

Arbete för jämlik hälsa – en interaktiv process. Erfarenheter från Östgötakommissionen.

Margareta Kristenson, Annika Larsson

Margareta Kristenson, Professor och överläkare Linköpings Universitet och Region Östergötland. E-post: margareta.kristenson@liu.se.
Annika Larsson, folkhälsostrateg, Region Östergötland.
E-post: annika.larsson@regionostergotland.se.

Östgötakommissionens uppdrag, att analysera skillnader i hälsa i Östergötland och ge förslag till insatser för att minska dessa, gavs av Östsam. Det var ett regionförbund bestående av landstinget och länets tretton kommuner som leddes av en tvärpolitisk koalition. Tidiga lärdomar var vikten av tidig implementering och en gemensam förståelse av problemet. Interaktion och dialog har därför varit centralt med nära kontakt med politiker och tjänstemän genom seminarier, besök i kommuner och beredningar. Östgötakommissionens rekommendationer har fått ett brett politiskt stöd och ligger nu som grund i den nybildade Region Östergötlands treårsplan. Påtagligt är ett brett ägarskap av dessa frågor. Utmaningen är att hålla intensiteten i arbetet på fortsatt hög nivå. Möjligheten ligger i att vara en region och genom detta omfatta alla politikområden.

The Östgöta Commissions' mission, to analyze health inequalities in Östergötland and give suggestions to reduce these, was given by Östsam. This was a regional federation between the county council and 13 municipalities, governed by a broad political coalition. Early lessons were the importance of early implementation and a shared understanding. Interaction and dialogue were therefore central with close contacts with politicians and officials via seminars and visits in municipalities and at political meetings. The recommendations have received a broad political support and are now a basis in the new Region Östergötland three-year plan. A broad ownership is seen for these issues. The challenge is to keep the intensity over time. A possibility lies in being a region, thus embracing all policies.

Bakgrund

Diskussionen om att starta en Östgötakommission för folkhälsa startade 2011 under arbetet med att tillämpa den nya folkhälsopolitiska policy för Östergötland 2011-2014, som antogs 2010 (1). Arbetet skedde inom ramen för Östsam, ett regionförbund, för samordning mellan landstinget och länets tretton kommuner, som leddes av en tvärpolitisk koalition. Ett tjänstemannanätverk för folkhälsa, med representanter från landstinget och alla kommuner hade startats tidigare utifrån ett behov av erfarenhetsutbyte, och var mycket aktivt i framtagandet av den folkhälsopolitiska policyn. Genom denna fick Östsam ett samordnande ansvar för folkhälsofrågorna i länet. Då startades också ett politiker nätverk bestående av de som av kommunerna och landstinget utsetts att ha ett ansvar för folkhälsofrågorna.

I länet fanns ett folkhälsopolitiskt program som antogs 2002 och som, på samma sätt som det nationella folkhälsomålet, byggde på hälsans bestämningsfaktorer. Dess innehåll uppfattades fortfarande som mycket relevant, men det hade inte lett till konkreta insatser och skulle därför revideras. När Marmotkommissionens rapport kom såg man möjligheten att skapa en tydligare ansats, mot jämlik hälsa, och med tydligare fokus på förslag till insatser. Uppdraget formulerades:

En Östgötakommission för folkhälsa, skall enligt modell från WHO:s oberoende kommission för hälsans sociala bestämningsfaktorer (2), belysa hälsoläget i länet utifrån ett tvärsektorielt kunskaps- och erfarenhetsperspektiv.

Kommissionen ska utgå från de nationella folkhälsopolitiska målområdena och verka under åren 2012-2014. Kommissionen ska analysera hälsoläget utifrån bl.a. socioekonomiska-, miljö-, genus-, mångfald/ icke-diskriminerings- och livsryktelperspektiv. Kommissionen ska föreslå insatser på läns- kommun- och stadsdelsnivå som skapar förutsättningar för en bättre hälsa på lika villkor för alla som bor och verkar i Östergötland.

