

Avtal om samverkan för social hållbarhet och jämlik hälsa i Örebro län

Linnea Hedkvist, Margareta Johansson, Cecilia Ljung,
Lisbet Omberg

Linnea Hedkvist, Folkhälsostrateg, Hällefors, Lindesberg, Ljusnarsberg, Nora.

E-post: linnea.hedkvist@nora.se. Margareta Johansson, Folkhälsochef, Örebro läns idrottsförbund. E-post: margareta.johansson@olif.se. Cecilia Ljung, Folkhälsostrateg, Degerfors, Karlskoga. E-post: cecilia.ljung@karlskoga.se. Lisbet Omberg, Utvecklingsledare folkhälsa, Region Örebro län. E-post: lisbet.omberg@regionorebrolan.se.

Ett viktigt verktyg för samverkan i Örebro län är de folkhälsoavtal som sjösattes för första gången 2003. Styrkan i avtalen är deras breda angreppssätt utifrån olika perspektiv. Av avtalen framgår att man ska samverka för en god hälsoutveckling i länet, angripa den ojämlika fördelningen av hälsa, verka för en god hälsa hos barn och ungdomar, verka för ett hälsosamt åldrande och stärka det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Befolkningsundersökningar, välfärdsbokslut och utvärderingar är betydelsefulla i arbetet. Under år 2016 genomförs en extern utvärdering av folkhälsoavtalen. I avvaktan på resultaten från utvärderingen och det kommissionsarbete för jämlik hälsa som pågår har folkhälsoavtalen förlängts. Resultaten från utvärdering och kommissionsarbete kommer att ha stor inverkan på folkhälsoavtalens framtid.

The agreements of public health, launched for the first time in 2003 are important for the collaboration in the county of Örebro. The strength of the agreements is their broader approach from different perspectives. The agreements states that the region, municipalities and the NGOs shall address the unequal distribution of health, promote good health among children and adolescents, promote a healthy aging and enhance health promotion and disease prevention. Population studies, welfare audits and evaluations are important in the work. An external evaluation is conducted in 2016. A commission work for health equity is in progress. The results of the evaluation and the work of the commission for health equity will have a major impact on the future of the agreements. While waiting of the results the old agreements are extended until April 2017.

Bakgrund

Syftet med avtal för lokalt folkhälsoarbete i Örebro län är att genom långsiktig samverkan mellan parterna främja en god och jämlik hälsa i befolkningen. Nationella, regionala och kommunernas/organisationernas egna mål för folkhälsa ska vara styrande. Samverkan ska ha sin utgångspunkt i hälsans bestämningsfaktorer och inriktas på åtgärder för människors lika villkor till hälsa och livskvalité.¹

Örebro län har en lång tradition av gränsöverskridande samverkan inom politikområdet folkhälsa mellan organisationer med regionalt uppdrag, länets kommuner och det civila samhället. År 2003 sjösattes avtal om samverkan för lokalt folkhälsoarbete. Uppföljningar av folkhälsoarbetet hade visat på behovet av ökad professionalitet, långsiktighet och samverkan. Landstinget hade sedan länge gett medel till idrottens folkhälsoarbete men också till kommunerna för att anställa hälsoplanerare. Avsikten var att kommunerna skulle stå för hälften av finansieringen. Detta visade sig vara svårt att uppfylla, på grund av ekonomiska skäl, främst för mindre kommuner. Efter dialog i länet enades man om en gemensam modell för att utveckla det lokala folkhälsoarbetet. Folkhälsoavtal med gemensamma mål och åtaganden skulle främja samverkan, ökad professionalitet, kontinuitet, ledning och styrning. (se avsnitt folkhälsoavtal)

År 2015 bildades Region Örebro län. Detta innebar nya förutsättningar

för folkhälsoavtalen. I landstinget hade folkhälsoavtalen varit knutna till den samhällsmedicinska enheten och politiskt till nämnden för folkhälsa som i sin tur samverkade i varje länsdel genom politiska dialogföreläsningsutskott där landsting, kommunpolitik och civilsamhällets styrelser var representerade. I och med bildandet av Region Örebro län organiserades folkhälsofrågorna i regional utveckling, välfärd och folkhälsa samt i regionkansliet, hållbar utveckling. Politiskt hamnade ansvaret för folkhälsofrågorna år 2016 i Regionsstyrelsen och dess fokusberedning för folkhälsa. Samverkan mellan länets kommuner och regionen genomförs i det regionala samverkansrådet och där behandlas folkhälsofrågorna i specifika samverkansrådet för folkhälsa, välfärd och vård.

