

Att styra och leda mot en hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Ralph Harlid, Maria Bjerstam

Ralph Harlid, planeringsdirektör, Landstinget Blekinge, Planeringsenheten, Landstingsdirektörens stab. E-post: ralph.harlid@ltblekinge.se.
 Maria Bjerstam, hälso- och sjukvårdsstrateg, Region Skåne, Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning, enheten för kunskapsstyrning och metodutveckling. E-post: maria.a.bjerstam@skane.se.

Befolkningens behov ska vara utgångspunkten för de tjänster som hälso- och sjukvården erbjuder. Behovet omfattar även hälsofrämjande och förebyggande insatser som blir allt viktigare när fler patienter lever med kronisk sjukdom och för att begränsa ett eskalerande vårdbehov. Hälsofrämjande och förebyggande insatser behöver, på samma sätt som behandlande insatser, regleras genom tydliga uppdrag. I likhet med andra områden kan följsamhet till sjukdomsförebyggande riktlinjer öka genom rätt incitament. Uppföljning av uppdragen är nödvändigt för att skapa trovärdighet.

The population's needs should be the basis for the health sector. Health promotion and disease prevention are important measures to meet the challenges of an elderly population and increasing proportion of patients with chronic disease. In an increasingly complex sector, needs including health promotion and prevention should be regulated by clear assignments and contracts. The contract should focus on what should be achieved and it is necessary that both clients and contractors agree on the content, quality measures and goals. Follow-up of the agreements is essential to build confidence for the assignment.

Hälsoinriktad hälso- och sjukvård

I hälso- och sjukvårdslagens inledande paragrafer framgår det att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.

”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. Begreppet behov relaterar i detta

ansende till behovet av god hälsa hos individen och i hela befolkningen.”

Vårt samhälle står inför stora utmaningar för att nu, och i framtiden, leva upp till denna lagstiftning. Detta beror på flera faktorer. En är den demografiska utvecklingen med ett ökat antal, och ökad andel, äldre i befolkningen vilket innebär ökad ohälsa. En annan faktor är att stora framsteg i behandlingar av våra stora folksjukdomar leder till att allt fler överlever akut sjukdom, men också att allt fler lever längre med en kronisk sjukdom.

Enligt europeiska siffror beräknas 80 procent av alla européer över 65 år ha minst en kronisk sjukdom samtidigt som populationen över 65 år ökar.¹ Samtidigt ökar barn och ungas psykiska ohälsa i samhället och fler barn och unga söker sig till hälso- och sjukvården för att få stöd.² Detta har konsekvenser inte bara för individen, utan också för samhället med en ökad kostnadsutveckling och ett stigande behov av ändrade arbetsformer i vården.

Hälso- och sjukvården har av tradition utgått från ett patogent synsätt där patientens sjukdomstillstånd ska botas eller lindras. Det har lett till att värderingen av hälsa främst har utgått från biologiska och medicinska parametrar, vilket avspeglar sig i styrning och ledning av hälso- och sjukvården. Det finns olika definitioner av vad hälsa innebär men en är WHO:s definition som lyder

”Hälsa är ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom.”

Denna definition tydliggör att det biologiska och medicinska synsättet inte räcker till för att uppnå en god hälsa i befolkningen. I WHO:s Ottawa Charter³ beskrivs det hälsofrämjande arbetet som

”den process som ger människor möjligheter att öka kontrollen över sin hälsa och förbättra den. För att nå ett tillstånd av fullständigt fysisk, mentalt och socialt välbefinnande måste individen eller gruppen kunna identifiera sina strävanden och bli medvetna om dem, tillfredsställa sina behov och förändra eller bemästra

miljön. Hälsa skall därför ses som en resurs i vardagslivet och inte som målet i tillvaron.”

I begreppet hälsofrämjande ingår att utgå från ett salutogent och personcentrat förhållningssätt för att stärka hälsan hos individen så att den ges bättre förutsättningar att hantera den kontext den befinner sig i. I en hälsoinriktad hälso- och sjukvård är uppdraget att bidra till bästa möjliga hälsa. Det breddar synen på hälso- och sjukvårdens uppdrag till att, utöver bästa medicinska insatser för att bota sjukdom, också främja hälsa och livskvalitet hos den som lever med sin sjukdom, samt använda sin kunskap för att förebygga sjukdom som kan undvikas. Då måste det främjande och förebyggande synsättet integreras i den ordinarie verksamheten. Det innebär också att hälso- och sjukvården i större utsträckning behöver samverka med andra samhällsaktörer för att stärka hälsan hos individen och därmed bidra till en god hälsa i befolkningen. En hälsoinriktad hälso- och sjukvård är genom detta en viktig del av lösning på ovanstående utmaningar.