Organisering för att skapa interaktion och dialog

Beslut om att starta Östgötakommissionen antogs av Östsams förbundsstyrelse 14 september 2012. Förankring av arbetet startade genom att kommissionens uppdrag introducerades vid ett möte i slutet av september 2012, dit regionens två nätverk för folkhälsoansvariga politiker och folkhälsoansvariga tjänstemän inbjöds. Mötet visade att både politiker och tjänstemän hade stora förväntningar. Synpunkter som lyftes var vikten av att värna den breda tvärpolitiska förankringen, att lyfta och synliggöra den ojämlika hälsan i ett Östergötland, både i ett region- och kommunperspektiv samt, att baserat på bästa kunskap, ta fram rekommendationer för att minska ojämlikheten i hälsa och skapa förutsättningar för att förena forskning, politik och verksamhet.

De båda nätverken såg att de själva hade en viktig roll i det kommande arbetet, både som dialogpartner och som budbärare till sina egna kollegor och arenor och beskrev sin önskan att ta denna roll.

Kommissionen bestod av 12 kommissionärer. Åtta var forskare; ordföranden var professor i socialmedicin och övriga var forskare inom hälsa och samhälle, barns hälsa, arbetslivsorienterad rehabilitering äldre och åldrande, migration och hälsa, boendeområdets betydelse för hälsa samt företagsekonomi/genusforskning; samtliga från Linköpings universitet.

Övriga fyra kommissionärer var landstingets folkhälsochef, den tidigare generaldirektör vid Folkhälsoinstitutet som var aktiv under tiden för framtagande av det nationella folkhälsomålet, samt två politiker; en moderat och en vänsterpartist.

Till detta fanns ett sekretariat bestående av huvudsekreterare, tillika folkhälsostrateg vid Östsam samt en tjänsteman, från avdelningen för samhällsbyggnad, som tillsammans med ordföranden beredde det operativa arbetet. Valet av att ha politiker som medlemmar i kommissionen grundades i en önskan om att under hela processen arbeta nära och interaktivt med uppdragsgivaren dvs. politiken, och att genom detta öka möjligheten till att skapa förslag till rekommendationer som var politiskt möjliga och accepterade.

En första tidig lärdom; implementering startar direkt

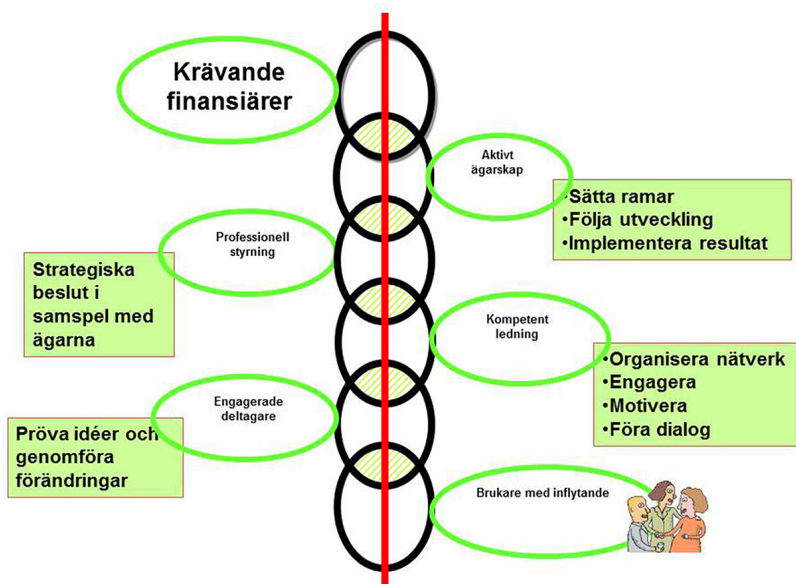
Östgötakommissionen hade sitt första möte i oktober 2012, där en presentation av uppdraget samt av deltagarnas kompetensområden och förväntningar på arbetet gjordes som grund för en diskussion kring roller och specifika uppdrag. Vid detta möte presen-

terades det Regionala utvecklingsprogram >2030 för Östergötland (RUP) (3), som tagits fram av Östsam och antagits i maj 2012. I dess framtagande deltog länets kommuner och man hade ett tydligt krav att folkhälsoperspektivet skulle beaktas. I RUP ingår flera områden som man uppfattade ligga mycket nära kommissionens uppdrag, särskilt att skapa ett hållbart samhälle, och denna bildade därför en utgångspunkt för det fortsatta arbetet.

