

Kariesprevention hos förskolebarn

med fokus på samverkan och samsyn

Författare: Christine Hummelblad

Folkhälsovetenskap AV, Vetenskapligt arbete I
Huvudområde: Folkhälsovetenskap
Högskolepoäng: 15 hp
Termin/år: Vårterminen 2019
Handledare: Niclas Olofsson
Examinator: Katja Gillander Gådin
Kurskod/registreringsnummer: FH006A

Abstrakt

Till följd av rådande försämring av tandhälsan uppmanar Världshälsoorganisationen, såväl som nationella instanser, till preventiva åtgärder. Dessa kariespreventiva insatser ska ha ett fokus på barn och uppmuntras till att bedrivas genom samverkan. Studien ämnade därmed att undersöka graden av samsyn mellan olika samverkande professioner i ett kariespreventivt projekt riktat till förskolebarn. Likaledes belystes framgångsfaktorer och hinder för samverkan samt hur samverkansarbetet avseende kariesprevention har påverkats då preventionen riktat sig till identifierade riskgrupper. Datainsamling har bestått av semistrukturerade intervjuer och dataanalysen har bearbetats med hjälp av innehållsanalys. Resultatet visade att det rådde en hög grad av samsyn hos de samverkande professionerna gällande förväntningar och mål och samtliga professioner ansåg att samverkansarbetet hade inneburit ett kunskapsutbyte som varit positivt för både aktörer, den egna professionen och det kariespreventiva arbetet. Samverkansarbetet hade vidare inneburit ett enat budskap som via en ny arena når ut till föräldrar och pedagoger. Ytterligare samsyn rådde gällande tilltron till det gemensamt skapade bildmaterial för att sprida kunskap till identifierade riskgrupper. Projektets placering och utformning tydliggjorde också dess riktade insatser mot identifierade riskgrupper. Ovannämnda aspekter som framträtt gällande samsyn, framgångsfaktorer och riktad prevention finner även stöd i tidigare forskning. För framtida forskning kan studien förhoppningsvis ge kunskap gällande samverkansarbete för kariesprevention såväl som samverkansarbete inom andra områden.

Nyckelord

Förskola, karies, samverkan, socioekonomi, tandhälsa

Abstract

As a result of the prevailing deterioration of dental health, the World Health Organization, as well as national bodies, calls for preventive measures. These caries preventive efforts should have a focus on children and encouraged to be conducted through collaboration. The study thus aimed to examine the degree of consensus between various cooperating professions regarding a caries prevention project directed at preschool children. Similarly, success factors and barriers to collaboration were highlighted as well as how the collaborative work on caries prevention was influenced when prevention focused on identified risk groups. For data collection semi-structured interviews has been used and the data analysis has been processed with content analysis. The result showed that there was a high degree of consensus between the collaborative professions regarding expectations and goals for the caries preventive work. All informants considered that the collaboration work had meant a knowledge exchange, positive for both the profession and the caries preventive work. The collaboration work had also meant a unified message that via a new arena reaches out to parents and educators. Also, consensus prevailed regarding the image-based, material to disseminate knowledge to identified risk groups. The project's location and design also clarify its targeted efforts against identified risk groups. The above-mentioned aspects that emerged, for both consensus, success factors and targeted prevention also find support in previous research. Hopefully, for future research, the study can provide knowledge in collaboration work in caries prevention as well as collaborative work in other areas.

Keywords

Caries, collaboration, oral health, preschool, socioeconomic,

Innehållsförteckning

| | |
|--|-----------|
| BAKGRUND | 4 |
| TIDIGARE FORSKNING – NATIONELLT PERSPEKTIV PÅ KARIESPVENTION | 5 |
| TIDIGARE FORSKNING - INTERNATIONELLT PERSPEKTIV PÅ KARIESPVENTION..... | 5 |
| KARIESPVENTION I VÄSTRA GÖTALAND | 6 |
| FOLKHÄLSOARBETE OCH SAMVERKAN | 7 |
| TANDBOXEN – EN PREVENTIV PILOTSTUDIE GÄLLANDE KARIES I FÖRSKOLAN I SAMVERKAN MELLAN TANDVÅRD, FÖRSKOLA OCH FAMILJECENTRAL | 9 |
| PROBLEMMOMRÅDE | 10 |
| SYFTE | 10 |
| METOD | 11 |
| URVAL | 11 |
| DATAINSAMLING | 12 |
| <i>Intervju</i> | 12 |
| DATAANALYS..... | 13 |
| <i>Innehållsanalys</i> | 13 |
| ETISKA ÖVERVÄGANDEN | 15 |
| RESULTAT | 16 |
| ORSAKER TILL SAMVERKAN..... | 16 |
| FÖRVÄNTAN OCH MÅL | 17 |
| VERKTYG / REDSKAP | 19 |
| VAD ÄR SAMVERKAN OCH VARFÖR SAMVERKA..... | 20 |
| FRAMGÅNGSFAKTORER | 21 |
| HINDER / GJORT ANNORLUNDA | 22 |
| DISKUSSION | 23 |
| RESULTATDISKUSSION | 23 |
| METODDISKUSSION..... | 26 |
| <i>Urval</i> | 26 |
| <i>Datainsamling</i> | 27 |
| <i>Analys</i> | 28 |
| SLUTSATS | 28 |
| REFERENSER | 30 |
| BILAGOR | 34 |
| BILAGA 1. METODISK PROCESS | 34 |
| BILAGA 2. INFORMATION- OCH SAMTYCKESBREV..... | 35 |
| BILAGA 3. INTERVJUGUIDE | 36 |
| BILAGA 4. TABELL 2 RESULTATTABELL | 37 |

Bakgrund

Världshälsoorganisationens (WHO) europeiska avdelning konstaterade under en konferens i Ungern 2016 att det över hela Europa rådde en hög relativ risk att drabbas av oral ohälsa kopplat till socioekonomiska faktorer (WHO, 2016). De menade att de största orala sjukdomarna går att undvika genom effektiv prevention och hälsofrämjande arbete (ibid.). Konferensen var en del av arbetsprocessen mot de mål som sattes upp i rapporten *Health 2020* där bland annat mål gällande den orala hälsan ingår. Ett av dessa mål som europeiska avdelningen i WHO har formulerat är att av alla de barn som har fyllt 6 år ska 80 procent vara helt fria från karies år 2020 (WHO, 2018).

Även i Sverige visar statistiken att åtgärder gällande tandhälsan erfordras. Epidemiologiska sammanställningar visar en försämring av tandhälsan hos bland annat barn i förskoleåldern i Sverige. Socialstyrelsen skriver i sin rapport; lägesrapporttandvård 2018 (s. 75) att det sedan 2010 har setts en ökning av karies hos just gruppen förskolebarn. Orsaken till den försämrade tandhälsan är flera men vad som starkt kan urskiljas är kopplingar till socioekonomisk status samt att barn med föräldrar eller förälder född utanför Sverige har betydelse för ökad kariesförekomst.

Vad gäller Sveriges folkhälsopolitik råder nu ett övergripande mål med ett tydligt fokus på jämlik hälsa (Folkhälsomyndigheten, 2018). Det innebär ett konkret arbete med att utjämna skillnader i hälsa och skapa samhällliga förutsättningar för att hela befolkningen ska kunna uppnå en god och jämlik hälsa och kunna sluta de påverkbara klyftorna inom en generation (ibid.). Detta resonemang har kopplingar till Marmots (2015, sid 116) tankegångar om att vi måste verka för att uppnå jämlikhet från start och att barn som föds och växer upp ska ha samma förutsättningar att utvecklas oavsett omständigheter i miljön de lever i. Sett till detta resonemang och de uppgifter som den europeiska avdelningen inom WHO (2016) har lagt fram gällande tandhälsa och dess kopplingar till socioekonomiska faktorer såväl som socialstyrelsens rapport (2010, sid 75) om försämrade tandhälsa hos förskolebarn blir den orala hälsan ett viktigt område att prioritera.

Tidigare forskning – nationellt perspektiv på kariesprevention

Utifrån ett nationellt perspektiv har en litteraturöversikt genomförts gällande kariesprevalens och orsaker till den försämrade tandhälsan hos förskolebarn i Sverige utifrån studier mellan 2005 och 2018. Vad gäller kariesprevalensen visade en studie från 2018 att kariesprevalensen var oförändrad (Holmén, Strömberg, Håkansson & Twetman) och i två andra studier hade prevalensen minskat (Stecksén-Blicks, Hasslöf, Kieri & Widman, 2014; Strömberg, Holmén, Magnusson & Twetman, 2012). Dock visade flera studier också att fördelningen av karies är snedfördelad och hos grupper där barnen klassificerades som immigranter eller hade en eller båda föräldrarna födda utanför Sverige och/eller i familjer med låg socioekonomisk status, hade kariesförekomsten istället ökat (Bankel, Eriksson, Robertsson & Köhler, 2006; Hedayati-Hajikand, Lundberg, Eldh & Twetman, 2015; Holmén et al., 2018; Koch, Helkimo & Ullbro, 2017; Stecksén-Blicks et al., 2014; Wennhall et al., 2005; Wennhall, Matsson, Schröder & Twetman, 2008; Östberg, Skeie, Skaare & Espelid, 2017; Julihn, Soares, Hjern, Dahllöf, 2018).

Gällande framtida forskning och behov efterfrågar ett flertal av studierna tidigt riktade insatser gentemot föräldrar och barn som innehar låg socioekonomisk status eller invandrarbakgrund (Bankel et al., 2006; Stecksén-Blicks et al., 2014; Wennhall et al., 2005, Östberg et al., 2017). Ett annat önskemål var utbildning riktat till föräldrar avseende till exempel kostråd, tandborstningsteknik och fluorriktlinjer (André Kramer, Skeie, Skaare, Espelid, Östberg, 2014; Wennhall et al., 2005). Vad gäller studieval efterfrågades studier där förändringar över tid skildras (Ingemansson Hultquist et al., 2016) samt epidemiologiska och kvalitativa studier för att få en djupare kunskap gällande socioekonomiska faktorer (Koch et al., 2017).

Tidigare forskning - Internationellt perspektiv på kariesprevention

Beträffande tidigare forskning ur ett internationellt perspektiv på kariesprevention visade studier att tidiga insatser med utbildning till föräldrarna gällande tandborstteknik och fluortillförsel ger positiva effekter med tyngdpunkt på flourtandkräm och speciell fokus på riskgrupper (Neumann et al, 2011; Arrow, Raheb,

Miller, 2013; Bourgeois, Llodra, 2014; Arora, Scott, Bhole, Do, Schwarz, Blinkhorn, 2011; Horst, Tanzer, Milgrom, 2018). Även samverkan med folkhälsoorgan och att identifiera kommunala eller politiska samverkanspersoner framhålls som viktiga preventiva åtgärder (Hartung, Schaper, Fischer, Ritz-Timme, 2018). En amerikansk studie från 2016 lyfter även fram kritik till att så lite prevention riktas till yngre barn trots visshet om vikten av små barns tandhälsa, och de framhåller behovet av kommunala insatser och åtgärder med fokus på familjer med låg socioekonomisk status i form av kostinformation och riktlinjer kring daglig tandvård riktad till yngre barn (Collins, Villa-Torres, Sams, Zeldin, Divaris, 2016). Naidoo (2015) lyfter också dessa åtgärder men uppmanar samtidigt till ett etiskt övervägande gällande tillämpning och hur information och åtgärder framförs till målgruppen.