Folkhälsoavtal

Kommunerna är indelade i fyra länsdelar och nuvarande folkhälsoavtal är utformade som länsdelsavtal med Region Örebro län. Därutöver finns avtal tecknade mellan regionen och Örebro läns idrottsförbund med SISU Idrottsutbildarna samt med Örebro läns bildningsförbund.

Folkhälsoavtalen bygger på en gemensam modell där Region Örebro län tillsammans med länets kommuner avsätter resurser för att utveckla det lokala folkhälsoarbetet. Avtalen innebär att man i länet arbetar för jämlik hälsa, utvecklar samverkan, främjar långsiktighet, kompetensut-

¹ Örebro läns landsting(2014) *Avtal om samverkan för lokalt folkhälsoarbete 2012-2015* Bilaga 1 nämnden för folkhälsa.

veckling och kontinuitet i folkhälsoarbetet samt antar gemensamma utmaningar.

Folkhälsoavtalen reglerar åtaganden för parterna var för sig och det gemensamma ansvaret. Viktiga utgångspunkter i avtalen är att:

- samverka för engodhälsoutveckling
- angripa den ojämlika fördelningen av hälsa
- verka för en god hälsa hos barn och ungdomar
- verka för ett hälsosamt åldrande
- stärka det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet

Grunden i avtalen är gemensamt men det finns särskilda skrivningar som varierar mellan länsdelarna utifrån lokala måldokument, prioriteringar och behov av insatser. Varje länsdel har strategiska resurspersoner för folkhälsoarbetet (folkhälsosteam) som finansieras via de gemensamt avsatta medlen. Därtill avsätter Region Örebro län resurser för att utveckla folkhälsoinsatser inom hälso- och sjukvården, Örebro läns idrottsförbund med SISU Idrottsutbildarna samt Örebro läns bildningsförbund. Örebro läns landsting har genom landstingets samhällsmedicinska enhet åren 2003-2014 i enlighet med folkhälsoavtalen erbjudit kunskaps- och metodstöd i det lokala folkhälsoarbetet. Varje länsdel har också från regionen i enlighet med avtalen erbjudits en personresurs av varierande tjänstgöringsgrad för att stödja det hälsofrämjande arbetet för barn och unga i länsdelen.

Befolkningsundersökningar en gemensam kunskapskälla

Sedan 1993 har befolkningsundersökningar genomförts i den vuxna befolkningen i Örebro län. Befolkningsundersökningen Liv & hälsa har gett kunskap om livsvillkor, levnadsvanor, hälsa och samt vårdkontakter. År 2012 användes den nationella studien "Hälsa på lika villkor?" som Folkhälsomyndigheten genomförde, med en tilläggsmodul från Liv & hälsa enkäten. För Örebro läns del erbjöds drygt 17 000 personer i åldern 16–84 år att delta. Nästa befolkningsundersökning är planerad att genomföras våren 2017 i samverkan med CDUST²-landstingen och riktas till befolkningen 18 år och äldre. Liv & hälsa ung är ytterligare en enkätundersökning om ungdomars livsvillkor, levnadsvanor och hälsa som genomförs vart tredje år i skolår 7, 9 och år 2 på gymnasiet i Örebro län.