På detta första möte poängterades också vikten av att tidigt starta arbetet med en kontinuerlig implementering. Till det andra kommissionsmötet inbjöds därför Lennart Svensson, forskare inom implementering, vid Linköpings universitet, som beskrev förutsättningar för detta utifrån figuren nedan.

En erfarenhet som delats av många är att det är lätt att skriva program och rapporter men det svåra är att dessa leder till handling. Figur 1 illustrerar de viktigaste kriterierna för en framgångsrik implementering, och särskilt de olika aktörernas roller. Det innefattar vikten av att ha krävande finansierare med aktivt engagemang som sätter ramar, följer utvecklingen och tidigt planerar för att implementera resultat. Det är också viktigt att ha en kompetent ledning med engagerade deltagare som tar strategiska beslut i samspel med ägarna, att organisera nätverk, engagera, motivera och föra dialog, att prova idéer och genomföra förändringar samt att involvera brukare med inflytande.

Flera av dessa krav var desamma, eller närliggande, de önskemål finansierarna uttalat inför uppstart av kom-



Figur 1. Modell av de viktigaste kriterierna för en framgångsrik implementering. Linjen genom ringarna illustrerar den gemensamma målbilden. Källa: Lennart Svensson ref (4).

missionens arbete. Det som inte varit lika tydligt var vikten av en gemensam målbild och gemensam förståelse av problemet, som illustreras av linjen som löper genom ringarna i figuren ovan.

En andra tidig lärdom; vikten av en gemensam förståelse av problemet

Inspirerade av lärdomen om betydelsen av en gemensam målbild genomfördes under våren 2013 arbetet med att analysera hälsoläget i Östergötland utifrån ett jämlikhetsperspektiv. Analyserna av skillnader i hälsa gjordes utifrån olika mått på socioekonomisk status (SES) såsom utbildningsnivå, yrke, aktivitet (förvärvsarbetar, sjukskrivna, arbetslösa), inkomst och boendeområde. Vid starten av dessa analyser uppkom farhågor att kom-

missionens uppdrag skulle innebära ett dubbelarbete då detta rimligen redan gjort, men tidigare rapporter hade enbart studerat skillnader utifrån ålder och kön, däremot fanns inga analyser utifrån SES.

Det blev däremot tydligt att det fanns svårigheter att genomföra de önskade analyserna. Många av de mest centrala analyserna krävde samkörning mellan olika databaser såsom SCB data på utbildning mot hälsodatabaser såsom slutenvårdsregister. Detta kräver ett godkännande från en etisk kommitté med en forskningsfrågeställning vilket inte var möjligt att genomföra. Det blev också tydligt att många hälsodata finns på församlingsnivå vilka inte var möjliga att matcha mot kommungränser.

Men, en rad relevanta analyser var möjliga att göra, t.ex. genom att analy-

sera enbart utifrån SCB:s databas Supercross, bland annat analys av förlorade levnadsår utifrån olika SES mått. Eftersom betydelsen av val av mått på ohälsa/sjuklighet skiljer beroende på om man är barn/ungdom, vuxen eller äldre har kommissionen använt olika hälsomått, se nedan

- Förlorade levnadsår
- Dödlighet i hjärt- kärlsjukdom
- Ohälsotal
- Självskattad hälsa
- Psykisk hälsa och psykiskt välbefinnande
- Karies som en indikator på barnets allmänna hälsa

Analysernas visade att det, även inom Östergötland, finns påtagliga SES skillnader i hälsa och att dessa återkommer för de flesta mått på SES och för de flesta hälsoutfall. Låg SES såsom utbildning, inkomst och aktivitet visade sig således förenat med fler förlorade levnadsår, högre dödlighet i hjärtkärlsjukdom, fler ohälsodagar, sämre självskattad hälsa och mer psykisk ohälsa. Dessa skillnader följer i de flesta fall en gradient. Hälsoskillnaderna återfanns också utifrån boendeområde t ex skiljer sig andel barn med karies kraftigt mellan tandkliniker med hög eller låg SES. Resultaten stämmer väl med forskningsdata och fynd från nationella rapporter, men det var viktigt att kunna synliggöra att detta också kunde återfinnas i lokala data från Östergötland.