Skeie och Klock publicerade 2018 en studie av en systematisk litteraturgenomgång av artiklar publicerade mellan 1995–2015, och med fokus på att undersöka om kariespreventiva insatser hos barn med invandrarbakgrund eller socioekonomiska faktorer verkligen fungerar. Resultatet visade att de mest effektiva preventiva åtgärderna gentemot dessa riskgrupper var övervakad tandborstning, kostråd och bred övrig tandhälsoinformation till mödrarna (ibid.).

Kariesprevention i Västra Götaland

Angående kariesprevention i Västra Götaland anges i en artikel av Wretlind och Gahnberg (2017) att utvecklingen av kariesrelaterade sjukdomar under 1900-talet gått från att tidigare varit mycket utbredd till att de flesta idag är kariesfria. Dock har en ojämn fördelning av kariessjukdomar uppmärksammats tydligare, vilket i sin tur har påverkat insatsers karaktär i form av extra insatser i områden med låg socioekonomisk status (ibid.). Vidare framhåller Wretlind och Gahnberg (2017) att arbetet inom folktandvården i Västra Götaland idag bedrivs till stor del preventivt och att även ett antal samverkansprojekt mellan folktandvårdskliniker och familjecentraler har etablerats (ibid.). Dessutom framhåller Wretlind och Gahnberg (2017) i sin artikel gällande kariesprevention att samverkan mellan olika professioner och även samverkan via olika arenor är bra hälsofrämjande strategier. Detta strategiskt

preventiva tillvägagångssätt uppmuntras även internationellt av bland annat FDI World Dental Federation och Unilever Oral Care som bedrivit ett samarbete gällande kariesprevention bland annat till följd av rådande situation inom tandhälsa. Specifikt uppmanar FDI regeringar till att använda sig av preventiva åtgärder på gräsrotsnivå inom kommunala verksamheter såsom skolor och liknande (Kell, Aymerich & Horn, 2018). Några av insatserna som samarbetet omfattades av var utbildningsdagar för förskolepersonal och föräldrar samt skolprogram, vilka visat sig vara framgångsrika strategier (ibid.). Strategin att använda sig av preventiva åtgärder riktade mot barns orala hälsa, förlagda på arenor som skolor och liknande är även något som WHO (2018) uppmanar till.

Folkhälsoarbete och samverkan

I Sverige läggs det nu folkhälsopolitiskt stor vikt vid att arbetet ska fokusera på att utjämna skillnader och skapa förutsättningar för lika villkor (Folkhälsomyndigheten, 2018). Det innebär att folkhälsoarbetet spänner över många olika områden och bygger på ett samarbete mellan olika aktörer som i sig representerar organisationer, områden, grupper eller kompetenser. Arbetet blir därmed även allt mer gränsöverskridande och samverkan och nätverkande har blivit en naturlig del av det folkhälsovetenskapliga arbetet.

När det kommer till samverkan som begrepp beskrivs bland annat aktiviteter som skrider över gränser internt eller externt gentemot andra organisationer eller aktörer (Axelsson & Axelsson, 2007, sid 144). Att samverka kan också handla om att bättre nyttja resurser som finns i olika verksamheter eller att genom samverkan öka kvaliteten på arbetet. Dock har samverkan bland annat beskrivits som en paradox av J.E. Persson (refererad i Axelsson & Axelsson, sid 145) då samverkan är en förutsättning för bättre nyttjande av resurser samtidigt som begränsade resurser ofta anses vara ett hinder för att just få till samverkan.

Exempel på samverkansarbete mellan olika verksamheter är en studie där kommuner och övriga verksamheter gick samman med forskare för att utveckla en hälsofrämjande introduktion för flyktingar. Studien visade att en bra samverkan fordrade ett

väl fungerande informationsutbyte mellan verksamheterna i samverkan, kunskap om varandras insatser samt en ömsesidig problembild (Axelsson & Axelsson, 2007, 103–104). Fler slutsatser gällande samverkan ges i en rapport från Socialstyrelsen (2013). Rapporten syftar till att ge vägledning om hur samverkan för barns behov av stöd från flera aktörer ska genomföras för att ge bästa möjliga förutsättningar och lyfter bland annat faktorer som samsyn, tydlig styrning och struktur samt att använda evidensbaserade metoder (ibid., sid 26–29).

Sektorsöverskridande samverkan gällande hälsa och skola och dess effektivitet har bland annat studerats i en australiensisk studie (Burgess et al., 2015). Studien ämnade undersöka samverkan gällande vaccination men hade ett stort fokus på själva samverkansarbetet mellan folkhälsosektorn och skolsektorn för att få positiva effekter för bägge parter (Burgess et al., 2015). Ett av huvudsyftena var därmed att identifiera effektiva strategier mellan dessa två parter för att därefter omvandla resultaten till praxis och policy. Resultatet från studien visade bland annat att nyckelfaktorer för lyckad sektorsöverskridande samverkan var förtroende och även ett förlitande på att åtgärden verkligen hade en positiv hälsoeffekt på barnen. Även identifiering av ansvarsområden och deltagande i planering och utvärdering var positiva faktorer. Likväl visade det sig att eldsjälur eller nyckelpersoner var viktiga för processen men de medförde även en sårbarhet för de fall sådana individer skulle falla bort. Även omorganisationer lyftes som negativt påverkande faktorer på samverkansarbetet. Förslag på lösningar för större hållbarhet var stöttning genom politiska top-down och bottom-up initiativ samt att etablera raka och effektiva kommunikationsvägar mellan sektorerna (Burgess et al., 2015).

Även Brownson, Baker, Deshpande och Gillespie (2018, sid 240) gör gällande att effektiva handlingsinsatser kräver vissa specifika inslag såsom bland annat tydliga mål, roller och att ansvarsfördelning mellan olika aktörer är specificerade samt att projektet har definierade steg, tidsplaner, roller och ansvar.

Tandboxen – en preventiv pilotstudie gällande karies i förskolan i samverkan mellan tandvård, förskola och familjecentral

I Göteborg bedrivs ett brett arbete med fokus på att utjämna skillnader i livsvillkor. Denna långsiktiga satsning går under namnet "Jämlikt Göteborg" och är en del av Sveriges övergripande folkhälsopolitiska mål (Folkhälsomyndigheten, 2018) som har ett starkt fokus på den jämlika hälsan och som enligt beslut ska genomsyra Sveriges folkhälsoarbete på alla nivåer. "Jämlikt Göteborg" består av fem olika mål varav det första är; *Ge varje barn en god start i livet (0–6 år)* (Göteborgs stad, 2017, sid 2).

Göteborg som stad delas in i tio stadsdelar och i en av dessa stadsdelar arbetas det aktivt med familjeorienterat arbetssätt och familjecentraler vars arbete leds av en koordinator. Mot bakgrunden av statistiken om den försämrade tandhälsan inom gruppen förskolebarn, statistik från stadsdelen samt Göteborgs stads arbete med "Jämlikt Göteborg" fattades beslutet att insatser behövde sättas in för att försöka förebygga skillnader i kariesförekomst inom gruppen förskolebarn. Stadsdelen i fråga delas in i tre olika områden när statistik ska tas fram och vid statistisk jämförelse visade det sig att andelen kariesfria sexåringar skilde sig väsentligt mellan de tre olika områdena. I ett av områdena låg andelen kariesfria sexåringar på 53% och i ett annat låg andelen på 89%. I likhet med det forskningen tidigare visat gällande samband mellan tandhälsa och socioekonomisk status kunde liknande kopplingar även skönjas i de statistiska resultat som stadsdelen uppvisade.

I en samverkansdialog mellan koordinator på familjecentral och nyckelpersoner från tandvård och förskola beslutade aktuell stadsdel att, som en preventiv åtgärd för att förbättra tandhälsan, inleda ett pilotprojekt under namnet Tandboxen. Tandboxen är tänkt att vara ett fysiskt verktyg som ska vara lätthanterligt, roligt och utformat för barn och pedagoger på förskolan som en del av den befintliga verksamheten.

Tandboxens huvudbudskap består i att sprida kunskapen om att borsta tänderna morgon och kväll med fluortandkräm, att dricka vatten vid törst, äta mindre socker och inte småäta ofta utan låta tänderna vila minst två timmar mellan måltiderna.

Att projektet Tandboxen skulle förvaltas på förskolan hade sin bakgrund i att ett etablerat samarbete mellan förskola och tandvård saknades samt att med förskolan

som arena nåddes både barn och dess vårdnadshavare med information och material. Tandboxen är således en preventiv åtgärd mot karies hos förskolebarn och som bygger på samverkan mellan olika professioner med förskolan som arena.

Problemområde

Som projekt har Tandboxen många goda egenskaper såsom bland annat att projektet omfattar kostinformation, tandborstteknik, information till föräldrar genom material och föräldramöte, samverkan mellan olika professioner samt att inom områden i vilka studien bedrivs, råder en hög andel befolkning med invandrarbakgrund och låg socioekonomisk status. Ovan nämnda egenskaper styrks också från tidigare studier att kariesprevention bör omfatta (André Kramer, Skeie, Skaare, Espelid, Östberg, 2014; Wennhall et al., 2005, Bankel et al., 2006; Stecksén-Blicks et al., 2014; Wennhall et al., 2005, Östberg et al., 2017, Neumann et al., 2011 & Bourgois, Llodra, 2014; (Skeie, Klock, 2018, Julihn, Soares, Hjern, Dahllöf, 2018).

Dock är det viktigt att de olika parterna i samverkansarbetet har gemensamma förväntningar på projektet för att samverkansarbetet ska bli effektivt och mynna ut i en positiv förändring (Axelsson & Axelsson, 2007, sid 92). Olika professioner har sina agendor och alla parter förväntningar och mål behöver sammanföras för att skapa en samsyn i samverkansarbetet och för att i slutändan nå ett gemensamt mål (Axelsson & Axelsson, 2007, sid 92; Brownson, Baker, Deshpande, Gillespie, 2018, sid 240, Socialstyrelsen, 2013, sid 26–29).

Syfte

Syftet med studien är att undersöka graden av samsyn hos olika professioner i samverkan gällande samverkan och kariesprevention, belysa framgångsfaktorer och hinder för samverkan samt undersöka hur samverkansarbetet påverkas av riktad prevention gentemot identifierade riskgrupper.