Verktyg för styrning och ledning

Hälso- och sjukvård är en komplex verksamhet med många aktörer, såväl externa som interna. I en sådan miljö behövs tydliga mål och uppdrag för att säkerställa att hälso- och sjukvårdstjänsterna är kostnadseffektiva och att prioriteringar görs utifrån befolkningens bästa. Uppdragen ska både möta behoven hos befolkningen och

ge vårdgivare förutsättningar att tillgodose dessa behov. Det råder enighet om att sådan vård skall inkludera hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser på olika nivåer. Det finns verktyg för att åstadkomma detta.

Analysera behov

Uppdrag till hälso- och sjukvården ska utgå från de behov som finns hos befolkningen, både när det gäller närvaro av sjukdom och upplevd hälsa. För att fånga det förebyggande perspektivet måste en inventering och analys av behoven utgå från befolkningens hälsotillstånd, det vill säga bygga på underlag som också innefattar grupper som ännu inte kommit i kontakt med hälso- och sjukvården.

En viktig källa att hämta underlag från kan vara folkhälsoenkäter. Trots låg svarsfrekvens (cirka 50 procent) ger de oftast en representativ bild av hälsan i befolkningen men de har brister vad gäller de mest utsatta grupperna. Andra källor är statistik och underlag från hälso- och sjukvården, som incidens och prevalens av olika sjukdomstillstånd, kvalitetsmått från till exempel kvalitetsregister samt konsumtions- och produktionsdata. Behovsanalysen ska beskriva befolkningens aktuella hälsoläge, en bedömning av orsakssamband samt förslag på behandlande, hälsofrämjande och förebyggande åtgärder.

Tydliga uppdrag

Genom att koppla behovsanalysen till uppdrag som sluter gapet mellan aktuellt och önskat hälsoläge går det att på ett naturligt sätt förena hälsofräm-

jande, förebyggande och behandlande åtgärder med respektive hälsotillstånd. Ju tydligare det kan beskrivas, desto tydligare blir uppdraget. På samma sätt som för behandlande insatser, ska innehållet i ett hälsofrämjande eller sjukdomsförebyggande uppdrag om möjligt beskrivas i behovs- och patientgruppstermer, medan andra insatser kan specificeras i mer generella verksamhetsbeskrivande termer.

I uppdragen behöver såväl uppdragsgivare som uppdragstagare vara överens om vad som ska åstadkommas och vilka evidensbaserade åtgärder som förväntas leda till målet. Uppdragen bör fokusera på vad som ska uppnås för olika behovsgrupper och varför, snarare än att beskriva hur verksamheterna ska arbeta. Hur åtgärderna ska organiseras eller utföras är i stället en fråga mellan leverantör och mottagare. Ett sådant förhållningsätt innebär också att verksamheten som bäst vet hur insatserna ska utföras också får möjlighet att besluta om det under förutsättning att det leder till det önskade målet.

Omsätta uppdragen i verksamheten

Det hjälper inte att formulera tydliga uppdrag om de inte omsätts i verksamheten. Det har visat sig vara svårt att implementera de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder på ett genomgripande sätt i ett helt vårdssystem⁴. När det gäller befolkningsinriktat arbete finns i dag god evidens för fungerande metoder, till exempel genom VIP-projektet som i dag omfattar hela Västerbotten⁵. I sin enklaste form innebär denna insats en

organisation med välutbildade hälsoköterskor på vårdcentralerna. I en utbyggd form, med ett brett deltagande av lokalsamhället, krävs många aktörers koordinerade deltagande. Det gör arbetet mer komplext men ger samtidigt större hälsoeffekter. Det har funnits en tveksamhet och uttalad misstro som har hindrat införandet av en bevisat kostnadseffektiv verksamhet.