Underlaget presenterades för politiker och tjänstemän vid ett möte i april 2013 och väckte ett stort intresse och engagemang; *”så här får det inte vara, vi måste göra någonting!”*

I den följande diskussionen gavs ett mycket starkt stöd till kommissionens fortsatta uppdrag; man önskade hjälp att ta fram kunskap kring orsakerna till dessa skillnader och förslag till insatser för att minska dem. Vid detta möte uppkom också ett förslag att deltagare från kommissionen borde resa ut till de enskilda kommunerna för att diskutera dessa frågor, gärna med egna data för varje kommun; *”vi som kommer hit är redan intresserade, men det gäller inte alla våra kollegor”*.

Rundresa till länets kommuner för dialog

Under år 2013 besökte kommissionens ordförande och huvudsekreterare 11 av länets 13 kommuner och 3 av landstingets 4 beredningar för att beskriva arbetet i kommissionen och för att föra dialog kring önskemål och förväntningar på kommissionens arbete.

Inför kommunbesöken hade analyser gjorts av kommunernas socioekonomiska situation samt SES skillnader i hälsa inom respektive kommun. Analyserna påvisade de olika förutsättningar kommunerna har, med skillnader i bland annat ålderstruktur, utbildningsnivå, arbetslöshet, men också i hälsa. Samtidigt illustrerade de att samma systematiska skillnader som på länsnivå återkommer i de olika kommunerna. Den visade därtill skillnader i omfattningen av dessa t ex var gradienten i självskattad hälsa mellan utbildningsgrupper starkast i Söderköpings kommun och flackast i Ydre kommun.

Kommunbesöken skedde i form av

ett ca 1 timmas deltagande i kommunfullmäktige eller kommunstyrelse. Efter en beskrivning av kommissionens uppdrag och de nya data som framtagits för respektive kommun uppstod, vid alla tillfällen, en engagerad diskussion kring viktiga områden att adressera i kommande arbete. Inte vid något tillfälle ifrågasätts betydelsen av arbetet men däremot fanns skillnader i synen på orsaker och viktiga aktörer.

I vissa fall beskrevs uppfattningen att levnadsvanor är den viktigaste orsaken till SES skillnader och att landstinget är den som hade ansvarat för hälsan; dessa tankar möttes inte sällan av kollegor i den egna kommunen som lyfte betydelsen av politiska beslut för att påverka de strukturella faktorerna i den egna kommunen och dess betydelse för skillnader i hälsa. Även vid besök i landstingens beredningar uppstod engagerade diskussioner och ett starkt stöd till det kommande arbetet gavs.

Process kring framtagande av förslag till rekommendationer

Som en del i ansatsen att arbeta med kontinuerlig implementering av arbetet genomfördes en *seminarieserie* med deltagande från politiker-, tjänstemanna nätverken och kommissionärerna, samt även brukare med inflytande, kring orsaker till observerade skillnader i hälsa och möjliga lösningar. Dessa förankrings- och kunskapsmöten skedde i form av heldagsseminarier där halva dagen bestod av en teoretisk genomgång av kunskapsläget inom området, oftast i dialogform med fördragningsav kommissionärer

och externa gäster. Den andra halvan var workshop, och underlagen från dessa var en viktig grund i kommissionens fortsatta arbete. Vid varje möte deltog i snitt 30 personer. Totalt genomfördes 5 seminarier under 2013 och 2014 med teman:

- Barn och unga
- Äldre
- 18- 65 år
- Välfärdsstrukturernas betydelse för jämlikhet i hälsa
- Social ekonomi

Vid dessa *workshops* användes olika metoder av medskapande förhållnings- och arbetssätt för att *skapa delaktighet samt dialogformer* såsom Storytelling och World café. Detta bidrog till ett ömsesidigt lärande om andras perspektiv och till samsyn kring arbetets inriktning och innehåll. Kommissionen har, därtill träffats vid 20 tillfällen under 2013 och 2014, hela dagar och ibland halva. Även vid dessa möten, liksom vid det avslutande mötet med det politiska nätverket och tjänstemannanätverket för att gå igenom förslagen till rekommendationer i september 2014 användes metoder för medskapande.