Undersökningarna är ett unikt underlag för planering, styrning, uppföljning och rapportering. Genom återkommande undersökningar har resultaten kommit att spela en betydande roll. Resultaten presenteras i olika former och sammanhang och är viktiga arbetsverktyg för det lokala folkhälsoarbetet. Två exempel på rapporter som varit till stor nytta i utvecklingsarbetet är *"Hälsans skyddsfaktorer ur ett jämlikhetsperspektiv"*² samt *En god och jämlik hälsa i Örebro län?*³ Det gemensamma arbetet följs upp på olika sätt.

² Lindén-Boström M, Persson C (2012) *Hälsans skyddsfaktorer ur ett jämlikhetsperspektiv Liv & hälsa i Örebro län 2000-2011*, Örebro: Samhällsmedicinska enheten Örebro läns landsting.

³ C Uppsala, D Sörmland, U Västmanland, S Värmland och T Region Örebro län.

Bokslut som redskap för uppföljning och vägval

Tillsammans utvecklar avtalsparterna arbetsmetoder, samordnar och initierar insatser och sprider kunskap för en god och jämlik hälsoutveckling. Denna samverkan har sin grund i länet *Folkhälsoplan med folkhälsopolitiska mål – en god och jämlik hälsa i Örebro län⁴ 2012-2015* och folkhälsoavtalen. För att veta att länets folkhälsoarbete är på rätt väg följs folkhälsoplanerna upp genom välfärdsbokslut. Välfärdsboksluten är underlag för beslutsfattares val av insatser och ska stimulera till diskussion kring länets folkhälsomål och vägval för en god och jämlik hälsa.

Boksluten beskriver länsinvånarnas livsvillkor, levnadsvanor och livsmiljö genom analyser av förändringar, trender och hotbilder av folkhälso- och välfärdsutvecklingen samt visar på goda exempel.

År 2009 presenterades den första uppföljningen i form av ett välfärdsbokslut. *En god och jämlik hälsa? Välfärdsbokslut år 2009 ur ett barn- och ungdomsperspektiv*. År 2010 presenterades *En god och jämlik hälsa? Välfärdsbokslut ur ett jämlikhetsperspektiv* och 2014 *En god och jämlik hälsa i Örebro län? Välfärdsbokslut 2012-2013 för äldre personer och för personer med funktionsnedsättning*. Örebro läns landsting och Örebro kommun deltog åren 2012-2013 i Sveriges kommuner och landstings (SKLs) samling för Social hållbarhet – minska skillna-

der för hälsa. I det senaste bokslutet görs en ansats att omsätta samlingens fem rekommendationer och 23 åtgärder för att minska skillnader i hälsa för målgruppen äldre och personer med funktionsnedsättning.

Även lokalt i kommunerna tas välfärdsbokslut eller – beskrivningar fram för att ge underlag för prioriteringar och åtgärder inom folkhälsoområdet. De lokala dokumenten ser olika ut i länet men bygger i stor utsträckning på regionens befolkningsundersökningar, registerstatistik och egna data. För att påverka den lokala styrningen har även flera kommuner påbörjat ett arbete för att utarbeta kvalitetsmått kopplat till boksluten för att på så sätt sammanlänka kommunernas mål och budgetprocess med det långsiktiga folkhälsoarbetet. Detta arbete drivs av Karlskoga och Degerfors kommuner i nära samverkan med regionens övriga kommuner med flera. Arbetet benämns ”Att mäta det omätbara inom folkhälsa och barnkonvention” och har även ett fördjupat fokus på ekonomiskt utsatthet bland barn.^{5,6}

Uppföljning av folkhälsoavtalen

Länet folkhälsoavtal har sedan starten år 2003 kontinuerligt följts upp. Uppföljningarna har skett via utvärderingar, verksamhetsberättelser, fördragningar samt bokslut.

Utvärdering av de första folkhälso-

⁴ Järliden E (red) (2014) *En god och jämlik hälsa i Örebro län? Välfärdsbokslut år 2012-2013 för äldre personer och personer med funktionsnedsättning Örebro*. Örebro läns landsting.