Som beskrivs i kapitel 12 (s 226-236) visar hälsoekonomiska analyser att förebyggande insatser är mycket kostnadseffektiva och kostnadsbesparande för vården jämfört med om sådana insatser inte genomförs. Motsvarande beskrivs vad gäller hälsofrämjande insatser i kapitel 1 (s 116-125). De flesta bedömare menar också att en sådan inriktning är nödvändig för att klara utmaningar redan på kort sikt för den svenska välfärden. Trots det har det visat sig vara svårt att integrera en förebyggande och hälsofrämjande ansats i vårdens dagliga arbete. För enskilda vårdgivare, verksamheter och medarbetare i sjukvården upplevs det ofta som ett dilemma att prioritera insatserna mellan sjukvård och förebyggande insatser samt att prioritera arbetstid och andra begränsade resurser mellan de som redan är sjuka och de som ännu inte blivit sjuka. Olika skäl för detta diskuteras i kapitel 1 (s 116-125) och 3 (136-146), oftast handlar det om bristande kunskap om värdet av dessa insatser.

Värdet av hälso- och sjukvårdens tjänster uppstår i mötet mellan patient och vårdpersonal. I grunden har patienten och vårdgivaren samma intresse: patientens intresse är att få bästa möjliga vård och att återfå bästa

möjliga hälsa. Och vårdgivaren drivs av att försöka se till patientens bästa. Men, det finns också en risk att vårdgivaren, i sin ambition att tillmötesgå patientens önskemål, erbjuder insatser som inte är motiverade eller levererar tjänster som inte leder till en bättre hälsa. Denna risk finns särskilt i ett sjukvårdssystem där patienten betalar mindre än två procent av den faktiska kostnaden för de tjänster som erbjuds. Ett hälsofrämjande förhållningsätt innebär att den sjuke får ett bättre bemötande samt upplever trygghet och mod. Det leder i sin tur till ett bättre vårdresultat. Främjande och sjukdomsförebyggande insatser, till exempel att sluta röka inför en operation eller ökad fysisk aktivitet efter hjärtinfarkt, medför minskade komplikationer. För patienten innebär det minskat lidande och för vården minskade kostnader. Det är därför viktigt att omsätta de hälsofrämjande uppdragen i verksamheten och påminna om att dessa insatser optimerar vården här och nu, och att det blir mer kostsamt att inte arbeta på detta sätt. Det finns därtill ett etiskt imperativ att arbeta för att förbygga undvikbar sjukdom.

Uppföljning av kvalitet och mål

Uppföljning är en nödvändig del av en överenskommelse. I uppdraget ska det framgå på vilket sätt uppföljningen ska ske och vad som förväntas av uppdragstagaren om önskade resultat inte nås. Beskrivning av önskad kvalitet och måluppfyllelse är viktiga delar i uppdragen. Kvalitetskraven bör anges så exakt som möjligt. Det räcker inte att ange att utföraren ska bedriva

systematisk kvalitetsutveckling, följa gällande nationella riktlinjer eller föreskrifter och liknande.

Det finns flera sätt att gruppera uppdragets kvalitetskriterier. Ett exempel på uppdelning kan vara i struktur-, process- och resultat kvalitet⁶. Uppdraget kan innehålla krav på att en viss insats ska tillhandahållas i en specifik verksamhet, till exempel tillgång till rökslutarstöd (struktur), att insatserna ska tillhandahållas på ett visst sätt, till exempel att alla patienter som är rökare och ska opereras får erbjudande om rökslutarstöd (process), eller att insatserna ska leda till ett önskat resultat till exempel rökfrihet (resultat).

Strukturkvaliteten ska egentligen inte behöva beskrivas i ett uppdrag förutom när det handlar om nya strukturer som behöver särskild finansiering. Det kan handla om att anpassa verksamheten för att i högre utsträckning göra sina tjänster mer tillgängliga, som tillgång till tobaksavvänjning, och erbjuda ett utbud som är mer anpassat för de invånare och patienter som finns i den kontext som utföraren verkar inom.