Utifrån uppdraget att sprida kommissionens arbete, förankra och lyssna in och ta med andra gruppers tankar kring detta deltog kommissionen i olika aktiviteter arrangerade av *civilsamhället*. Detta innefattade deltagande vid två tillfällen på Folkbildarforum med ca 100 personer, workshop på Norrköpings Pride 2013 samt på Kommunalpensionärernas regionala möte i Motala, där det deltog cirka 300 personer. Vid varje tillfälle arbe-

tare deltagarna i workshops, och tog fram synpunkter, som sedan använts i underlaget till slutrapporten (5).

En tidig utgångspunkt för rekommendationernas ansats

En rad grundläggande diskussioner mellan kommissionärer, politiker och tjänstemän, var således viktiga för att, under processens gång, skapa en samsyn kring uppdraget och kring rekommendationernas ansats. En sådan var synen på vem som har ansvar för individens hälsa; individen själv eller samhället.

Utifrån dessa diskussioner enades man i att individen alltid har ansvar för sin egen hälsa, men samhället har ansvar att skapa förutsättningar för individen att ta detta ansvar, vilket kan vara olika svårt beroende på livssituation. Detta illustreras i bilden nedan, som är framtagen för kommissionens räkning, men som bygger på grundläggande teorier inom folkhälsovetenskap.

Man enades också, tidigt i processen om att en utgångspunkt i programmet

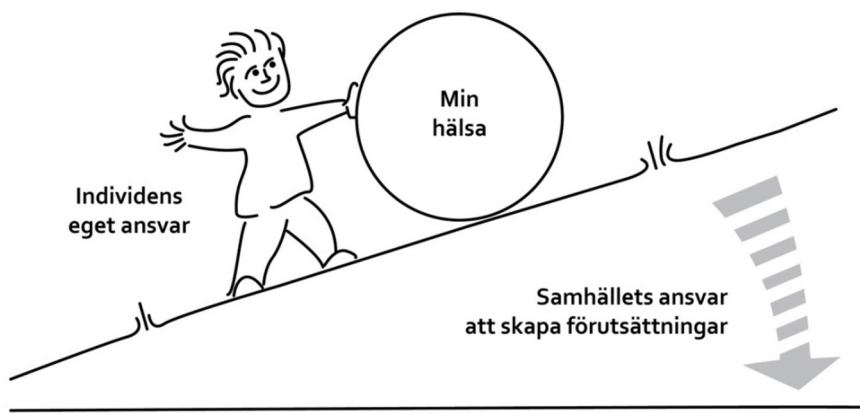
var en gemensam värdegrund och människosyn, särskilt

- Alla människors lika värde,
- Betydelsen av tilltro till egen förmåga, tillit till andra, hopp och framtidstro,
- Målet att skapa förutsättningar, för alla, att kunna påverka sin tillvaro.
- Att alla, oavsett förmåga, intresse, yrkesval eller boendeplats ska ges möjlighet att utvecklas och leva i sociala sammanhang där man kan känna gemenskap, mening och framtidstro.

Utgångspunkter för rekommendationernas struktur

En annan viktig utgångspunkt var att arbeta utifrån ett arenaperspektiv dvs. att utgå från livsmiljöns betydelse för hälsa. De samhällsarenor som identifierades var

- Boende och närområde
- Fritid och kultur
- Skola och utbildning
- Arbete och försörjning
- Omsorg, hälso- och sjukvård.



Figur 2. En illustration av det delade ansvaret för hälsan som innebär en balans mellan individens ansvar och samhällets ansvar.

En utgångspunkt var att tillämpa ”Proportionell universalism”. Detta begrepp, bygger på den sociala gradienten det vill säga att hälsan blir gradvis försämrad vid en lägre socioekonomisk situation. För att minska dessa skillnader är det nödvändigt med universella insatser, till alla, men att dessa måste anpassas proportionellt, efter behov.

Därtill formulerades insatsområden för att skapa förutsättningar för implementering och fortsatt arbete. Dessa innefattade kunskaper och attityder, planering och organisering för att bygga broar/bryta gränser, ledning, styrning, och uppföljning.

Med detta som grund utarbetades ett första förslag rekommendationer som skickades ut för extern remiss vid en nationell konferens. Denna arrangerades tillsammans med SKL och Folkhälsomyndigheten, 6- 7 maj 2014 i Norrköping under temat ”*Från kunskap till handling*”. Kommissionens preliminära rekommendationer och grundstruktur, presenterades och avsikten var att få möjlighet till en extern granskning av förslaget innan det gick vidare till slutprocess.