⁵ Jern C, Ljung C, Åhlgren J (2016) *Indikatorer för folkhälsa och barnkonvention. En jämförelse av resultat för deltagande kommuner i Jämförelsenätverket att mäta det omätbara*. Folkhälsoförvaltningen, Karlskoga och Degerfors kommuner.

⁶ Åhlgren J (red) (2015) *Indikatorer för ekonomisk utsatthet bland barn och unga. En jämförelse av resultat för samtliga kommuner i Region Örebro län, Sigtuna kommun samt Borlänge kommun. Karlskoga och Degerfors kommuner*.

avtalen åren 2003-2007 redovisades i två rapporter.^{7,8} Av resultaten framgick bland annat att avtalen medfört ökad folkhälsokompetens, gett tyngd och legitimitet till folkhälsofrågorna och att det blivit lättare att komma in i den kommunala organisationen med folkhälsofrågor. Som negativt sågs svårigheter med att se konkreta resultat, att avtalen behövde bli mera kända ute i kommunerna och att folkhälsofrågor ofta var visstidstjänster. Utvecklingsområden som angavs var bland annat behovet av ett gemensamt mötesforum för kommun och landsting.

Utvärderingen påverkade i viss mån folkhälsoavtalen åren 2008-2011 där det tillkom en skrivning om att parterna gemensamt skulle åstadkomma en politisk samordning i folkhälsofrågor på länsdelsnivå, s.k. politiska dialogfora. I dessa skulle handlingsplaner utarbetas med uppföljningsbara mål för länsdelens folkhälsoarbete. Nya prioriteringsområden tillkom också inom målgruppen barn- och unga (föräldrastöd, psykisk ohälsa samt övervikt och fetma).

År 2010 genomfördes en utvärdering⁹ av de nyinrättade dialogfora där det angavs att dialogforum är en viktig mötesplats för samverkan men att deras inriktning måste bli tydligare för att ge arbetet en större legitimitet och tyngd.

I en intern rapport ”Genomgång och

analys av avtal om samverkan för lokalt folkhälsoarbete” (Philipsson A, 2015) sammanfattar författaren att avtalsparterna överlag är nöjda över att folkhälsoavtalen finns och de upplevs som förmånliga. Några anger att de inte fått till ett bra folkhälsoarbete utan avtalen, och att avtalen är en grundförutsättning för folkhälsofrågorna över tid. En viktig framgångsfaktor med avtalen är långsiktigheten samt att de gett möjlighet att arbeta över organisationsgränser och bidra till samsyn. Andra menade att folkhälsoavtalen i grunden inte betytt så mycket utan att man fortsatt på inslagen väg.

När det gäller avtalens innehåll finns det olika syn. Några vill ha dem breda och odetaljerade medan andra önskar dem mer detaljstyrda. Förankringen av avtalen anses också som viktig och ses som ett utvecklingsområde.

Civilsamhället och kommunerna som arenor

Civilsamhället på samma arena

*”Någon gång i livet är åtta av tio svenskar aktiva i någon form av frivilligt idéburet arbete. Det finns alltid någon förening eller organisation att samverka med i folkhälsoarbetet för en jämlikare hälsa och folkhälsopolitikens elva målområden.”*¹⁰

Den ideella sektorn är till sin karaktär

⁷ Nilsson, L.(2004). *Avtal för strategiskt folkhälsoarbete i Örebro län, en utvärdering efter halva avtalsperioden*. Nota Bene nr.26/2006. Örebro: Samhällsmedicinska enheten, Örebro läns landsting.

⁸ Nilsson,L(2007). *Samverkan kring folkhälsoarbetet i Örebro län*. Slutrapport för avtalsperioden 2003-2006.Nota Bene nr.27/2007. Örebro:Samhällsmedicinska enheten, Örebro läns landsting.

⁹ Nilsson, L. *Dialogforum som verktyg för politisk samverkan Ett försök att samordna folkhälsoinsatserna i Örebro län*. Nota Bene nr.36/2010 Örebro:Samhällsmedicinska enheten, Örebro läns landsting.