Preciseringar av processkvalitet vad gäller tillgänglighet, bemötande, hälsofrämjande förhållningssätt, upplevelse av en personcentrerad vård och samverkan mellan olika enheter är viktiga kvalitetskrav att reglera i uppdragen. För de förebyggande insatserna blir processmåten viktiga för uppföljning av tillämpning av evidensbaserade metoder. Det kan till exempel vara rådgivande samtal som stöd för personer med diabetes att förändra sin fysiska aktivitet. Det är viktigt att det främjan-

de och sjukdomsförebyggande arbetet är en del av alla vårdens processer och inte en process som löper parallellt. En anledning är att dessa insatser optimerar effekten av behandlande insatser.

Det är önskvärt att ange förväntade kvalitativa resultat i form av upplevd hälsa, besvärsmfrihet, grad av måluppfyllelse, medicinska resultat och så vidare. Här utgör patientrapporterade resultat en viktig källa. Resultatkvaliteten förutsätter dock behovs- och patientorienterade uppdrag eftersom resultatkvaliteten måste relateras till de olika behov som ska tillgodoses samt vilket sjukdomstillstånd som ska förhindras, lindras eller botas. Det försvåras genom att verksamheter sällan är organiserade utifrån behovsgrupper utan efter en blandning av tekniker, organ, ålder med mera. Därför blir det ännu viktigare att beskriva vad som ska uppnås snarare än vad som ska utföras.

För att uppnå en hälsoorienterad hälso- och sjukvård bör kvalitet och måluppfyllelse ingå i alla delar av hälso- och sjukvårdens ledningssystem. Nätverket hälsofrämjande hälso- och sjukvård arbetar utifrån fyra perspektiv: patient-, medarbetar-, befolknings- och styr- och ledningsperspektivet. Under senare år har det blivit allt tydligare att styr- och ledningsperspektivet är avgörande för att uppnå måluppfyllelse och för att skapa förutsättningar så att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser integreras i förbättringsarbete, kompetensförstärkning och skapande av nya strukturer och rutiner.

Ersättningsystem och incitament

Ersättningsystem för hälsofrämjande och förebyggande insatser bygger på samma samband mellan ersättning och vad som utförs och uppnås, som för uppdrag inom andra områden i hälso- och sjukvården. Det finns både positiva och negativa effekter av olika ersättningsmodeller. Det som behöver vägas in är grad av mognad för området i den egna organisationen avseende erfarenheter, attityder, stödjande strukturer, kompetens och liknande. Det är också viktigt att ta hänsyn till hur de ekonomiska drivkrafterna samverkar med andra drivkrafter som yrkesetik, professionell stolthet och patientens uppskattning⁷.

Många olika styrmodeller har prövats inom den svenska hälso- och sjukvården, för att öka effektiviteten, produktiviteten och verksamheternas följsamhet till politiskt beslutade inriktningar och mål. Det har visat sig svårt, oavsett val av modell, att i grunden och över tid påverka effektiviteten och produktiviteten, framför allt när det gäller att påverka hela vårdssystem. Det gäller främst i det direkta patientnära sjukvårdsarbetet. Kopplingen mellan styrmodell och resultat har samma svårighet när det gäller sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser.

Ofta har olika modeller för styrning baserats på, eller innefattat, ekonomiska incitament för verksamheter eller individer som belöning för goda resultat eller ett önskat beteende. Forskning och erfarenheter visar att ekonomiska incitament oftast påverkar under en begränsad tid och att det därefter sker en återgång till tidigare nivåer eller till

och med försämringar^{8,9}. Därför är det viktigt att även använda andra incitament än ekonomiska. Allt fler diskussioner om styrmodeller fokuserar i dag därför på grundläggande värderingar och på att fånga medarbetarnas inre motivation⁸⁻¹⁰. Det är sannolikt att de bästa resultaten, i såväl behandlande som förebyggande arbete, uppnås när det finns en överensstämmelse mellan å ena sidan de berörda medarbetarnas grundläggande värderingar och inre motivation och å andra sidan ekonomiska styrprinciper.

Som diskuterats i inledningen av detta kapitel är det av största vikt att det främjande och sjukdomsförebyggande arbetet är en del av alla vårdens processer och inte en process som löper parallellt. En orsak till detta är att dessa insatser optimerar effekten av behandlande insatser. Därför behöver även ersättningsystemen koppla hälsofrämjande, förebyggande och behandlande åtgärder till respektive hälsotillstånd.