Metod

Då uppsatsen ämnar fånga informanternas upplevelser och tolkningar är kvalitativ metod bäst lämpad då den handlar om att utforska teman, mönster och tolkningar med en framväxande och öppen utgångspunkt (Creswell & Creswell, 2018, sid 16). Den kvalitativa metoden innebär också att förstå den sociala verkligheten utifrån hur deltagarna i en viss miljö tolkar sin verklighet (Bryman, 2016, sid 455). Datan har samlats in genom semistrukturerade intervjuer med representanter från de olika professionerna som samverkar i projektet Tandboxen gällande kariesprevention, se avsnitt, urval, datainsamling samt intervju. Intervjuerna har transkriberats och lästs igenom noggrant för att därefter analyserats med hjälp av innehållsanalys, se avsnitt dataanalys och innehållsanalys.

Se bilaga 1, Tabell 1 Metodisk process för redovisning av den metodiska processen.

Urval

Urvalet har föregåtts av två olika urvalsmetoder. Initialt är det ett målstyrt urval så till vida att en nyckelperson inom en av professionerna inom samverkansprojektet Tandboxen valts ut. Därefter gjordes ett snöbollsurval utifrån nyckelpersonen som tillfrågade och förmedlade ytterligare kontakter från de övriga professionerna inom projektet. Samtliga av de intervjuade ingår i samverkansarbetet för kariesprevention hos barn i förskolan. Initialt tillfrågades sju personer om att delta i intervju och av dessa tackade fem ja till att intervjuas. Av dessa fem var det dock en informant som inte gick att kontakta vid intervjutillfället varpå ytterligare en person tillfrågades och en sista intervju kunde genomföras inom kort. Därmed har totalt fem personer intervjuats vilka har representerat tre olika professioner.

De olika professionerna består av följande:

Från tandvården: en verksamhetsutvecklare och leg tandhygienist vid Hälsoodontologiska enheten - Folktandvården Västra Götaland (Ti1) samt en övertandläkare vid specialistkliniken för pedodonti och Hälsoodontologiska enheten - Folktandvården Västra Götaland (Ti2).

Från kommunen: en utvecklingsledare inom folkhälsa SDF (X) i Göteborg (Ki3) samt en koordinator/samordnare för familjecentrerat arbetssätt och verksam vid familjecentral i SDF (X) i Göteborg (Ki4).

Från förskolan: en enhetschef vid en av de deltagande förskolorna tillhörande SDF (X) i Göteborg och tillika deltagande i projektet (Fi5).

Informanterna har benämnts i koder utifrån profession och intervjunummer för att tydliggöra vid citatangivelser och liknande. Det innebär således att K står för kommun, T står för tandvård och F representerar förskolan. I står för informant och numret representerar vilken av informanterna som avses. Som kan urskiljas ovan är nummer 1 och 2 från tandvården, nummer 3 och 4 från kommunen och nummer 5 från förskolan.

Datainsamling

Insamling av data har således skett genom intervjuer av representanter från de olika professioner som samverkar i projektet Tandboxen. Samtliga som deltog i intervjuerna erhöll ett informationsbrev innehållande information om studien samt samtycke, se bilaga 2 Information- och samtyckesbrev. Inledningsvis under intervjuerna informerades även samtliga personer om att de på egen begäran fick avbryta när helst de önskade.

Intervju

Datainsamlingen genomfördes med användning av kvalitativa semistrukturerade intervjuer. Intervjuer inom det kvalitativa spektret är ofta mer följsamma och frågor kan ställas som uppföljning till det som informanten svarat (Bryman, 2016, sid 561–562). En mer följsam intervju med möjlighet till uppföljningsfrågor ger förhoppningsvis en bredare och djupare förståelse för informantens förväntningar, tankar och reflektioner.

Inför intervjugenomförandet upprättades en intervjuguide, se bilaga 3 intervjuguide. Intervjuguiden bestod av få och öppna frågor för att fånga intervjudeltagarnas egna åsikter och reflektioner (Creswell & Creswell, 2018, sid 187). Alla informanter fick

besvara frågorna från intervjuguiden men beroende på informanternas svar har olika följdfrågor ställts.

Då genomförande av intervjuer, och inte minst transkribering av dessa, ger en stor mängd data att hantera blir tidsaspekten en viktig faktor att förhålla sig till. Även om få frågor ställs krävs dock att intervjuerna är så pass omfattande att de ger ett underlag som uppfyller studiens syfte (Bryman, 2016, sid 578).

Varje enskild intervju har tagit cirka 30 minuter i anspråk och har spelats in med hjälp av mobiltelefon. Vid inledningen av varje intervju har informanten tillfrågats för godkännande gällande inspelning av intervjun och detta har även nämnts i informations- och samtyckesbrevet, se bilaga 1 Information- och samtyckesbrev.

Intervjuerna genomfördes antingen på informanternas arbetsplats eller genom telefonsamtal.

Efter genomförda intervjuer har datan transkriberats inför analysarbetet.

Dataanalys

Analysarbetet inleddes med transkribering av samtliga intervjuer. Under denna process har även reflektioner och funderingar antecknats som uppkommit under transkriberingen. Därefter har datan analyserats med hjälp av innehållsanalys, se avsnitt; innehållsanalys.

Innehållsanalys

Som analysmetod har kvalitativ innehållsanalys använts. Detta då metoden handlar om att analysera en text och tolka dess budskap (Graneheim, Lundman, 2004; Graneheim, Lindgren, Lundman, 2017). Vidare hanterar metoden både det manifesta och det latent innehåll och handlar även om att tolka texten såväl som att låta texten tala för sig själv (Graneheim, Lundman, 2004). Tolkningen görs utifrån en systematisk kodning och kategorisering av teman och mönster, dock kan analysnivån skifta beroende på om fokus ligger på det manifesta eller det latent innehåll (ibid). I aktuell uppsats har det manifesta och deskriptiva innehåll behandlats vilket Graneheim, Lindgren & Lundman, (2017) menar ofta ligger nära det skrivna och

konkreta medan det latenta snarare handlar om informanternas upplevelser och är mer åt det abstrakta hållet.

Analysen inleddes således med en första genomläsning av alla transkriberade intervjuer. Reflektioner, tankar och stödord som uppkom under läsningen antecknades i marginalen. Därefter skapades meningsenheter, kondenserade meningsenheter och koder utifrån analysenheten (Graneheim, Lundman, 2004; Graneheim, Lindgren, Lundman, 2017). I en del fall kunde de kondenserade meningsenheterna bestå av flera ord eller till och med meningar och ha flera betydelser. Detta tillvägagångssätt beskrivs även av Elo och Kyngäs (2007), vilket de uttrycker kan göra processen komplicerad men samtidigt kan korta meningsenheter som består av enstaka ord göra analysen splittrad och upphackad.

Nästa steg i analysprocessen var att skapade koder numrerades och fördes in i en kodtabell med informantkod och sidhänvisning för senare sammanställning av subkategorier och kategorier se bilaga 1, Metodisk process.

Upprepade koder sammanfördes i kodtabellen och nya koder skapades och infördes i kodtabellen allteftersom. Detta upplägg tydliggör såväl frekvensen av de olika koderna men även möjligheten att se vilka informanter som gett samma svar för att tydliggöra informanternas eventuella samsyn. En utmaning i momentet att skapa koder är det som beskrivits ovan; att tolka texten men samtidigt även låta texten tala för sig själv (Graneheim, Lundman, 2004). Detta ställer krav på att skapade koder som skapats utifrån författarens tolkning, måste spegla innebörden av det svar som informanten gav.

Tabell 1 Kodtabell visar ex. på transkriberad text omvandlad till kod.

Tabell 1 Kodtabell

| |
|--|
| (Kod nr. 38) Kunskapsutbyte mellan olika professioner |
| Ti1: " Och då har det handlat om att vi ska ge varandra kunskap om vad vi gör." |

| |
|--|
| <p>Ti2: "... positivt att så många andra yrkeskategorier inser hur viktig munhälsan är för att barn ska må bra."</p> |
| <p>Ki3: " X är samordnare och koordinator och har erfarenhet från Y och kontakter med regionen. X nätverk och erfarenhet har varit en nyckel i samverkansarbetet."</p> |
| <p>Ki4: "jag hoppas att det liksom på sikt blir att folktandvården är en mer naturlig del i det dagliga arbetet på exempelvis en familjecentral eller öppen förskola eller förskolan i sig. Att det inte är konstigt att ringa till folktandvården och be dem komma eller be om information eller få den senaste statistiken. (...). Att den relationen stärks."</p> |
| <p>Fi5: " (...) att man har fått det här extra. Jag hade inte ens koll på att det var så dåligt ställt med tänderna. (...) Så det har varit väldigt intressant. Och jag tänker att folktandvården och de andra instanserna kanske har tyckt att det varit intressant att få höra hur vi tänker i förskolan. (...) Så det har varit bra att få dela tankar och ha fått dela erfarenheter i den här samverkansdelen."</p> |

Nästa steg av analysen innebar att koderna i kodtabellen sammanställdes i kluster för att skapa subkategorier och kategorier (Graneheim, Lundman, 2004). Dessa subkategorier kondenserades därefter till kategorier genom vilka subkategoriernas mening speglas fast i en kondenserad form.

Etiska överväganden

Ett informations- och samtyckesbrev utsändes till alla personer som tillfrågades om intervju, se bilaga 1 Information- och samtyckesbrev. Brevet innehöll information om studien såsom syfte, metod och användningsområde samt information gällande sekretess och frivillighet som följde etiska överväganden och informationsgivande utifrån Codex riktlinjer för informerat samtycke (Vetenskapsrådet, 2018). Vidare har etiska övervägningar gjorts gällande studiens placering och deltagande förskolor på så vis att inga namn på såväl platser som verksamheternas namn har angetts, ej heller namn på de intervjuade för att bibehålla anonymitet. Däremot har informanternas yrkesroll angivits då detta är av vikt för studiens syfte. Detta efter godkännande från samtliga av informanterna. Alla ovan nämnda etiska överväganden är viktiga att

reflektera över och ta hänsyn till inom folkhälsoforskningen vilket även framhålls av Baum (2015, sid 166–168).

Även intervjuernas placering har valts utifrån de intervjuades önskemål för att ta så lite tid i anspråk från dem som möjligt. Likaledes har intervjuguidens frågor granskats och beaktats ur ett etiskt perspektiv. Intervjuguiden bestod av öppna och relativt korta frågor och användes för att behålla fokus och struktur under intervjuerna, se bilaga 2 Intervjuguide.

Ytterligare etiska åtaganden gäller studiens resultat. Alla resultat som framkommit i studien har tagits med oavsett om de speglar ett positivt eller negativt utfall för att ge en ärlig bild av vad som framkommit (Creswell & Creswell, 2018, sid 90).

Resultat

Studien resulterade i sex kategorier; orsaker till samverkan, förväntan och mål, verktyg/redskap, vad är samverkan och varför samverka, framgångsfaktorer och hinder/gjort annorlunda. Dessa sex kategorier utgjordes av 41 subkategorier. Se bilaga 3, tabell 3; resultattabell.

