård.

### *Om projektet ska lanseras i länet*

Intervjupersonerna tror att det kan vara svårt att implementera tiomånadersbesöket som en länsövergripande samverkansform om det inte tillsätts resurser, från både barnhälsovård och Folktandvård. En intervjuperson uttrycker det så här:

*Dels att vi har lokalerna, vi har rummen som de kan sitta i och [Namn] har fått vara här, en möjlighet att hon har kopplat sig hit. Tandvården, hur de tänker i framtiden, om de ska satsa på det här för andra, då måste de ha fler tandsköterskor som ska ut och jobba. Nu verkar det vara krisigt ... det är vad man satsar på, men jag tycker att det är med barnen vi ska börja.*  
(12)

I citatet lyfts flera olika resurser som krävs för att samverkansformen ska fungera. Barnhälsovården behöver ha lokaler där det finns utrymme för tandsköterskor, Folktandvården behöver avsätta personal för arbete på andra platser än kliniken. Genom att börja med barnen finns förutsättningar för en förebyggande tandvård, men det kan vara svårt att prioritera när det är ont om resurser.

När frågan om förberedelser för större lansering i länet aktualiserades i intervjuerna talade intervjupersonerna särskilt om betydelsen av förberedelser och möjlighet till att kunna samplanera. Flera intervjupersoner uttryckte att den praktiska planering de fått möjlighet att göra vid uppstatsmötet var en stor tillgång för projektet.

I relation till framgångsfaktorer för eventuella kommande projekt lyfte deltagarna även bemötande och respekt som viktiga förutsättningar för samverkan. I den inledande intervjuomgången uttryckte intervjupersonerna ömsesidig uppskattning för varandra. En tandsköterska sa så här:

*”Jag tror att det är jätteviktig att personkemin stämmer, att man jobbar för samma sak. Ja, men det har varit jättebra, jag har känt mig så välkommen och ni har varit så gulliga och vi har ... vi pratar ganska tidigt att är det något så pratar vi med varandra.” (I1)*

Barnhälsovårdssköterskor i en kommun där det även finns BVC-mottagningar som inte är lokaliserade på familjecentraler uttrycker att personal vid dessa BVC uttryckt att de också önskade motsvarande samverkansform med Folktandvården. En annan intervjuperson betonar att projektformen innebar särskilda resurser och att om projektet ska lanseras i länet behöver det även finnas resurser i form av personal på Folktandvården:

*”Alla är familjecentraler som har startat det här projektet, sen vill de även att vanliga BVC som inte har det här under sitt ... men då är frågan med tandsköterskor, om de kommer att räcka till. Det är en fråga som kommer bli för då måste man se att det finns personal som kan komma ut. Det tror jag blir nästa steg, hur ni kan släppa på personalen, men här har det fungerat. [Namn] har varit väldigt öppen och hon har ... ni har fått styra vilken dag ni ville ha också. Det tror jag är ett problem med samverkan, att man är olika. Man drar åt två olika håll, man måste vara på kliniken också.” (I1)*

I citatet betonas flera viktiga aspekter av förutsättningarna för projektet, att Folktandvården både behöver ha viss mängd personal och att den personalen behöver kunna lägga upp tiden så att olika arbetsuppgifter inte konkurrerar med varandra. Det gemensamma projektet kräver resurser i form av tid att avsätta för samverkan och möjlighet att planera vilka dagar tiomånadersbesöken ska ske.

I en intervju framgår hur projektet har upplevts som en tillgång för arbetet med barns hälsa som även andra enheter vill ha, och som intervjupersonerna anser också vore bra för barnhälsovården i hela länet.

*Det tycker jag att det måste vara väldigt fattigt att inte ha ... vi vet att de andra BVC har inte så här, vi känner ... det är lyx, det är kanon, det är så här det ska vara för alla. Vi kan tycka synd om de andra [...] de blir lite avundsjuka ... (I2)*

En intervjuperson lyfter att eventuellt motstånd mot projektet handlar om hur Folktandvårdens ledning tänker gällande resurser:

*jag tror att ledningen tycker att det blir för mycket vårdtid på barnen, men det är bara vårdtiden i hela kedjan för att det ska bli mindre att göra i andra ändan ... som man gör det här.*

I citatet lyfts pilotprojektets samverkansform som en preventiv satsning som kan innebära bättre munhälsa för barnen när de sen blir äldre.