¹⁰ Linde J. *Civilsamhället – arena och aktör. Folkhälsoarbetet behöver idéburna organisationer. Socialmedicinsk tidskrift*, 2011;4:352-354.

uppbyggd av principer som i sig främjar hälsan. Människor deltar utifrån sina egna engagemang och drivkrafter fritt och frivilligt. På demokratiska vägar bygger man upp en verksamhet där människor möts och delar gemensamma intressen. Delaktighet och inflytande i samhället tillhör de mest grundläggande förutsättningarna för folkhälsan. I Örebro län pågår ett brett arbete med att stärka samverkan mellan de idéburna organisationerna och samhället i övrigt. I både den regionala utvecklingsstrategin och länets folkhälsoplan uttrycks vikten av samverkan med alla parter i samhället för att uppnå folkhälsomålen.¹¹

Den ideella sektorn står inför ett antal utmaningar för att möta människors behov och villkor i framtidens samhälle. Det kan handla om nya typer av aktiviteter, förändrade arbetssätt i styrelser och kommittéer, ta till sig nya kunskaper och tekniker och så vidare. Trots att så många är engagerade i den ideella sektorn finns det skillnader i deltagande. Hur kan ideella sektorn engagera de som idag står utanför de sociala gemenskaperna i föreningar och studieförbund? Det behövs en intern diskussion inom föreningar och studieförbund om hur man själv ser på sin verksamhet och roll i folkhälsoarbetet. Den ideella sektorn låter sig inte styras utan är vad medlemmarna beslutar.

När offentliga sektorn efterfrågar insatser och samverkan är det upp till föreningarna att ta ställning – ska vi, kan vi, vill vi? Erfarenheter visar att ideella sektorn tar på sig ett stort sam-

hälleligt ansvar och att det går att hitta vinna-vinna-lösningar som gagnar alla parter. Det är viktigt att tydliggöra spelregler för samverkan som bygger på respekt och kunskap om varandras roller och ansvar. De samverkansavtal som Region Örebro län har sedan mer än 30 år med Örebro läns idrottsförbund och under de senaste åren även med SISU Idrottsutbildarna och Örebro läns bildningsförbund är goda exempel på en fungerande modell för ett långsiktigt gemensamt partnerskap vilket lett till ökat samarbete såväl lokalt som regionalt.

Kommunerna som arena

En viktig kommunal arena för jämlik hälsa är samhällsplaneringen i dess olika former. I flera kommuner pågår arbete med revidering av grönstrukturs- och översiktsplaner där social hållbarhet och jämlikhet är viktiga utgångspunkter för den fysiska planeringen. Verktyg som används är dels kunskapsunderlag om den byggda miljöns betydelse för jämlik hälsa samt dialog med olika kommuninvånargrupper om resurser och behov för livskvalité och utveckling. I folkhälsoavtalen har kommunerna åtagit sig att aktivt använda samhällsplanering och kommunal verksamhet för att främja en jämlik hälsa i befolkningen och motverka barnfattigdom. Flera kommuner i länet har prioriterat att göra förstudier samt handlingsplaner för att genom strukturella åtgärder minska ekonomisk utsatthet bland barn vilket ligger i linje med avtalen.

¹¹ Johansson M (red), *En kraft att räkna med – föreningslivet och folkbildningen i folkhälsoarbetet i Örebro län*. Örebro: 2012.

Hälsans bestämningsfaktorerers värdegrund bygger på mänskliga rättigheter för barn och vuxna. Då avtalen om lokalt folkhälsoarbete lägger stor vikt på barndomen, spelar barnkonventionen en viktig roll. Det finns ett tydligt samband i lokalt prioriterade folkhälsoinsatser och uppfyllandet av barnets rättigheter. De största folkhälsoutmaningarna som kommuner måste jobba för att förbättra är ofta även rättigheter för barnet.