HFS Nätverkets bidrag

Kartläggning av landstingens styr- och ledningsdokument

Det nationella nätverket hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS) har vid två tillfällen, 2012 och 2016, inventerat landstings och regioners underlag för uppdrag och uppföljning av det förebyggande och hälsofrämjande arbetet. Inventeringen för 2016 redovisas i rapporten "Kartläggning av huvudmännens styr- och ledningsdokument avseende hälsofrämjande hälso- och sjukvård – en exempelsamling¹¹.

Rapporten fokuserar på generella

och specifika texter som beskriver uppdrag och uppföljning av de fyra levnadsvanorna tobak, alkohol, fysisk aktivitet och mat, samt texter om hälsofrämjande förhållningssätt och personcentrerad vård. I rapportens sammanfattning skriver författaren att

”de fyra levnadsvanorna är oftast allmänt formulerade medan texterna avseende hälsofrämjande förhållningssätt respektive personcentrerad vård är specifika, med endast ett undantag. Texternas omfattning och detaljnivå är mycket varierande, allt från en kort mening till flera sidor långa uppdragstexter samt hänvisningar till policydokument.”

Exemplen baseras på svar från nio regioner, åtta landsting och ett sjukhus. Till texterna finns tillhörande indikatorer i de flesta fall. Dessa indikatorer är mer eller mindre specifika och varierar allt från en konkret variabel, ”andel patienter som har fått en fråga om livsstil”, till frågor om allmänt hälsotillstånd. Där det finns målvärden uttrycks dessa huvudsakligen på tre sätt; som absoluta procenttal, som relativa uttryck (”högre än...”), och som strukturmått (”i drift”). Uppdragstexterna uppfattas som ett huvudincitament men de flesta anser att texterna i sig, oavsett hur väl formulerade eller kunskapsbaserade de är, inte räcker hela vägen. Texterna måste bli mer samstämda med övriga incitament samt synkas med huvudmännens samtliga uppdrag så att de uppfattas som en helhet. Inte bara ur ett vårdgivarperspektiv, utan också utifrån ett personperspektiv. Målvärden som styrincitament fungerar effektivt när det finns

en utvecklad uppföljning och förmåga att sätta realistiska och stimulerande mål, särskilt när målen sätts separat för respektive levnadsvana.

Rapporten visar också att landsting och regioner i högre utsträckning använder sig av ersättningsmodeller specifikt riktat mot arbetet med levnadsvanor. Ersättning för arbetet har ökat, förutom för tobak specifikt där andelen är oförändrad, jämfört med kartläggningen 2012.

Kunskapsstyrning

Kunskapsstyrning är en förutsättning för en evidensbaserad praktik, det vill säga att invånare ska få vård och insatser som baseras på bästa tillgängliga kunskap för att kunna förbättra och behålla sin hälsa. Det främjande och sjukdomsförebyggande arbetet bör tydligt integreras i arbetet med kunskapsstyrning. Detta innebär att det främjande och sjukdomsförebyggande perspektivet ska vara en naturlig del i organisering, ledning, styrning och utvärdering av hälso- och sjukvården och vara en självklar del i alla vårdprocesser. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder kom 2011 och påvisade en samlad evidens för vilka metoder som var bäst lämpade för att stödja patienter till bättre levnadsvanor. Detta öppnade samtidigt för ett mer systematiskt arbete med området kunskapsstyrning. Riktlinjerna kan sägas vara den första av de sex punkter som ligger till grund för en systematisk kunskapsstyrning. De sex punkterna är:

1. Skapa evidensbaserade och processorienterade riktlinjer och vårdprogram
2. Ta fram indikatorer som mäter pa-

tientnytta och fastställ relevanta målnivåer

3. Bygg in mål och målnivåer i uppdrag och avtal

4. Skapa IT-system som kontinuerligt följer upp resultat

5. Återkoppla till verksamhet och uppdragsgivare

6. Involvera professionen i samtliga steg!

Punkt två till fem beskriver utvecklingen av tillgängliga metoder för att mäta, leda och skapa underlag för den administrativa och politiska processen i termer av prioriteringar, eventuella investeringar och resursfördelning. För att citera Michael Marmot ”No data, No Action”.