Konferensen var välbesökt. Bland andra deltog Sir Michael Marmot som lett WHO kommissionen. Han gav sitt stöd till grundansats och lämnade sina synpunkter förslagen till rekommendationer. På de workshops som genomfördes under första eftermiddagen lämnade deltagarna värdefulla synpunkter på förslagen.

Slutrapportens upplägg och design

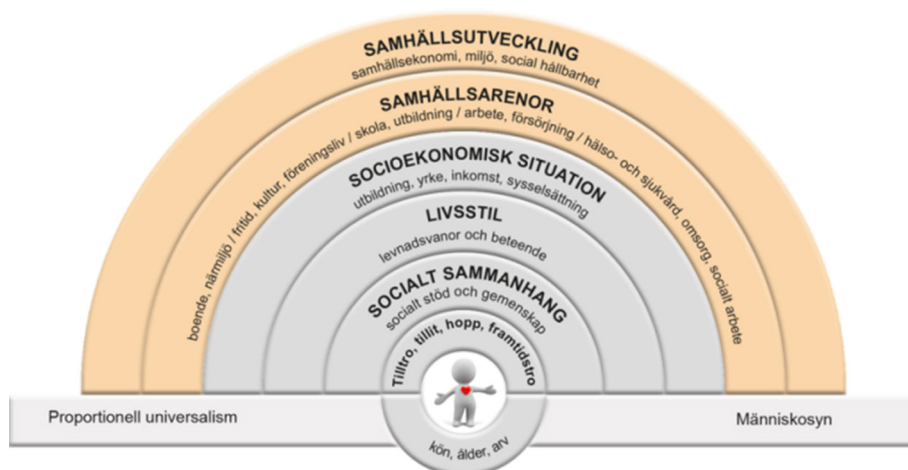
– med mål att kommunicera

Slutrapporten utarbetades med målet att den skulle vara tillräckligt kortfattad och med en layout och text, för att vara läsvänlig. Målet var att den skulle synliggöra problemet och kortfattat beskriva dess orsaker samt beskriva kopplingen mellan rekommendationerna och dess teoretiska grund.

Övergripande rekommendationer, av strategisk betydelse för arbetet för en jämlik hälsa, lades i rapportens inledning, medan de specifika rekommendationerna till de olika arenorna lades i anslutning till respektive teoriavsnitt. Därtill kopplades, till varje rekommendation, den kunskap och evidens som ger argument för dessa med specifika referenser.

Under processen blev det tydligt att vissa förslag till rekommendationer gällde insatser på en nivå som inte kan beslutas på regional nivå. Dessa rekommendationer kallas därför ”Förslag till konkreta insatser” och beskrivs i en bilaga till rapporten. Men, även för dessa gavs argument och referenser till det kunskaps eller forskningsunderlag som stärker dem.

För att underlätta kommunikationen av kommissionens förslag skapades en modell (se figur 3 nedan). Detta är en utveckling av den välkända ”halvmåne” som är framtagen av Leif Swanström och Bo Haglund och sedan bearbetad av bl.a. Whitehead och Dahlgren. De yttersta två ringarna har markerats med särskild färg för att synliggöra att de beskriver samhälls-



Figur 3. Ostgötamodellen för jämlik hälsa - ett samspel mellan individ, miljö och samhälle”. Orange färg markerar de samhälleliga förutsättningarna som är avgörande för de individuella (grå) bestämningsfaktorerna för hälsa (5).

trukturer som är påverkbara av politiska beslut och som rekommendationerna riktas till. Modellen har därtill, kompletterats, dels med en ring som beskriver individens socioekonomiska situation, och ligger ytterst av de nivåer som beskriver individens egen situation. Innerst i ringarna har därtill lagts en ny ring som beskriver betydelsen av tillit, tilltro, hopp och framtidstro. Det röda hjärtat illustrerar att dessa faktorer påverkar kroppens biologi och genom detta sårbarhet för sjukdom. Basen innehåller begreppen Människosyn och Proportionell universalism, som grund för arbetet.