Alla barn har rätt till liv och utveckling. Det innebär att kommunerna måste klara sitt grunduppdrag i generell verksamhet och med förebyggande och främjande insatser. Det visar sig att ojämlikheten finns i alla våra kommuner. Det råder en obalans i hälsa mellan de som har arbete eller klarar skolan, i jämförelse med motsatt situation, att inte klara skolan eller inte ha ett förvärvsarbete.¹² Eftersom det är en rättighet för varje barn, så har kommunerna ett viktigt arbete att utveckla samhällsliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa.

De mätningar som görs av hälsans bestämningsfaktorer visar på ojämlikhet i hälsa och vikten av att använda resultaten som avstamp för fortsatt resa mot jämlikhet i hälsa. En viktig faktor för att få folkhälsoarbetet förankrat i den kommunala organisationen är att bygga en långsiktig organisation som innefattar både forum för dialog och beslut. Utan en intern organisation är det svårt att implementera de viktiga indikatorerna för jämlikhet i hälsa och barnets rättigheter. Lokalt folkhälsoutveckling kräver både en

folkhälsoprofession och mottagare i alla arenor som möter invånare. Kunskap och samverkan är sedan förutsättningar för att skapa en jämlikhet i hälsa. Genom samverkan kan smarta mål och mätningar genomföras som inte bara ger en bild av folkhälsoläget, utan även ger förutsättning för lokal målstyrning. Det är viktigt att konkretisera det långsiktiga mätandet till påverkansbar nivå, så lokala beslutsfattare ser nyttan av att mäta och följa folkhälsan, och även se kopplingen till den kommunala utvecklingen och styrningen. Det handlar om att gå från att mäta det ”omätbara och ouppnåeliga” till att sammanlänka och koppla ihop mätningar till lokalt kvalitetsarbete. Kommunerna kan dock inte göra detta ensamt utan det är viktigt att både se sina egna förutsättningar och att skapa samverkan med andra myndigheter och idéburen sektor som verkar inom den geografiska kommunen/regionen. Samverkan är en styrka, och extra viktig i mindre kommuner med begränsade resurser. Tillsammans finns en styrka som är mångt mycket mer än en myndighet kan åstadkomma enskilt. Detta är grunden i avtalet för en god och jämlik hälsa.

Regionalt stöd till lokalt folkhälsoarbete

Bildande av Region Örebro län har inte i någon större utsträckning påverkat det kunskaps- och metodstöd som är regionens åtaganden i avtalen. Som tidigare är ett antal utvecklingsledare, barn- och unga från välfärd

¹² Ljung C, (2016) *Förstudie, Gör jämlikt – gör skillnad, Karlskoga och Degerfors kommuner.*

och folkhälsa knutna till länsdelarna och hållbar utveckling har ansvar för befolkningsundersökningar. För målgruppen äldre har snarare en förstärkning skett då välfärd och folkhälsa har hög kompetens inom området.

En förändrad samverkansstruktur har byggts upp mellan Region Örebro län och länets samtliga kommuner med en politisk nivå och en tjänstemannanivå. Det samverkansråd som bildats har representation från samtliga kommuner i länet och Region Örebro län. Till samverkansrådet är ett antal specifika råd knutna varav rådet för folkhälsa, social välfärd och vård är ett. Till stöd för detta bildar länets folkhälsostrategier beredningsgrupp för folkhälsofrågor. Det innebär att förutom kommunstrategerna finns Örebro läns Idrottsförbund med SISU Idrottsutbildarna och Örebro läns bildningsförbund representerade. Deras styrelser är inte företrädare i det politiska regionala samverkansrådet vilket de tidigare var i de länsdelsvisa dialogfora.

En ny framtid skapas för samverkan inom social hållbarhet och jämlik hälsa

I avvaktan på nya styrdokument, utvärdering av folkhälsoavtalen, folkhälsokommission och en ny regional utvecklingsstrategi föreslog Region Örebro län avtalsparterna en förlängning av folkhälsoplan och folkhälsoavtal tom år 2016.