Nedan presenteras resultaten utifrån varje kategori och de subkategorier som utgjorde kategorin.

Orsaker till samverkan

Den här kategorien omfattades av sju subkategorier som alla relaterade till varför informanterna hade tagit del i samverkansarbetet gällande kariesprevention.

Informanterna talade om *tidiga vanor* i form av mjölkändernas betydelse för både resten av livet men även för den totala hälsan. De talade om konsekvenserna av karies i form av att dåliga tänder påverkar jobb möjligheter och att det därför är viktigt att vårda tänderna i tidig ålder. Det var viktigt att nå ut med budskapet om vikten av tandborstning och vatten som törstsläckare och att få det till att bli ett rutinbaserat beteende.

”Men om vi inte ger barnen en bra grund så sen när de är tonåringar och har dåliga tänder så påverkar det också möjligheten att få ett jobb.” (Ki3)

Flera av informanterna talade också om *matindustrin* som en svår motståndare och dess påverkan i form av produkter med dolt socker och produkter som uppmuntrar till småätande. Vidare lyftes både från kommunen och tandvården perspektivet av *kulturella skillnader* i form av att man i vissa kulturer saknar kunskap om mjölktdänder och även att människor som kommer till Sverige har dåliga tänder redan när de anländer.

”Om man har varit på flykt eller haft svåra situationer så är ju inte att borsta tänderna det första som man tänker på. Så många har ju, har ju dåligt med sig när de kommer och kanske att man inte heller har med sig det från allra första början.” (Ti1)

Socioekonomi lyftes också under den här kategorin i form av att i områden med låg socioekonomisk status har en stor andel av barnen dåliga tänder och att man kanske inte har råd att köpa tandborstar till alla i familjen utan får dela tandborste. Vidare var *kompetenssaknad* ett område som lyftes i form av att olika professioner saknar kunskap som återfinns hos andra professioner och som uppmärksammas vid samverkan.

”Till exempel så säger ju dom på barnhälsovården att ’men kära nån att vi inte har tänkt på det här att barn som mår dåligt kan ha tandvärk’.” (Ti2)

Under subkategorin *isolerade* återfanns tankar från både kommun och tandvård om att trots att olika verksamheter har en problematik som kan relateras till tandhälsa och karies så är det inte mycket samverkan dem emellan. Det uttrycktes också att det upplevts ha varit ”stängda dörrar” för tandvården gällande samverkan tidigare.

Förväntan och mål

Inom den här kategorin återfanns sex subkategorier som omfattade informanternas förväntningar och mål de hade på både samverkansarbetet men även på det kariespreventiva arbetet.

Flera av informanterna lyfte önskan och förväntan om att *nå ut till föräldrar* bland annat med hjälp av det *konstruerade material* som de skapat tillsammans i samverkan. Flera informanter talade också om att det handlade om att skapa förutsättningar för att *förändra beteende*. Genom bland annat föräldramötesprogram och gåvor som togs med

hem från förskolan skulle dessa skapa dialog och nyfikenhet hos föräldrar och barn till att lära sig mer. Samsyn återfanns också i denna kategori genom att samtliga informanter lyfte en förväntan om att *kommunicera ut budskapet* genom att flera och nya aktörer nu talar om munhälsa genom ett *enat budskap* vilket också skulle förstärka budskapet. Samtliga informanter uttryckte också att de hade höga förhoppningar på att samverkan var ett bra sätt för det kariespreventiva arbetet att sprida budskapet på.

"Den här kunskapen om varför man måste vara rädd om mjölkttänder den måste vi hjälpas åt med att sprida." (Ti1)

"Jag känner att vi måste vara ute på så många planVi har stora förväntningar på att vi nu kan nå ut till så många fler. Jag menar i förskolan till exempel går ju i princip alla barn och man når ju även deras föräldrar." (Ti2)

"Det är inte bara något direkt till barnen. Men också att vi har påverkat personalen ... och vi kopplar även in dom hemma, alla nyckelaktörerna och sen också BVC." (Ki3)

"Då tror jag att den [Tandboxen¹] kan påverka, va med och påverka tandhälsan ihop med det fantastiska arbetet som finns i folktandvården och i förskolorna redan idag." (Ki4)

"Det här samverkansarbetet, att vi är många som pratar om samma sak. Att tandläkare från folktandvården talar om det, att vi pratar om det. Barnhälsa, BVC, att många pratar om samma sak och upplyser om. Och det är samverkan som kommer ihop också där. Att vi är många professioner som talar om samma sak. Vi måste få in det i många sammanhang När vi är många som träffar dom [föräldrarna²] vid många olika tillfällen och pratar om samma sak så blir det en annan medvetenhetsgrad" (Fi5)

Ytterligare samsyn återfanns också under subkategorin *samverkansseffekt*. Samtliga informanter uttryckte att samverkan mellan olika verksamheter gav ett kunskapsutbyte mellan olika professioner som var både en vinst för de egna verksamheterna i form av kompetensutveckling och även för det kariespreventiva arbetet.

¹ Författarens tolkning

² Författarens tolkning

Verktyg / redskap

Den här kategorien bestod av sex subkategorier som omfattade informanternas tankar om hur de skulle lyckas med det kariespreventiva arbetet.

Här talade samtliga informanterna om *samverkan mellan verksamheter som möter familjer* i form av samverkan mellan familjecentral, tandvård och förskola.

”Nu kommer pedagogerna att prata munhälsa och pedagogerna kommer att prata om tandborstning. Och föräldrarna kommer att få det här kuvertet, det delas ut på förskolan. Inte på tandvården.” (Ti1)

Två informanter talade om *socioekonomi* i form av att samverkan mellan tandvården och familjecentraler etableras tidigt i socioekonomiskt tunga områden och tre informanter lyfte tankar om hur vi förmedlar information, specifikt gentemot riskgrupper. De talade även om att materialet fanns på flera olika språk och att förskolor i områden där barn har dålig tandhälsa börjat inse vikten av tandhälsa för barns totala hälsa. I såväl skrivet material som det som informanterna själva uttryckte hade projektets geografiska placering betydelse och bakgrund i ojämlika siffror gällande tandhälsa.

”På ett sätt lär vi oss mycket om den här målgruppen. Vi lär oss att vi inte bara kan skicka papper och vi utgår ifrån att alla föräldrar vill det bästa för sina barn men ibland så får barnen inte rätt information och [föräldrar³] använder fel kanaler för att informera dom [barnen⁴].” (Ki3)

En tydlig samsyn återfanns även här då fyra av informanterna lyfte vikten av att budskap och kunskap förmedlas via *bildinformation*.

”Vanlig information är inte alltid så lätt att ta till sig på det sättet. Nu får man ju ta till sig det på ett lekfullt sätt istället ... så jag tror att vi måste ha det mera bildbaserat och tänka i helt andra banor vad det gäller att få ut vårt budskap.” (Ti2)

”Det är symbolerna som finns både på boxen och i boxen och sådär. Att det bildspråket som finns hos folktandvården även finns hos BVC. Så att man ser symbolerna och liksom själva loggan och såhär på många ställen.” (Fi5)

³ Författarens tolkning

⁴ Författarens tolkning

Tre av informanterna talade om vikten av *kompetens* i form av att ha rätt aktörer i samverkan och två informanter lyfte aspekten av att ha en *gemensam problembild* där alla samverkansparter identifierar problemet gemensamt och sedan strukturerar resurser mot det gemensamma målet.

Den sista subkategorin inom den här kategorin utgjordes av *engagemang och förståelse*. Här talade informanterna om att det är viktigt att ha kunskap och förståelse för utsatta grupper och att engagemang kräver förståelse och att förstå uppdraget och att vinsten är en bättre hälsa.

”Att identifiera problemet gemensamt, ta en gemensam bild och förstå varför vi ska samverka. För att det kräver mycket, tid och resurser. Men att också förstå varför jag har det uppdrag jag har. För att de [barnen⁵] ska må bättre och ha en bättre hälsa.”(Ki3)

Vad är samverkan och varför samverka

Inom den här kategorin återfanns fyra subkategorier som omfattades av informanternas tankar om vad de ansåg att samverkansarbete var och varför de skulle samverka.

Flera av informanterna reflekterade över om att samverkan innebar ett *informationsutbyte* genom avstämning, diskussioner och bollande av idéer. Flera av informanterna talade även om planerade samverkansdagar med andra verksamheter som omfattade kunskapsutbyte och föreläsningar gällande de olika professionerna vilket hade gett mycket positiva resultat. Reflektioner lyftes också i form av att kommunala verksamheter har ett *befolkningsansvar* och att flera av dessa verksamheter ofta har samma mål och genom att arbeta tillsammans är dessa mål lättare att uppnå. Även *profession* lyftes i form av att samverkan skapar djupare förståelse för varandras yrkesroller, gränserna mellan våra uppdrag och vad de olika professionerna kan.

”Vi är många som har mötts och fått vara med och dela tankar. Att man har fått det här extra. Jag hade inte ens koll på att det var så dåligt ställt med tänderna. Och att det håller på att bli sämre. Så det var ju väldigt intressant. Och jag tänker att folktandvården och de andra instanserna kanske har tyckt att det har varit intressant att få höra hur vi tänker i förskolan som jobbar med olika

⁵ Författarens tolkning

projekt, sockerfri förskola bland annat. Så det har varit bra att få dela tankar och ha fått dela erfarenheter i den här samverkansdelen.” (Fi5)

Den sista subkategorin bestod av informanternas tankar kring *mål och engagemang* i form av att samverkan innebar ett integrerat långsiktigt arbete och att samverkan var att se målet, komma överens om målet och äga kunskapen. De talade även om skillnaden mellan att samarbeta och att samverka.

”Jag tänker att det [samverkan⁶] är lite djupare än samarbete ... man gifter sig, lite som ett äktenskap istället för att bara vara bekanta liksom.” (Ki4)

Framgångsfaktorer

Den här kategorin bestod av elva subkategorier som återgav informanternas tankar och reflektioner kring faktorer som bidrar till framgång i deras kariespreventiva samverkansarbete.

Flera informanter talade om positiva effekter av *informationsutbyte* i form av att detta lett till ett utbyte av varandras material på olika arenor. Här återfanns även en hög grad av samsyn då samtliga informanter lyfte aspekten av att alla har *samma budskap* som förmedlas av olika aktörer. Informanterna talade även om *kompetens, kunskap och drivkraft* i formen av att det var viktigt att samverkan bestod av rätt aktörer som besatt dessa egenskaper. Två informanter uttryckte också att kunskap och nya möjligheter tillförs genom kompetens från personer i samverkan och att det var viktigt med personer som ser möjligheter och driver processen framåt i samverkan.

Samtliga informanter lyfte även återigen aspekten gällande *bildinformation* och att ett bildspråk eller budskap i bilder kan vara lättare att ta till sig.