Sammanfattningsvis är intervjupersonerna positiva till pilotprojektets samverkansform och beskriver hur den samverkan som det gemensamma tiomånadersbesöket innebär ger fördelar både för familjerna och deras eget respektive professionsutövande.



## 4 Diskussion

### 4.1 Diskussion

Gemensamma tiomånadersbesök med barnhälsovård och folktandvård är ett exempel på en ny form av samverkan i arbetet med barns hälsa. Intervjupersonerna är alla mycket positiva till denna nya samverkansform och menar att pilotprojektet innebär fördelar i arbetet med barn och familjer som med fördel bör bli implementerat. Intervjupersonerna beskriver hur samverkansformen med gemensamma besök både innebär ömsesidiga fördelar för professionerna och fördelar för barn och familjer.

I gruppintervjuerna beskrivs en samverkan som fungerar bra, där det finns ömsesidiga fördelar av gemensamma besök. Sammanhanget med gemensam undersökning och diskussion avseende barnets hälsa och utveckling samt munhälsa och kostvanor innebär även att barnhälsovården och Folktandvården vet att de förmedlar samma budskap till föräldrarna. Barnhälsovårdens sjuksköterskor får tillgång till expertis som ytterligare kan belysa och betona vikten av goda kostvanor och tandvård. Tandsköterskans närvaro upplevs ge mer tyngd åt dessa hälsoaspekter än när de lyfts av ordinarie barnhälsovårdssköterska som en enskild del av barnets hälsa. Folktandvården ges samtidigt tillgång till ett sammanhang där barns munhälsa och kostvanor kan diskuteras i relation till barnets hälsa i stort och även på ett mer avspänt sätt. Det gör att det finns bättre förutsättningar att diskutera munhälsa och kostvanor med föräldrar. Om barnhälsovården lyfter en problematisk kostvana som exempelvis saft som återkommande måltidsdryck när Folktandvården är med, finns medvetenhet om hål i tänderna med i rummet genom tandsköterskan. Det finns även en skillnad gällande relevans i nuet, familjer med riskbeteenden vad gäller kost och livsstil riskerar ofta ohälsa i form av hål i tänderna redan när barnen är små, medan ohälsosamma levnadsvanor kan ge även andra hälsoproblem i ett senare skede av livet.

Det är tydligt i intervjuerna att de båda professionerna har en samsyn om syftet med de gemensamma tiomånadersbesöken. De lyfter även att förberedelserna för pilotprojektet har varit goda samt att deras samverkan har gynnats av att den andra parten (personen) varit så lätt att arbeta med. En tolkning av detta är att det inte är bara en fråga om så kallad personkemi utan en samstämmighet i uppdrag.

Intervjupersonernas samverkan präglas av likhet i perspektiv på uppdrag och målsättning vad gäller arbetet med familjer. Analysen av intervjuerna accentuerar det som något som präglar deras samverkan. Det finns en tydlig likhet i uppdrag, där både Folktandvård och barnhälsovård verkar hälsofrämjande i första hand och behandlande i andra hand. Intervjupersonerna beskriver sitt uppdrag som att informera och uppmuntra föräldrar att främja både munhälsa och hälsa över lag. Diskussioner och beskrivningar i intervjuernas utsagor präglas därför av en gemensam verksamhetslogik. I intervjuerna och i uppstartsmötet berättar båda parter om utmaningen att få föräldrar att sluta ge barn söta drycker och kakor och att sluta tillåta småätande. Det finns även starkt överlappande ambitioner hos professionerna att hjälpa föräldrar att se långsiktigt på barnens välbefinnande, genom att planera ätande, sätta gränser och inte acceptera barnets nej till exempelvis tandborsten. I stunden kan det innebära konflikter men det bidrar till att barnen på lång sikt får hälsosammare vanor. Denna gemensamma verksamhetslogik innebär att det inte finns någon konflikt kring, eller behov av att tydligt uttala för den andra professionen varför vissa professionella handlingar genomförs. Barnhälsovården och Folktandvården delar på så sätt viktiga gemensamma värderingar. Den andra professionens handlingar blir ett komplement som förstärker det egna uppdraget. Det innebär att uppstarten av detta projekt kan ha krävt mindre arbete med att artikulera respektive verksamhetslogiker, det vill säga

berätta om hur och varför vissa handlingar är viktiga, än uppstarten av andra projekt där uppdragen inte kombineras lika lätt.