Sedan de nationella folkhälsomålen antogs 2003 där hälsofrämjande hälso- och sjukvård (målområde 6) ingår, bedrivs ett arbete kring utveckling av indikatorer och uppföljning som visar på att det sker en rörelse i rätt riktning. Nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS) är en aktiv aktör i detta arbete, dels som egen aktör, dels genom sina medlemmar eftersom nätverket består av landsting och regioner. Via HFS-nätverkets årliga uppföljningar, nätverkets temagrupper och kollegialt lärande, integreras det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet i kunskapsstyrningen.

Konklusion

Att styra och leda mot en mer hälsoinriktad hälso- och sjukvård är en utmaning eftersom det kräver ett perspektivskifte i synen på hälso- och sjukvårdens uppdrag, där hälsan är målet och befolkningens hälsotill-

stånd är det som ska utgöra grunden för de tjänster som hälso- och sjukvården erbjuder. För att nå framgång krävs därför ett nytt sätt att se på hälso- och sjukvårdens roll.

I en hälsoinriktad hälso- och sjukvård är uppdraget att åstadkomma bästa möjliga hälsa. Det kräver en bredare syn på hälso- och sjukvårdens uppdrag för att hjälpa den som lever med sin sjukdom att kunna uppnå bästa möjliga livskvalitet men också att förebygga undvikbar ohälsa.

En framgångsfaktor för att åstadkomma detta är att det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet blir en naturlig del i styr- och ledningsprocesser, behovsanalys, uppdrag och uppföljning. Inom kunskapsstyrning bör varje vårdprocess innehålla hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder som ges samma tyngd som övrig vård och behandling.

Referenser

1. Nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar, Regeringen: <http://www.regeringen.se/rapporter/2014/02/s2014.005/>
2. POSITIONSPAPPER Psykisk hälsa, barn och unga 2016, Sveriges kommuner och landsting. <http://skl.se/download/18.7b944fd01540ef79df8c04ec/1462363056155/Positionspapper+Psykisk+h%C3%A4lsa+barn+och+unga.pdf>
3. The Ottawa Charter for Health Promotion <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
4. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2014, Sjukdomsförebyggande metoder, Indikatorer och underlag för bedömning, www.socialstyrelsen.se, januari 2015
5. Läkartidningen 2015; 43;1848-52
6. Donabedian, A. (1988), The quality of care: How can it be assessed? JAMA. 1988 Sep 23-30;260(12):1743-8.

7. Johansson H; Implementering av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggandemetoder - En beskrivande fallstudie i fyra landsting om ekonomiska styrsystem och andra faktorer betydelse. 2014
8. Effect of financial incentives on incentivised and non-incentivised clinical activities, Tim Doran, Jose M Valderas, Stephen Campbell, Martin Roland, Chris Salisbury, David Reeves, BMJ 2011;342:d3590.
9. Selection Incentives in a Performance-Based Contracting System, Yujing Shen, HSR: Health Services Research 38:2 (April 2003)
10. Ny styrning bortom New Public Management, regeringens budgetproposition 2015)
11. Nationella nätverket för hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Rapport. Kartläggning av huvudmännens styr- och ledningsdokument – en exempelsamling 2016. http://www.hfsnatverket.se/static/files/1059/kartlaggning_av_huvudmannens_styr_och_ledningsdokument_slutversion.pdf

Vill du annonsera i Socialmedicinsk tidskrift?

En annons i Socialmedicinsk tidskrift når många olika grupper av intresserade och medvetna läsare. Det finns möjlighet att annonsera både i tidskriften och på hemsidan. Eftersom många av prenumeranterna är bibliotek och institutioner når du ut till en bred läsekrets. Bland våra läsare finns bl.a. intresserad allmänhet, tjänstemän i kommuner och landsting, politiker, personer som arbetar inom socialtjänst, vård och omsorg samt studenter och forskare vid universiteten.

Annonserpriserna för annons i tidskriften år 2017 följer nedan, moms och eventuella kostnader för sättning och repro tillkommer:

• Hellsida baksida omslag 165 x 242 mm	7000 kr
• Hellsida insida av omslag	5000 kr
• Hellsida 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.

Annonsering på webbplatsen:

• Liten annons/vecka	500 kr
• Liten annons/månad	1 500 kr

För frågor om och beställning av annons kontakta:
redaktionen@socialmedicinsktidskrift.se