”Att figuren finns på alla vårdcentraler där familjerna går. Att dom ser samma figur. Biblioteken, att dom kan se böckerna som de talat om och också med figuren. Figuren ger en påminnelse.” (Ki3)

Informanterna lyfte också framgångsfaktorer gällande *engagemang och förståelse* och även *tid*. Att det var viktigt att förstå varför tid skulle avsättas till samverkan då detta

⁶ Författarens tolkning

inte alltid finns avsatt i den vardagliga verksamheten. Att äga processen lyftes också så att kommunikation, förväntningar och mål landar där det ska. Flera informanter lyfte också vikten av *utvärdering*, att alla får ge sin syn och att det är viktigt att utvärdera processen i samverkan men att det inte finns några helhetslösningar.

En hög grad av samsyn speglades i subkategorin *ledningsstöd* i form av att fyra informanter betonade vikten av att samverkan kräver intresse från ledning såväl som aktörer. Det rådde även en hög grad av samsyn gällande aspekten att det var viktigt att *alla aktörer var med från start* för att känna delaktighet och motivation. Utifrån denna aspekt uttrycktes även *kontinuitet* som en framgångsfaktor och att det också var viktigt att ständigt uppdatera ny personal för att ge en kontinuitet i arbetet.

Under denna kategori återkom även perspektivet av att ha en *gemensam problem- och målbild* men även *struktur* i form av att identifiera varandras uppdrag och ansvar.

Hinder / gjort annorlunda

Den här kategorin omfattade sex subkategorier innehållande faktorer som informanterna upplevde som hinder för samverkan eller som de önskade att de hade gjort annorlunda i samverkansarbetet.

Här lyftes synpunkter gällande *tid* och *mötesfrekvens*. Det uttrycktes att utifrån ett tidsperspektiv kan det vara svårt att få till regelbundna träffar och andra kommunikationsmedel som inte alla är lika bekväma med kan behöva användas. Eller att praktiska saker drar ut på tiden och att det sedan är svårt att anpassa. Perspektivet tid visade sig även vara något som skilde de olika professionerna åt. Från tandvårdens sida uppfattades förhoppningen vara att projektet inom kort skulle kunna utvärderas och tillämpas inom fler verksamheter. Däremot, från kommunens sida, fanns ett längre tidsperspektiv och ett än längre tidsperspektiv kunde skönjas ifrån förskolan.

”Det enda som jag tänker på är att det tagit lite lång tid att komma igång och nu så det nästan gått halva vårterminen och då kommer det in mitt i en termin som redan är spikad. ... Nu får man nästan göra ett avstamp från det man redan gör för att få in det här lite extra. Så tidsaspekten är väl det enda som jag tycker att man hade kunnat göra lite annorlunda men det är ju inte så lätt att rå över alla gånger. Det blir ju som det blir.” (Fi5)

En annan synpunkt lyftes angående projektets *omfattning kontra effekt*. Att projekt kan behöva implementeras i en större skala för att ge resultat. Andra synpunkter som lyftes var gällande *aktörer i samverkan* och på vilka samverkansprojekten är väldigt beroende av både utifrån intresse och drivkraft. Om de faller bort så faller ofta även samverkansarbetet. Detsamma nämndes gällande *omorganisation* och att samverkan påverkas mycket av omorganisationer och antingen står stilla eller tappas.

"Jag tänker ju att det försvårar ju fler aktörer man är med och nu har ju förskoleförvaltningen blivit en egen förvaltning." (K14)

Diskussion

Resultatdiskussion

Resultatet visade att det rådde en stor samsyn hos de olika professionerna gällande det kariespreventiva arbetet i samverkan. Kanske har detta sin bakgrund i att samverkansarbetet haft ett flertal möten i ett tidigt skede med diskussionsutbyten och bollande av idéer gällande såväl utformning som förväntningar. Några av informanterna lyfte också att framgångsfaktorer för en god samverkan var att alla parter var delaktiga i såväl planering som genomförande vilket kanske också speglades av samsynen.

De svar som var mest överstämmande var informanternas förväntan på att samverkan var viktigt för att sprida budskapet och nå ut. Informanterna ville nå ut med Tandboxens huvudbudskap vilket bestod av att sprida kunskap om att borsta tänderna morgon och kväll med fluortandkräm, att dricka vatten vid törst, äta mindre socker och inte småäta ofta utan låta tänderna vila minst två timmar mellan måltiderna, åtgärder som lyfts som viktiga preventiva åtgärder från såväl nationell som internationell forskning (André Kramer, Skeie, Skaare, Espelid, Östberg, 2014; Wennhall et al., 2005; Neumann et al, 2011; Arrow, Raheb, Miller, 2013; Bourgeois & Llodra, 2014; Arora, Scott, Bhole, Do, Schwarz, Blinkhorn, 2011; Horst, Tanzer, Milgrom, 2018). Det som också var viktigt i sammanhanget var att budskapet

förmedlades via en ny arena; förskolan, och av pedagoger som på ett lekfullt sätt skulle förmedla budskapet till barnen.

En hög grad av samsyn fanns även gällande samverkan då samtliga informanter ansåg att samverkan mellan olika verksamheter medförde ett kunskapsutbyte mellan olika professioner som var mycket positivt för både den egna professionen men även för det kariespreventiva arbetet. Detta styrks även från forskning, WHO och litteratur (Bourgeois, Llodra, 2014; Kell, Aymerich & Horn, 2018; Wretling, Gahnberg, 2017; WHO, 2018; Axelsson & Axelsson, 2007, sid 105).

Likväl enades informanterna om att kunskap eller budskap som förmedlas via bilder är framgångsrikt ur bland annat ett språkligt-, intresseväckande- och upprepande syfte. Perspektivet att samverkan kräver intresse och stöd från ledning såväl som från aktörer för att samverkansarbetet ska bli framgångsrikt lyftes också det som en gemensam faktor, vilket också styrks i studien av Bourgeois och Llodra, 2014.

Gällande aspekten att preventionen var riktad till identifierade riskgrupper och hur detta påverkade samverkansarbetet svarade några av informanterna att projektet som sådant uppkom och faktiskt var placerat i ett område med en hög andel av dessa riskgrupper. Just riktad prevention gentemot riskgrupper efterfrågades också från tidigare forskning att satsa mer på i framtida forskning (Bankel et al., 2006; Stecksén-Blicks et al., 2014; Wennhall et al., 2005, Östberg et al., 2017, Julihn, Soares, Hjern, Dahllöf, 2018, Skeie, Klock, 2018; Horst, Tanzer, Milgrom, 2018). Ur denna aspekt talade informanterna också om hur informationen förmedlades. Att det krävs mer än att bara skicka papper för att få utsatta grupper att kunna förstå budskapet och omsätta kunskapen till ett förändrat beteende. Här återknyts det bildbaserade materialet som skulle bestå av ett enat budskap som återkom hos verksamheter som familjerna möter. Genom att familjer, på flera ställen möter samma budskap, förstärkt med en figur som barnen känner igen, hoppades informanterna på att budskapet skulle nå fram. Detta resonemang bygger dock på att samtliga verksamheter som familjerna möter, verkligen har fått ta del av informationen och budskapet från projektet. Om detta är uppfyllt är dock ännu oklart då projektet vid denna tidpunkt inte är slutfört.

Vidare på temat gällande ett enat budskap, som också lyftes som en framgångsfaktor, uttrycktes också att det tidigare generellt sett inte varit ett enat budskap mellan olika verksamheter. Dock nämnde flera informanter att det var bättre nu.

På ämnet gällande riktad preventions påverkan på samverkansarbetet lyftes också att materialet tillhandahölls till viss del på olika språk. Även att materialet var utformat på ett lekfullt och samtalsskapande sätt på vilket förväntan hystes att föräldrar och syskon skulle lockas till att lära sig mer. Denna strategi styrks från tidigare forskning då information och kunskap riktad till föräldrar rekommenderats som preventiva åtgärder i ett flertal studier (André Kramer, Skeie, Skaare, Espelid, Östberg, 2014; Wennhall et al., 2005; Neumann et al, 2011; Bourgeois, Llodra, 2014; Hartung, Schaper, Fischer, Ritz-Timme 2019, Skeie, Klock, 2018; Horst, Tanzer, Milgrom, 2018).

Utifrån syftet och graden av samsyn så var tidsperspektivet en faktor där de olika professionernas förväntan skilde sig åt. Då projektet som tidigare påpekats, ännu inte är slutfört, är det svårt att undersöka hur pass detta har påverkat samverkansarbetet. Men enligt Brownson, Baker, Deshpande och Gillespie (2018, sid 240) är en tydligt definierad tidsplan i samverkansarbetet en viktig faktor.

Ytterligare framgångsfaktorer som lyftes var att samverkan skulle bestå av rätt aktörer. Detta styrks även av Hartung, Schaper, Fischer och Rotz-Timme (2019) som menar att en effektiv strategi är just att identifiera viktiga aktörer för samverkan mellan olika discipliner.

Utifrån syftet skulle även hinder för samverkan belysas. Detta framkom bland annat i form av att samverkan ofta är beroende av en nyckelperson eller intresse hos aktörerna och slutar de eller lämnar sin tjänst så faller projekten vilket gör det sårbart. Detta har även lyfts från tidigare forskning (Burgess et al. 2015). En viktig synpunkt som lyftes angående detta var förslaget om möjligheten att säkra samverkan genom överenskommelser med kommun eller region för att de ska bli mindre sårbara och mer bestående. Detta kan vara ett alternativ värt att undersöka vidare.

För framtida forskning skulle det vara intressant att undersöka om en hög grad av samsyn leder till de resultat eller förväntningar som samsynen bygger på. Omsätts

samsynen rent praktiskt så som samsynen uttrycks? Rent konkret; är en hög grad av samsyn en garanti på att projektet faller väl ut? Och om det inte är så, vad är det då som påverkar att projektet lyckas eller inte lyckas uppnå förväntningar och mål?

Metoddiskussion

Urval

Då urvalet till största delen har föregåtts av ett snöbollsurval utgör samtliga informanter delar av ett nätverk som samverkar för kariesprevention. Då projektet Tandboxen bestod av tre olika professioner i samverkan var det viktigt att representanter från samtliga professioner var representerade för att ge ett trovärdigt resultat (Creswell & Creswell, 2018, sid 185). Dock uppstod svårigheter med att nå informanter från förskoleprofessionen, vilket kan ha anledningen av att de precis genom gått en omorganisation och blivit en egen förvaltning. Den kommunala strukturen har då förändrats vilket i sin tur kan ha påverkat samverkansarbetet och dess kommunikationsvägar. Effekter av omorganisationer lyftes som tidigare nämnts av Burgess et al. (2015) som negativt påverkande faktorer på samverkansarbetet. Burgess et al. (2015) föreslår dock att lösningar på sådana negativa effekter är bland annat att etablera raka och effektiva kommunikationsvägar mellan sektorerna. Kanske är detta något som kommer att behöva ses över och åtgärdas i samverkansarbetet för Tandboxen framöver.