I denna delstudie beskrivs upplevelser av fördelar med den nya samverkansformen. Varken barnhälsovården eller Folk tandvården upplever att det finns problem med samverkan kring tiomånadersbesöket när det finns resurser i form av avsatt tid. Pilotverksamheten har genomförts på familjecentral, men verksamheten kan lika väl bedrivas på vanlig BVC. Det väsentliga är att det kräver avsatta resurser i form av tid för uppstart och tid för genomförande.

En slutsats som kan dras är att denna nya samverkansform, har goda förutsättningar att bli framgångsrik därför att parterna verkar för barnets och familjens behov och ser fördelar med kompetenskomplettering. Som annan samverkan kräver den stöd från ledning och faktiska resurser för att kunna implementeras. Utifrån den här begränsade studien finns stora upplevda fördelar med tiomånadersbesök. Det finns fördelar som sannolikt kunde gynna andra barn i länet.

## 5 Referenser

### Skrifter

Bruner, J. (1991). *The Narrative Construction of Reality*. *Critical Inquiry* 18(1) pp. 1–21.

Nygren, U. S., Tindberg, Y., Erikson, L., Larsson, U., Sandberg, H., & Nordgren, L. (2021). Healthcare professionals' perceptions about interprofessional teamwork: a national survey within Swedish child healthcare services. *BMC Health Services Research*, 21:265, doi: 10.1186/s12913-021-06139-3

Sacks, H. (1992). *Lectures on Conversations*. Sacks, H. (1992). Oxford: Blackwell.

Sandberg, H. (2010). The concept of collaborative health. *Journal of Interprofessional Care*, 24(6). doi: 10.3109/13561821003724034

Socialstyrelsen (2014). *Vägledning för barnhälsovården*. Artikelnummer: 2014-4-5

Socialstyrelsen (2020). *Nationell kartläggning av barnhälsovården – en jämlik och tillgänglig barnhälsovård*. Artikelnummer: 2020-10-6889

### Webbkällor

SOU (2021:34). *Börja med barnen! Sammanhållen god och nära vård för barn och unga*. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2021/05/sou-202134/>

Geisler, M. & Larsson L (2022), Samverkan i barnhälsovården-betydelse för vårdkvalitet och arbetsrelaterat välbefinnande. FoU i Sörmland Rapport 2022:1. 2022-12-08 [https://www.fou.sormland.se/media/2782/fou-rapport-2022\\_1-samverkan-i-barnhalsovarden.pdf](https://www.fou.sormland.se/media/2782/fou-rapport-2022_1-samverkan-i-barnhalsovarden.pdf)

Larsson och Alm (2019). Samarbete barnhälsovård och tandhälsovård i *Rikshandboken Barnhälsovård-för professionen*. 2022-12-08 <https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/samverkan/samarbete-barnhalsovard-och-tandhalsovard/>

Region Stockholm (2021) *Barnhälsovård i samverkan med folktandvården*. 2022-11-18 <https://kunskapsstodforvardgivare.se/omraden/barn--och-ungdomars-halsa/riktlinjer-for-bvc/barnhalsovarden/regionala-riktlinjer/samverkan/barnhalsovard-i-samverkan-med-folktandvarden> (dvs webblänk)

Rikshandboken Barnhälsovård. *Rikshandboken Barnhälsovård-för professionen*. 2022-12-08 <https://www.rikshandboken-bhv.se>

Socialstyrelsen (2022) *Barnhälsovården*. 2022-04-11 <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/barn-och-unga/barn-och-unga-i-halso--och-sjukvarden/barnhalsovarden/>

## 6. Bilagor

Bilaga 1      Intervjuguide

## **Bilaga 1 intervjuguide**

**Syftet med Delstudie 3: Genom att "följa" införandet och processen av det nya arbetssättet mellan BHV och FTV få insikt och kunskap om fördelar och hinder för samverkan i relation till barnhälsovårdens uppdrag och mål. Vad innebär det för verksamheten och för medarbetare – vad är viktigt att tänka på då nya sätt att samverka införs?**

**Övergripande syfte i intervjun är att tala om roller, samarbete och samverkan**

### **Intervju 1**

**Övergripande syfte i intervjun är att tala om roller, samarbete och samverkan**

**Hur ser era erfarenheter ut beträffande det nya arbetssättet?**

**Vad har fungerat bra/mindre bra?**

Kan du berätta om projektet? Har ni kunnat genomföra de gemensamma besöken?