Beslut om rekommendationerna, på Östsams sista sammanträde

Under processen med framtagande av förslag till rekommendationer kom beskedet att en ny Region Östergötland skulle bildas med start 1 januari 2015. Detta innebar att beslut om Östgötakommissionens rekomen-

dationer togs på Östsams sista fullmäktigesammanträde. Man beslutade 4 dec 2014

att ställa sig bakom Östgötakommissionens utgångspunkter och rekommendationer

att uppmana Region Östergötland samt länets kommuner att med rekommendationerna som underlag, fortsätta och fördjupa arbetet för en mer jämlik hälsa i Östergötland genom att upprätta handlingsplaner och initiera långsiktiga processer som inkluderar samverkan med övriga myndigheter, civilsamhället, näringslivet och den sociala ekonomins aktörer för en mer jämlik hälsa i Östergötland.

att uppmana Region Östergötland att utvärdera arbetet med rekommendationerna och dess effekter på jämlikhet i hälsa i regionen tillsammans med kommunerna och Linköpings universitet.

Alla politiska partier ställde sig bakom beslutet och nästan alla gjorde direkta och tydliga uttalanden om att man skulle fortsätta arbetet med att stödja detta arbete i den nya regionen.

Arbetet i den nya Region Östergötland

Utmaningen i det fortsatta arbetet var att få en ny politisk organisation (Region Östergötland) att ta sig an ett uppdrag som beslutats i en organisation (Östsam) som inte längre fanns. Under våren 2015 inbjöds kommissionens tidigare ordförande och huvudsekreterare till samtliga beredningar i den nya regionen. I de flesta av dessa fanns flera helt nya politiker men det fanns också många som, i andra roller, deltagit i hela den tidigare processen.

Arbetet för en ökad jämlikhet i hälsa i Östergötland lyftes som ett prioriterat område i den strategiska treårsplanen 2016-2018 för Regionen som beslutades våren 2015 (6).

Ett av de strategiska målen är: ”Region Östergötland ska skapa jämlika förutsättningar för en god hälsa för alla östgötar”. Som framgångsfaktor anges att ”Östgötakommissionens rekommendationer syftar till att bidra till ett samhälle som ger människor tilltro till egen förmåga, tillit till andra, hopp och framtidstro, och skall ses som en inledning på ett långsiktigt arbete i regionen med målet att skapa samhällsliga förutsättningar för en mer jämlik hälsa. Region Östergötland ska utveckla förmågan att skapa dessa förutsättningar genom att bland annat beakta kommissionens rekommendationer i de beslut som fattas och

genom att anlägga ett folkhälsoperspektiv i de politiska organens verksamhetsplaner.”

Med utgångspunkt från uppdraget i treårsplanen har olika delar av Östgötakommissionens rekommendationer arbetades in i alla regionens nämnders verksamhetsplaner för 2016, och uppföljningsindikatorer skrivits in i den uppföljning som sker flera gånger per år.

Ett arbete har därefter påbörjats i regionens tjänstemannaorganisation för att se hur man kan omsätta politikens intentioner i reell verksamhet. Diskussionen påbörjades i regionens ledningsstab. Där identifierade man tidigt att detta är frågor som berör all regional verksamhet och att ett helhetsperspektiv och verksamhetsöverskridande samverkan krävs där synergi effekter behöver identifieras. En struktur för fortsatt arbete för jämlik hälsa i länet byggs nu med en successiv integrering av rekommendationerna och dess utgångspunkter i ordinarie ledning och styrning.

Arbetet i kommunerna och samverkan mellan aktörer

Östgötakommissionens rekommendationer adresserar politiken på både regional och kommunal nivå. Tidigare ordförande och huvudsekreterare har under 2015 och 2016 besökt kommunfullmäktige och kommunstyrelser i flera kommuner och mött ett stort engagemang. Arbetet med att implementera rekommendationerna i kommunerna ser olika ut och har kommit olika långt. I Finspång beslutade kommunfullmäktige, i januari

2015, att rekommendationerna skulle inarbetas i kommunens ordinarie styr-system. Andra kommuner har påbörjat ett arbete med att ta fram handlingsplaner för folkhälsa kopplat till rekommendationerna. Ett arbete med att sprida lokala underlag och kunskap om rekommendationerna pågår.