I och med bildandet av Region Örebro län togs nya tag för att revidera

olika styrdokument. Bland annat revideras den regionala utvecklingsstrategin. År 2015 togs också ett beslut om en kommission för jämlik hälsa. Samtidigt tog det regionala samverkansrådet initiativ till en extern utvärdering av folkhälsoavtalen.

Folkhälsoavtalen ska utvärderas

Med slutdatum december 2016 kommer en processinriktad utvärdering att genomföras av Örebro läns samtliga sex folkhälsoavtal; länsdelsavtalen med länets kommuner, avtalet med Örebro läns Idrottsförbund med SISU Idrottsutbildarna och avtalet med Örebro läns bildningsförbund. Syftet är att inför kommande arbete fånga synen på organisering av folkhälsoarbetet, folkhälsoavtalens förankring, samverkan, ägarskap och styrning samt om avtalen haft förmåga att bidra till handling och nytta.

Kommission för jämlik hälsa

I februari 2013 arrangerade Örebro läns landsting en konferens ”Social hållbarhet och jämlik hälsa” där landsting, regionförbund, länets kommuner, universitet, bildningsförbund, länsstyrelse och idrottsförbund hade en gemensam utbildnings- och utvecklingsdag. Inför konferensen togs ett diskussionsunderlag fram som gav en kunskapsbas ur ett internationellt, nationellt och regionalt perspektiv.¹³ Målet var att initiera ett regionalt utvecklingsarbete för jämlik hälsa. Två år senare beslutade Regionfullmäk-

¹³ Kommunerna i Örebro län, Örebro läns idrottsförbund, Örebro läns landsting (2013). *Social hållbarhet och jämlik hälsa ur ett internationellt, nationellt och regionalt perspektiv. Diskussionsunderlag till Örebro läns folkhälsokonferens 2013*. Örebro: Örebro läns landsting.

tige om en kommission för jämlik hälsa. Syftet med kommissionen är att identifiera och bidra med kunskap och vägledning i det långsiktiga arbetet för att minska skillnaderna i hälsa i länet. Kommissionen ska analysera hälsoläget i länet/regionen utifrån socioekonomiska, miljö-, genus- mångfalds och livscykelperspektiv samt identifiera utmaningar och föreslå åtgärder. Kommissionärer är politi-

kerna i Regionsstyrelsens fokusberedning för folkhälsa. Slutrapport ska föreligga hösten 2017. Konferensen hade även påverkan på lokalt arbete där flera kommuner tog ett avstamp för lokalt utvecklingsarbete för jämlik hälsa.¹⁴ Resultaten från utvärdering och kommissionsarbete kommer att ha stor inverkan på folkhälsoavtalens framtid.

¹⁴ Ljung C,(2016) *Förstudie, Gör jämlikt-gör skillnad, Karlskoga och Degerfors kommuner.*

Annonsering i smt

En annons i Socialmedicinsk tidskrift når många olika grupper av intresserade och medvetna läsare. Som annonsör finns det möjlighet att annonsera både i tidskriften och på hemsidan. Genom att många av prenumeranterna är bibliotek och institutioner når tidskriften ut till en avsevärt bredare läsekrets än vad som indiceras av antalet prenumeranter. Bland dessa läsare finns allmänhet, tjänstemän i kommuner och landsting, politiker, personer som arbetar inom socialtjänst, vård och omsorg, studenter och forskare vid universiteten m fl.

Annonspriserna för annons i tidskriften år 2016 följer nedan, moms och eventuella kostnader för sättning och repro tillkommer:

- | | |
|---------------------------------------|---------|
| • Helsida baksida omslag 165 x 242 mm | 7000 kr |
| • Hetsida insida av omslag | 5000 kr |
| • Hetsida inlaga | 4000 kr |
| • ½ sida | 3500 kr |
| • ¼ sida | 2000 kr |

För tryckta annonser kan 4-färg fås på omslaget mot kostnadstillägg. Normalt trycker vi inlagan i svart och omslaget i svart + dekorfärg.

För frågor om och beställning av annons i tidningen eller på hemsidan kontakta: redaktionen@socialmedicinsktidskrift.se