Urvalet landade dock slutligen i fem informanter vilka representerade de tre professionerna som samverkar i Tandboxen. Då tandvården och kommunen representerades med två informanter var hade det varit önskvärt att få ytterligare en person från förskoleprofessionen så att samtliga professioner hade representerats av samma antal informanter. Dock bedöms studiens underlag ändå ha varit tillräckligt för att ge ett tillförlitligt resultat. Då studiens syfte var att undersöka graden av samsyn hos olika professioner i samverkan gällande kariesprevention torde dessa utvalda informanter vara representativa för syftet.

Datainsamling

Datainsamlingen har genomförts med hjälp av kvalitativa semistrukturerade intervjuer som genomförts på informanternas arbetsplats eller genom telefonsamtal. Alla informanter gavs samma frågor utifrån intervjuguiden men under samtalens gång uppstod olika följdfrågor på det som sades.

Ur ett reflexivt perspektiv är det viktigt att vara medveten om den egna rollen i forskningsprocessen (Malterud, 2001; Creswell & Creswell, 2018, sid 183–185, 200–201). Gällande datainsamlingen kan den egna rollen ha påverkat på så vis att det kan ha varit lättare att förstå, reflektera och förhålla sig till de perspektiv som lyftes under intervjuer med koordinatören, utvecklingsledaren för folkhälsa och enhetschefen från förskolan. Detta till följd av den egna kompetensen inom folkhälsokunskapen samt ett flera års erfarenhet av arbete inom förskolan. Tandvårdens kompetens och perspektiv gav flera nya infallsvinklar och aspekter att förhålla sig. Detta kan ha inneburit att diskussioner fick en mer informativ och grundläggande karaktär vilket också kan ha inneburit mindre tid till att vidareutveckla resonemang och synvinklar. Därtill innebar inte detta att nya infallsvinklar inte lyftes från kommun och förskoleprofessionen men dessa var kanske lättare att förstå och förhålla sig till och diskussioner och resonemang var av en mer djupare karaktär.

Gällande intervjuernas utformning av telefonintervju kontra en "mötesintervju" var att telefonintervju var svårare att genomföra. Upplevelsen var att intervjuer per telefon inte var lika öppna och omfattande som de som genomfördes på plats. Även följdfrågorna blev färre i dessa fall. Dessutom förlorades upplevelsen av kroppsspråk vid telefonintervju, något som även Bryman lyfter som en aspekt att överväga i samband med telefonintervju (2016, sid 583). Det faktum att dessa intervjuer inte är lika omfattande kan ha viss påverkan på helhetsbilden och således även författarens tolkning av svar och djupare innebörd av svaren. En annan del som skilde telefonintervjuerna från övriga intervjuer var att i en av telefonintervjun ville informanten ha frågorna utsända i förväg. Detta genomfördes och upplevdes som positivt men samtidigt med en upplevelse av att intervjun blev mer styrd. En nackdel med intervju som datainsamlingsmetod enligt Creswell & Creswell (2018, sid 188) är

det faktum att alla människor inte är lika kommunikativa eller öppna vilket i sådana fall kanske det underlättar för informanten om frågorna lämnats på förhand.

Analys

Analysen resulterade i sex kategorier och fyrtioen subkategorier. Både kategorierna såväl som subkategorierna landade i den mer deskriptiva kategorin utifrån en tydlig beskrivning av innehållet (Graneheim, Lindgren, Lundman, 2017). Analysprocessen upplevdes som tydligt definierad i utformning med en stegvis beskrivning av genomförandet utifrån Graneheim & Lundman, (2004) och Graneheim, Lindgren & Lundman, (2017). För att resultaten skulle vara tillförlitliga har analysprocessen genomförts systematiskt, en noggrannhet har funnits i att ha förankring i datan samt att analysprocessen har getts utrymme till att vara tidskrävande, aspekter som även lyfts av Malterud (2001) som viktiga för relevans och tillförlitlighet. Att beskriva processen så utförligt som möjligt är också viktigt för att resultatet ska kunna tillämpas inom andra områden eller genomföras på liknande sätt inom andra områden (Elo & Kyngäs, 2015; Bryman, 2016, sid 467).

Slutsats

Att det kariespreventiva arbetet för barn är ett viktigt område att prioritera är tydligt betonat från såväl WHO som nationella organ och även från forskningens sida. Med ett tydligt fokus på identifierade riskgrupper, utbildning riktad gentemot vårdnadshavare innehållande bland annat kostråd och tandborstteknik, och tandborstning med fluortandkräm är förhoppningen att det kariespreventiva arbetet ska utjämna den snedfördelade försämring av tandhälsa som råder hos bland annat förskolebarn idag. Men för att uppnå detta krävs ett effektivt samverkansarbete mellan olika verksamheter där graden av samsyn gällande både samverkansarbete och förväntningar, beaktande av framgångsfaktorer och hinder samt riktad prevention är faktorer som påverkar.

Studien resulterade i sex kategorier som omfattade; orsaker till samverkan, förväntan och mål, verktyg/redskap, vad är samverkan och varför samverka, framgångsfaktorer och hinder/gjort annorlunda. Dessa sex kategorier utgjordes av 41 subkategorier.

Kategorierna och subkategorierna representerar informanternas tolkningar och tankar om samverkansarbete och hur deras kariespreventiva arbete har utformats och vad det förväntades utmynna i.

Resultatet visade att det rådde en hög grad av samsyn bland de olika professionerna gällande deras förväntningar på det kariespreventiva arbetet. Även synen på samverkansarbetet omfattade en hög grad av samsyn. Det visade sig också att samtliga parter ansåg att samverkansarbetet hade inneburit ett kunskapsutbyte som varit positivt för både den egna professionen som det kariespreventiva arbetet. Vidare framhölls att samverkansarbetet hade inneburit ett enat budskap, förmedlat med ett gemensamt (till stor del bildbaserat) skapat material som via en ny arena när identifierade riskgrupper.

Studien innebar inte så mycket ny kunskap utan mycket av det som framkommit bekräftades också av tidigare forskning. En viktig aspekt dock som lyftes i studien var att samverkansprojekt ofta drivs och är beroende av nyckelpersoner vilket innebär att samverkansarbetet blir knutet till personer snarare än till verksamhet. Dessa nyckelpersoner är dock mycket viktiga för samverkansarbetet då de ofta besitter såväl drivkraft som kompetens. Samtidigt leder detta till att samverkansprojekt blir sårbara ifall dessa nyckelpersoner faller bort. En önskan lyftes då om att på något sätt kunna säkra samverkan genom överenskommelser med region eller kommun för att på så sätt göra dem mindre sårbara. Detta kan vara ett viktigt perspektiv att arbeta vidare på då denna skörhet gällande samverkansarbete säkerligen återfinns inom fler verksamheter som omfattar någon form av samverkan.

Då studien omfattade området kariesprevention hos förskolebarn med fokus på samverkan och samsyn kan förhoppningsvis studiens resultat ge kunskap och viktiga aspekter av samsyn och samverkansarbete gällande kariesprevention men även samverkansarbete inom andra områden.

Referenser

- André Kramer, A.-C., Skeie, M.S., Skaare, A.B., Espelid, I., & Östberg, A.-L. (2014). Caries increment in primary teeth from 3 to 6 years of age: a longitudinal study in Swedish children. *European Academy of Paediatric Dentistry* 2013, 15, 167-173. DOI: 10.1007/s40368-013-0079-7
- Arora, A., Scott, J. A., Bhole, Sameer., Do, L., Schwarz, E., & Blinkhorn, A. S. (2011). Early childhood feeding practices and dental caries in preschool children: a multi-center birth cohort study. *BMC Public Health* 2011, 11 (28), 1-7. DOI: 10.1186/1471-2458-11-28
- Axelsson, R., & Axelsson, B. S. (2007). *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Studentlitteratur: Lund
- Arrow, P., Raheb, J., & Miller, M. (2013). Brief oral health promotion intervention among parents of young children to reduce early childhood dental decay. *BMC Public Health* 2013, 13 (245), 1-9. DOI: 10.1186/1471-2458-13-245
- Bankel, M., Eriksson, U.-C., Robertson, A., & Köhler, B. (2006). Caries and associated factors in a group of Swedish children 2-3 years of age. *Swedish Dental Journal*, 30, 137–146. Hämtad november 2018 från <https://tandlakarforbundet.se/app/uploads/2017/01/sdj-2006-4.pdf>
- Baum, F. (2015). *The new public health (4th ed)*. South Melbourne: Oxford University Press.
- Bourgeois, D. M., & Llodra, J. C. (2014). Global burden of dental condition among children in nine countries participating in an international oral health promotion programme, 2012-2013. *International Dental Journal* 2014, 64 (Suppl. 2), 27–34. DOI: 10.1111/idj.12129
- Brownson, R. C., Baker, E. A., Deshpande, A. D., & Gillespie, K. N. (2018). *Evidence-based public health (3rd ed)*. New York: Oxford University Press.
- Bryman, A. (2016). *Samhällsvetenskapliga metoder (3 uppl.)*. Malmö: Liber.
- Burgess, T., Braunack-Mayer, A., Tooher, R., Collins, J., O'Keefe, M., Skinner, R., Watson, M., Ashmeade, H., Proeve, C., & Marshall, H. (2015). Optimizing intersectoral collaboration between health and education: the Health Bridges study. *Journal of Public Health*, 38 (4), e430-e437. DOI: 10.1093/pubmed/fdv190

- Collins, C. C., Villa-Torres, L., Sams, L. D., Zeldin, L. P., & Divaris, K. (2016). Framing Young Childrens Oral Health: A Participatory Action Research Project. *PLoS ONE*, *11* (8), 1-19. DOI: 10.1371/journal.pone.0161728
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). Research design. Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches (5th ed). London: Sage Publications Ltd.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, *62* (1), 107-115. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Folkhälsomyndigheten. (2018). *Folkhälsopolitiska mål*. Hämtad januari 2019 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsomyndigheten/folkhalsopolitiska-mal/>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, *24*, 105-112. DOI: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, *56*, 29-34. DOI: 101016/j.nedt.2017.06.002
- Göteborgs Stad. (2017). *Jämlikhetsrapporten 2017: Skillnader i livsvillkor i Göteborg*. Hämtad november 2018 från https://goteborg.se/wps/portal/enhetssida/jamlikt-goteborg/rapporter/jamlikhetsrapporten-2017%3A-skillnader-i-livsvillkor-och-halsa-i-goteborg!/ut/p/z1/04_Sj9CPyKssy0xPLMnMz0vMAfIjo8ziTYzcDQy9TAy9DfwDXA0cg0w8_AMsgo0CvY30wwkpiAJKG-AAjgb6BbmhigDOZzIq/dz/d5/L2dBIS9nQSEh/
- Hartung, B., Schaper, J., Fischer, K., & Ritz-Timme, S. (2019). Care for children with dental neglect: identification of problems and approaches to solving them. *International Journal of Legal Medicine*, *133*, 641-650. DOI: 10.1007/s00414-018-1938-x
- Hedayati-Hajikand, T., Lundberg, U., Eldh, C., & Twetman, S. (2015). Effect of probiotic chewing tablets on early childhood caries – a randomized controlled trial. *BMC Oral Health*, *15* (112), 1-5. DOI: 10.1186/s12903-015-0096-5
- Holmén, A., Stroömberg, U., Håkansson, G., & Twetman, S. (2018). Effect of risk-based payment model on caries inequalities in preschool children assessed by geo-mapping. *BMC Oral Health*, *18* (3), 1-8. DOI: 10.1186/s12903-017-0470-6
- Horst, J. A., Tanzer, J. M., & Milgrom, P. M. (2018). Fluorides and Other Preventive Strategies for Tooth Decay. *Dental Clinics of North America*, *62* (2), 207-234. DOI: 10.1016/j.cden.2017.11.003