Östgöta-kommissionens slutrapport har också blivit en naturlig utgångspunkt för det fortsatta samarbetet mellan kommunerna och regionen. För att fortsätta med den inom Öst-sam påbörjade samverkan med kommunerna har regionen bjudit in till ett möte för att diskutera behovet av ett nybildat politiskt nätverk. Intresset var stort och idag deltar nästan alla kommuner och regionen har representanter från alla nämnder. För att skapa en gemensam plattform i det fortsatta arbetet i nätverket pågår under 2016 ett arbete med att ta fram en gemensam folkhälsodeklaration som utgår från Östgöta-kommissionens rekommendationer.

Som stöd för detta arbete finns tjänstemannanätverket för folkhälsa, som utöver erfarenhetsutbyte och kunskapsinhämtning kan fungera som tjänstemannastöd för deltagarna i det politiska nätverket. Som en del i implementeringen av rekommendationerna genomförs *ärligen ett kunskaps-sammanträde* med fokus på jämlik hälsa. Till detta inbjuds region- och kommunpolitiker, tillsammans med centrala tjänstemän samt representanter för andra viktiga aktörer såsom länsstyrelsen. Vid kunskaps-sammanträde i september 2015. ”*Från ord till handling*” med ca 100 deltagare medverkade bla Folkhälsominister Gab-

riel Wikström. Vid eftermiddagens workshop gavs tydligt stöd till arbetet och man diskuterade viktiga steg för att genomföra detta.

Processen fortsätter med årliga kunskaps-sammanträden. Vid kunskaps-sammanträdet 2016 skedde en uppföljning av vad som hänt under året. Därtill fick deltagarna ta del av den nationella kommissionens arbete som en del av den pågående implementeringen. Utöver att arbeta med kommunal och regional samverkan måste arbetet fortsätta för att involvera näringslivet och den sociala ekonomins aktörer. En övergripande struktur för samverkan saknas idag och behöver utvecklas i dialog med både näringsliv och föreningsliv. Uppföljning och utvärdering av arbetet med rekommendationerna och dess effekter på jämlikhet i hälsa i regionen och en god folkhälsoövervakning med redovisning av fördelningen av hälsa mellan olika grupper i befolkningen är också essentiellt för fortsatt lärande och nästa steg mot att minska skillnader i hälsa.

Avslutning

Östgöta-kommissionens har strävat efter att följa tidiga lärdomar att implementeringen måste starta direkt samt betydelsen av en gemensam målbild. I processen har organisering för att skapa interaktion och dialog varit grund. Besök i länets kommuner och landstingens beredningar för dialog var viktiga delar i detta, liksom den nära kontakten med politiker och tjänstemän i nätverk och kommission. Det kan ha bidragit till det breda po-

tema

litiska stödet bakom beslutet att anta kommissionens rekommendationer, men också till det sätt Region Östergötland och kommunerna nu tagit sig an detta arbete. Påtagligt är ett brett ägarskap av dessa frågor. Utmaningen nu är att hålla intensiteten i arbetet på samma höga nivå över tid.

Möjligheten ligger i att vi nu är en region: Region Östergötlands strategi för jämlik hälsa är hållbara samver-

kansstrukturer med kommunerna i alla sakområden och som region finns mycket bättre förutsättningar. Som landsting skapades bra samverkan inom vård och omsorg men det räcker inte. Nu har det skapats saksamråd på politisk och tjänstemannanivå, för samtliga politikområden, som nu gör det möjligt att närma sig målet ”hälsa i alla politikområden”.

Referenser

1. Folkhälsopolitisk policy för Östergötland 2011–2014. Linköping: Regionförbundet Östsam; 2011.
2. World Health Organization. Closing the gap in a generation:health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission of Social Determinants of Health. Genève: World Health Organization; 2008.
3. Regionförbundet Östsam. Regionalt utvecklingsprogram >2030 för Östergötland. Linköping: Regionförbundet Östsam; 2012.
4. Svensson Lennart, Brulin Göran, I: Lärande som drivkraft och för utveckling Lärande i arbetslivet: möjligheter och utmaningar: en vänbok till Per-Erik Ellström, red. Henrik Kock, 2014, s. 279-282 ISBN: 978-91-7519-291-8 Linköping University Electronic Press
5. Östgötakommissionen för folkhälsa - slutrapport. Östsam 2014.
6. Region Östergötland – drivkraft för hållbar utveckling och livskvalitet Attraktivitet • Handlingskraft • Goda livsvillkor Strategisk plan med treårsbudget 2016–2018