Hur ser dagar med samverkan ut för dig? Hur känns de?

Har det inneburit annan förändring i ditt arbete-ex skillnad i arbetsuppgifter? Hur känns det?

**Projektets påverkan på arbetet med barn och föräldrar (det "egna" uppdraget/det gemensamma uppdraget).**

**Måluppfyllelse**

**Hur tror du att barn och föräldrar påverkas av det nya arbetssättet?**

Hur tror du att barns munhälsa och övrig hälsa påverkas?

Hur tror du att barn och familjer upplever mötet?

Vad tror du det beror på?

Finns det något ni alltid pratar med föräldrarna om?

**Projektets påverkan på samverkansupplevelsen hos professionen**

Vilka brukar ni samverka med?

**Hur har det nya arbetssättet påverkat din upplevelse av samverkan?**

Är BHV/FTV en ny profession att samverka med för dig? Är något annorlunda mot andra samverkansparter?

Hur har det varit att arbeta utanför folktandvårdens lokaler?

Vilka insikter/lärodomar har du fått av projektet?

**Har projektet påverkat din arbetssituation?**

**Har era chefer kontakt? Skulle det behövas?**

**Efter Pandemin- har FTV kontakt även med andra på familjecentralen?**

## **Projektets resurser**

**Vilken betydelse har** planering och uppstarts träff haft för förberedelsen av er samverkan?  
Vad har varit bra/till nytta och vad har saknats?

Har något ändrats efter hand/ behövs/behöver komma på plats efter hand?

Har något förvånat dig? Varför?

Om det ska implementeras stort i länet vad vore viktigt att tänka på?

## **Avslut**

Finns någon viktig aspekt gällande roller, samarbete och samverkan vi/jag ej frågat om? Finns det annan fråga jag/vi glömt att ställa?

## **Summering av intervjun- stämmer tolkningen**

## **Intervju 2**

**Vad har hänt sen vi sågs sist** ( i maj-juni)- är det någon som slutat, träffas ni lika ofta osv.

Har ni vidareutvecklat något i besöken?

Hur långa brukar besöken vara?

**Har ni varit på gemensamma träffar med FTV-BHV inom pilotprojektet? Har det varit bra?**

Har ni haft diskussioner om utveckling av besöken?

**Gör ni lika på de olika platserna?**

(har de fått presentera för övriga länet?) Har det funnits intresse för pilotprojektet i egen organisation eller från andra?

## **Projektets påverkan på samverkansupplevelsen hos professionen**

Vilka brukar ni samverka med?

**Hur har det nya arbetssättet påverkat din upplevelse av samverkan?**

Är BHV/FTV en ny profession att samverka med för dig? Är något annorlunda mot andra samverkansparter?

Hur har det varit att arbeta utanför folktandvårdens lokaler?

Vilka insikter/lärdomar har du fått av projektet?

**Har projektet påverkat din arbetssituation?**

**Har era chefer kontakt? Skulle det behövas?**

## **Projektets resurser**

### **Frågor till FTV**

Hur många av dessa barn har folktandvården hunnit återse? Pga- kariesrisk, på regelbundna besök.

Hur har ni gjort när ni upptäckt risk för karies hos barn? Vad gör ni på uppföljningsbesöken? Har detta ändrats under projektets gång?

Vad har de sett över tid? Har ni haft två års träff med några?  
Är det någon skillnad i diskussion/kommunikation med föräldrar?

### **Frågor till BHV**

Har ni uppmärksammat något i uppföljningen av barnens hälsa?

BHV- upplever de att det är någon skillnad i diskussionerna med föräldrar som haft 10- månadersbesöken vad gäller kost och hälsa? (får ni andra frågor, märks det skillnad)

Vad tror de att det innebär för barnens hälsa?

Finns någon viktig aspekt gällande roller, samarbete och samverkan vi/jag ej frågat om? Finns det annan fråga jag/vi glömt att ställa?

### **Summering av intervjun- stämmer tolkningen**

(Klinikstorlek- antal personer på FC, FTV, och antal barn de har ansvar för)  
Tandkräm och tandborste är det också del av insats eller hade de fått det ändå?