- Ingemansson Hultquist, A., & Bågesund M. (2016). Dentin caries risk indicators in 1-year-olds. A two year follow-up study. *Acta Odontologica Scandinavica*, 74 (8), 613-619. DOI: 10.1080/00016357.2016.1227085
- Julihn, A., Soares, F. C., Hjern. A., & Dahllöf, G. (2018). Socioeconomic Determinants, Maternal Health, and Caries in Young Children. *JDR Clinical and Translational Research*, 3 (4), 395-404. DOI: 10.1177/2380084418788066
- Kell, K., Aymerich, A.-M., & Horn, V. (2018). FDI-Unilever Brush Day & Night partnership: 12 years of improving behavior for better oral health. *International Dental Journal*, 68, 3-6. DOI: 10.1111/idj.12404
- Koch, G., Helkimo, A. N., & Ullbro, C. (2017). Caries prevalence and distribution in individuals aged 3-20 years in Jönköping, Sweden: trends over 40 years. *European Academy of Paediatric Dentistry*, 18, 363-370. DOI: 10.1007/s40368-017-0305-9
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358 (9280), 483-488. DOI: 0.1016/S0140-6736(01)05627-6
- Marmot, M. (2015). *The Health Gap. The Challenge of an Unequal World*. London: Bloomsbury Publishing.
- Naidoo, S. (2015). Ethical Considerations in Community Oral Health. *Journal of Dental Education*, 79 (5), S38-S44.
- Neumann, S. A., Lee, K. J., Gussy, M. G., Waters, E. B., Carlin, J. B., Riggs, E., & Kilpatrick, N. M. (2011). Impact of an oral health intervention on pre-school children <3years of age in rural settings in Australia. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 47, 367-372. DOI: 10.1111/j.1440-1754.2010.01988.x
- Petersen, E. P. (2004). Challenges to improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *International Dental Journal*, 54, 329-343.
- Skeie, M. S., & Klock, K. S. (2018). Dental caries prevention strategies among children and adolescents with immigrant – or low socioeconomic backgrounds- do they work? A systematic review. *BMC Oral Health*, 18 (20), 1-20. DOI: 10.1186/s12903-018-0478-6
- Socialstyrelsen. (2018). *Lägesrapport tandvård 2018*. Hämtad november 2018 från <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-3-4>
- Socialstyrelsen. (2013). *Samverka för barns bästa – en vägledning om barns behov av insatser från flera aktörer*. Hämtad april 2019 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-8-1>.

Stecksén-Blicks, C., Hasslöf, P., Kieri, C., & Widman, K. (2014). Caries and background factors in Swedish 4-year-old children with special reference to immigrant status. *Acta Odontologica Scandinavica*, 72 (8), 852-858. DOI: 10.3109/00016357.2014.914569

Strömberg, U., Magnusson, K., Holmén, A., & Twetman, S. (2011). Geo-mapping of caries risk in children and adolescents – a novel approach for allocation of preventive care. *BMC Oral Health* 2011, 11 (26), 1-8. DOI: 10.1186/1472-6831-11-26

Strömberg, U., Holmén, A., Magnusson, K., & Twetman, S. (2012). Geo-mapping of time trends in childhood caries risk – a method for assessment of preventive care. *BMC Oral Health* 2012, 12 (9), 1-7. DOI: 10.1186/1472-6831-12-9

Vetenskapsrådet. (2018). *Codex – regler och riktlinjer för forskning*. Hämtad januari 2019 från <http://www.codex.vr.se/manniska2.shtml>

Wennhall, I., Mårtensson, E.-M., Sjunnesson, I., Matsson, L., Schröder, U., & Twetman, S. (2005). Caries-preventive effect of an oral health program for preschool children in a low socio-economic multicultural area in Sweden: Results after one year. *Acta Odontologica Scandinavica*, 63 (3), 163-167. DOI: 10.1080/00016350510019900

Wennhall, I., Matsson, L., Schröder, U., & Twetman, S. (2008). Outcome of an oral health outreach programme for preschool children in a low socioeconomic multicultural area. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2008, 18, 84–90. DOI: 10.1111/j.1365- 263X.2007.00903.x

Wretling, K., & Gahnberg, L. (2017). Ett tandvårdsperspektiv på förebyggande och hälsofrämjande verksamhet – exempel på kariesprevention från Västra Götaland. *Socialmedicinsk tidskrift*, 94 (2), 199–208. Hämtad november 2018 från <http://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/view/1620/1476>

World Health Organization. (2016). *Inequalities in health: challenges and opportunities in Europe*. Presentation material from the 21st Congress of the European Association of Dental Public Health in Budapest, Hungary. Hämtad januari 2019 från http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/320064/RD-presentation-Inequalities-in-health-1-October-2016,-Budapest.pdf

World Health Organization. (2018). *Country work*. Hämtad december 2018 från <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/oral-health/country-work>

Östberg, A.-L., Skeie, M. S., Skaare, A. B., & Espelid, I. (2017). Caries increment in young children in Skaraborg, Sweden: associations with parental sociodemography, health habits, and attitudes. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2017, 27, 47-55. DOI: 10.1111/ipd.12225

Bilagor

Bilaga 1. Metodisk process

Metodisk process

| Steg | Moment | Parallella moment | Parallella moment |
|------|--|--|---|
| 1. | Syfte och frågeställningar | Framtagning av informations- och samtyckesbrev samt intervjuguide | |
| 2. | Första urval; 4 informanter | Utskick av information samt samtycke | |
| 3. | Insamling av data intervju 1 och 2 (telefon) | Transkribering intervju 1 och 2 | |
| 4. | Insamling av data intervju 3 och 4 | Transkribering av intervju 3 och 4 | Genomläsning transkriberad intervju 1 |
| 5. | Andra urval; 1 informant | Utskick av information samt samtycke | Genomläsning transkriberad intervju 2 |
| 6. | Insamling av data intervju 5 (telefon) | | |
| 7. | Transkribering av intervju 5 | | |
| 8. | Genomläsning av transkriberad intervju 3, 4 och 5 | | |
| 9. | Analys: intervju 1 (m.e., kod) | Kondenserade enheter skapas; meningsenheter och koder skapas från analysenheten. | Koderna numreras i en kodtabell för senare sammanställning av kategorier och teman. |
| 10. | Analys: intervju 2 (m.e., kod) | Kondenserade enheter skapas; meningsenheter och koder skapas från analysenheten. | "Gemensamma koder" sammanförs i kodtabellen och nya koder införs i kodtabellen. |
| 11. | Analys: intervju 3 (m.e., kod) | Kondenserade enheter skapas; meningsenheter och koder skapas från analysenheten. | "Gemensamma koder" sammanförs i kodtabellen och nya koder införs i kodtabellen. |
| 12. | Analys: intervju 4 (m.e., kod) | Kondenserade enheter skapas; meningsenheter och koder skapas från analysenheten. | "Gemensamma koder" sammanförs i kodtabellen och nya koder införs i kodtabellen. |
| 13. | Analys: intervju 5 (m.e., kod) | Kondenserade enheter skapas; meningsenheter och koder skapas från analysenheten. | "Gemensamma koder" sammanförs i kodtabellen och nya koder införs i kodtabellen. |
| 14. | Koder sammanställs i kluster för att skapa subkategorier | | |

Bilaga 2. Information- och samtyckesbrev

Information om intervju och samtycke

Hej!

Här kommer en intervjufrågan till Dig som är med och samverkar i pilotstudien Tandboxen.

Jag som ställer frågan heter Christine Hummelblad och bor i Göteborg. Jag studerar till en master i hälsovetenskap med inriktning mot folkhälsovetenskap vid Mittuniversitetet. Jag har nu kommit till den del i utbildningen där jag ska skriva min magisteruppsats och då jag fått viss insyn i samverkansprojektet Tandboxen så har jag valt att skriva min uppsats om samverkan gällande kariesprevention.

Uppsatsens huvudsyfte är att *undersöka samsyn hos olika professioner i samverkan gällande kariesprevention, belysa framgångsfaktorer och hinder samt undersöka riktad preventions påverkan*. Min förhoppning är att uppsatsen ska utgöra ett verktyg för framtiden gällande samverkansarbete i allmänhet och gällande kariesprevention i synnerhet.

Jag kommer under intervjun att använda mig av en intervjuguide som består av fem till tio öppna frågor rörande samverkan och förväntningar kring samverkansarbete inom kariesprevention och Tandboxen. Intervjun kommer att ta cirka 30 minuter och bygger helt på frivillighet och den som intervjuas har sin fulla rätt att avbryta intervjun när som helst eller att ångra sig till att intervjuas helt.

Intervjun kommer att spelas in med hjälp av mobiltelefon och därefter transkriberas av mig för att senare analyseras med hjälp av innehållsanalys för att få fram teman, mönster och nyckelbegrepp som kommer att ligga till grund för resultat, diskussion och slutsats.

Vad gäller sekretess så kommer inspelning såväl som transkribering enbart att lyssnas på och läsas av mig och inga namn kommer att återges i uppsatsen för att behålla anonymitet. Önskas en kopia av utskriften från transkriberingen efteråt ska jag givetvis ordna detta. Önskas även ett exemplar av uppsatsen då den är färdigställd så ordnar jag självfallet även detta.

Intervjun kommer att förläggas där Du är eller där Du önskar, för att detta ska ta så lite i anspråk av Din tid som möjligt.

Om Du har några frågor eller liknande så tveka inte att kontakta mig!

Med vänliga hälsningar,

Christine Hummelblad

Bilaga 3. Intervjuguide

Intervjufrågor (samtliga professioner)

1. Vad innebär samverkan för Dig?
2. Vilka är Dina förväntningar på Ert samverkansarbete gällande kariesprevention?
3. Vilka är Dina förväntningar på Ert kariespreventiva arbete?
4. Forskning har visat att låg socioekonomisk status och att barn till föräldrar med invandringsbakgrund har betydelse för ökad kariesförekomst. Hur anser Du att Ert samverkansarbete har påverkats av detta?
5. Vilka faktorer tycker Du har varit framgångsrika/positiva i Ert samverkansarbete gällande kariesprevention? Vilka hinder existerar?
6. Vad anser Du skulle kunna ha gjorts annorlunda gällande samverkansarbetet för det kariespreventiva arbetet?
7. Är det något ytterligare som Du skulle vilja tillägga gällande Ert samverkansarbete?

Bilaga 4. Tabell 2 Resultattabell

Tabell 2. Resultattabell

| Kategori | Orsaker till samverkan | | | | | | |
|--|---|--|---|--|--|---|--|
| Subkategorier | Tidiga vanor | Matindustrin | Kulturella skillnader | Beteende | Kompetenssaknad | Socioekonomi | Isolerade öar |
| Kod (några exempel på koder som subkategorierna grundar sig i) | <p>Vanor skapas tidigt (Ti1, Ti2, Ki3)</p> <p>Viktigt att vårda tänderna i tidig ålder (Ti1, Ti2, Ki3)</p> <p>Kariesfri som barn bättre tänder i tonåren och vice versa (Ti1, Ti2, Ki3)</p> | <p>Matindustrin svar motståndare (Ti1, Ki3)</p> <p>Det dolda sockret (Ti1, Ti2)</p> <p>Produkter uppmuntrar till småätande (Ti1, Ti2)</p> | <p>Saknar kunskap om mjölkttänder (Ti1, Ki3)</p> <p>I en viss kultur anses det bättre att ta bort mjölkttänderna (Ki3)</p> <p>Dåliga tänder vid ankomst (Ti1)</p> | <p>Viktigt med tandborstn. (Ti1, Ki3, Fi5)</p> <p>Dricka vatten vid törst (Ti1, Ti2; Ki3)</p> <p>Barnen äter mkt socker, resulterar i minskat matintag & dålig sömn. (Ki3)</p> | <p>Osäkerhet till följd av kompetenssaknad (Ti1)</p> <p>Barn som mår dåligt kan ha tandvård (Ti1, Ti2, Ki3)</p> <p>Små barn som ej går upp i vikt och inte äter (Ti2, Ki3)</p> | <p>I det här området har vartannat barn dåliga tänder (Ki3)</p> <p>Delar tandborste i familjen (Ti1)</p> <p>Svårt att ta till sig "vanlig" information (Ti2, Ki3)</p> | <p>Verksamer vägg i vägg men ändå isolerade öar (Ti1, Ti2)</p> <p>Stängda dörrar (Ti1)</p> <p>Olika verksamheter, olika uttryck men alla har ett problem (Ki3)</p> |
| Kategori | Förväntan och målbild | | | | | | |
| Subkategorier | Nå föräldrar | Kommunicera ut budskapet | Samverkansseffekt | Enat budskap | Förändra beteende | Konstruerat material | Konstruerat material (forts.) |
| Kod (några exempel på koder som subkategorierna grundar sig i) | <p>Föräldrarna blir påverkade av barnen (Ti2, Fi5)</p> <p>Föräldramötes program, hemgävor & kapprumsbibliotek skapar dialog & nyfikenhet hos barn & föräldrar att lära sig mer (Ki4, Fi5)</p> <p>När ut till föräldrarna (Ti1, Ti2, Ki3, Ki4)</p> | <p>Fler pratar munhälsa (Ti1, Ti2, Ki3, Ki4)</p> <p>Nya aktörer pratar munhälsa (Ti1, Ti2, Ki3)</p> <p>Samverkan för att sprida budskapet (Ti1, Ti2, Ki3, Ki4, Fi5)</p> <p>Sprida kunskap om mjölkttänder (Ti1, Ti2)</p> | <p>Kunskapsutbyte mellan olika professioner. (Ti1, Ti2, Ki4, Fi5)</p> <p>Kompetensutveckling. (Ti1, Ti2, Fi5)</p> <p>Samverkan skapar broar mellan olika verksamheter. (Ti1, Ki3)</p> | <p>Alla pratar om samma sak (Ki3, Fi5)</p> <p>Prata tandhälsa ska vara integrerat i rutiner hos aktörer (Ki3, Fi5)</p> | <p>Skapa förutsättn. för att ändra ett beteende (Ki3)</p> <p>Mål – ändra attityder eller handlingar hos personal/ föräldrar som kan påverka barnen (Ki3)</p> | <p>Lekfullt material lockar till tandborstning (Ti1, Ti2, Fi5)</p> <p>Barnen blir nyfikna på och engagerade av materialet (Ti2, Ki4, Fi5)</p> <p>Materialet är samtalsskapande. (Fi5)</p> | <p>Pedagogerna ska uppleva Tandboxen som ett fint och roligt material med tydlig koppling till läroplanen. (Ki4)</p> |

| | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
| Kategori | Verktyg / redskap | | | | | | |
| Subkategorier | Samverkan mellan verksamheter som möter familjer | Socioekonomi | Socioekonomi (forts.) | Bildinformation | Kompetens | Gemensam problembild | Engagemang och förståelse |
| Kod (några exempel på koder som subkategorierna grundar sig i) | <p>Avstämning/ diskussionsutbyte/ bollande av idéer (Ti1, Fi5)</p> <p>Samverkan familjecentral och tandvård. (Ti1, Ti2, Ki4)</p> <p>Samverkan tandvård och förskola (Ti1, Ki4)</p> <p>Samverkansdagar (Ti1, Ti2, Ki4)</p> | <p>Förskolor i omr. där barnen har dålig tandhälsa reagerar (Ti1, Ki3)</p> <p>Samverkan med familjecentral tidigt i socioekonomiskt tunga områden (Ti1, Ti2)</p> | <p>Kunskap och förståelse för utsatta grupper/målgrupper (Ti1, Ti2, Ki3)</p> | <p>Budskap/kunskap via bilder (Ti1, Ti2, Ki3, Ki4, Fi5)</p> <p>Skapat material tillsammans i samverkan (Ti1, Fi5)</p> <p>Viktigt med upprepat budskap ex. en figur som barnen känner igen (Ki3, Fi5)</p> | <p>Viktiga aktörer i samverkan (Ti1, Ki3, Ki4)</p> <p>Rätt aktörer i samverkan (Ti2, Ki3, Ki4)</p> <p>Rätt person på rätt plats (Ki3, Ki4)</p> | <p>Identifiera problemet gemensamt (Ki3, Fi5)</p> <p>Ta en gemensam bild (Ki3)</p> | <p>Förstå uppdraget och att vinsten är en bättre hälsa. (Ki3, Ki4)</p> <p>Kunskap och förståelse för utsatta grupper (Ki3)</p> <p>Engagemang kräver förståelse (Ki3)</p> |
| Kategori | Vad är samverkan och varför samverka | | | | | | |
| Subkategorier | Information utbyte | Befolkning ansvar | Professionsinsyn | Mål och engagemang | | | |
| Kod (några exempel på koder som subkategorierna grundar sig i) | <p>Avstämning/ diskussionsutbyte/ bollande av idéer (Ti1, Fi5)</p> | <p>Samverkan viktigt för att aktörer har ett befolkningsansvar (Ki3, Ki4)</p> | <p>Samverkan – skapar djupare förståelse för varandras yrkesroller (Ki4)</p> | <p>Samverka – se målet, komma överens och äga kunskap (Ki3)</p> | | | |
| Kategori | Framgångsfaktorer | | | | | | |

| Sub-kategorier | Information sutbyte | Samma budskap | Kompetens, kunskap & drivkraft | Bild- informat ion | Engagemang & förståelse | Utvärdering | Lednings stöd |
|---|--|--|--|--|--|---|---|
| Kod (nägra exempel på koder som sub-kategorierna grundar sig i) | <i>Samverkan BVC och tandvården (Ti1, Ti2)</i> | <i>Olika aktörer har samma budskap (Ti1, Ti2, Ki3, Ki4, Fi5)</i> | <i>Rätt aktörer i samverkan (Ti2, Ki3, Ki4)</i> <i>Viktigt med personer som ser möjligheter och driver processen framåt. (Ki3, Fi5)</i> | <i>Budskap/kunskap via bilder (Ti1, Ti2, Ki3, Ki4, Fi5)</i> <i>Viktigt med upprepat budskap ex. en figur som barnen känner igen. (Ki3, Fi5)</i> | <i>Förstå varför avsätta tid till samverkan (Ki3, Ki4)</i> <i>Äga processen (Ki3, Ki4)</i> | <i>Utvärdering av samverkans material inman spridning (Ti1, Ki4, Fi5)</i> | <i>Viktigt med stöd från ledningen (Ti1, Ki4)</i> <i>Samverkan kräver intresse från ledning såväl som aktörer (Ti1, Ti2, Ki3, Ki4)</i> |
| Sub-kategorier | Tid | Aktörer med från start | Kontinuitet | Gemensam problem/målbild | Struktur | | |
| Kod (nägra exempel på koder som sub-kategorierna grundar sig i) | <i>Viktigt att ge tid till samverkan, finns inte avsatt i vardagliga verksamheten (Ti1, Ki3)</i> | <i>Alla medarbetarna med från början, i planeringsstadiet för motivation (Ti1, Ti2, Ki4, Fi5)</i> | <i>Samverkan kräver kontinuitet av personal (Ti2, Ki3)</i> | <i>Identifiera problemet gemensamt (Ki3, Fi5)</i> | <i>Tydlig struktur i samverkan; vad är mitt uppdrag & vad gör vi tillsammans (Ki3, Ki4)</i> | | |
| Kategori | Hinder/ gjort annorlunda | | | | | | |
| Sub-kategorier | Mötesfrekvens | Aktörer i samverkan | Omfattning kontra effekt | Om-organisation | Fler aktörer/partner | Tid | |
| Kod (nägra exempel på koder som sub-kategorierna) | <i>Mer möten under processen (Ti1)</i> | <i>Samverkan beroende av intresse hos aktörer, om de slutar faller projekten (Ki3, Ki4)</i> <i>Önskvärt att säkra</i> | <i>Tandboxen behöver implementeras i större skala för att ge resultat (Ki4)</i> | <i>Samverkan står still eller tappas i en omorganisation (Ki4)</i> <i>Stor påverkan</i> | <i>Även socialsekreterarna skulle integreras så att föräldrarna nås av budskapet kopplat till socioekonomi (Ki3)</i> | <i>Praktiska detaljer som drar ut på tiden påverkar arbetet (Fi5)</i> | |

| | | | | | | | |
|---------------------|--|---|--|--|--|--|--|
| grund- ar sig i) | | <i>funktioner i samverkan genom överenskom- melse med kommun /region (K3)</i> | | <i>av omorganis- ering (Ki4)</i> | <i>Tydligare lokal förankring av aktörer (Ki4)</i> | | |
|---------------------|--|---|--|--|--|--|--|