

”Ja, så tänker vi också ...”

– Ett programteoretiskt perspektiv på det nationella Lärandeprojektet – Vård på lika villkor

Osman Aytar

Docent i socialt arbete, Mälardalens högskola, Akademin för hälsa, vård och välfärd, Eskilstuna. E-post: osman.aytar@mdh.se.

Att utveckla en programteori för ett projekt och utvärdera projektet utifrån denna programteori har både sina förtjänster och begränsningar. Dessa förtjänster och begränsningar kan i sin tur bero på det rådande förhållningssättet gentemot en bestämd programteori. Denna studie handlar om att undersöka hur olika faser och delar av det nationella Lärandeprojektet – Vård på lika villkor (2011-2014) fungerat i förhållande till den programteori som utvecklats i början av projektet. Resultatet visar att det programteoretiska perspektivet på projektet bidragit till en bättre strukturering av de olika formerna av utvärdering, gett en bredare förståelse av projektet olika delar och gett bättre möjligheter till att förbättra uppföljning av projektet av forskargruppen i samarbete med projektledningen på Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och de deltagande vårdverksamheterna.

Developing a program theory for a project and evaluate the project based on this program theory has both its merits and limitations. These merits and limitations in turn may be depend on the existing attitude towards a particular program theory. This study is about exploring how different phases and parts of the national learning project Care on equal terms (2011-2014) functioned in relation to the program theory developed in the beginning of the project. The result shows that the program theoretical perspective on the project contributed to a better structuring of the various forms of evaluation, given a broader understanding of the project's components and provided better opportunities to improve monitoring of the project by the research team in collaboration with the project management of the Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR) and the participating health care units.

Introduktion

Programteoretiskt perspektiv på projekt och därmed utvärdering av projektet har sina rötter i systemteoretiskt tänkande från 1930-talet genom Ralph W. Tylers arbete, men fick inte utbred-

ning förrän 1980-talet (Donaldson, 2007, s. 9). I tre speciella nummer av *New Directions for Evaluation*¹ i år 1987 (no. 33), 1990 (no. 47) och 2000 (no. 87) sattes fokus på programteori

¹ Fram till 1995 hette tidskriften *New Directions for Program Evaluation*.

utifrån olika forskarperspektiv.

Det finns olika benämningar för den modell som kallas programteori i denna studie. "Theory-oriented evaluation", "theory-based evaluation", "theory-driven evaluation", "program theory evaluation", "programme theory evaluation" "program theory", "program logic", "logic model", "chains of reasoning", "performance framework", "logical framework", "the program's theory of action" och "intervention theory" är bland de mest återkommande begreppen inom utvärderingsforskning och utvärderingsfält. I förhållande till respektive benämning finns det även för- och mot argument beroende på de val som görs av de som utvecklar dessa modeller. Dessa begrepp är inte överlappande heller. Exempelvis skiljer Leeuw (2003) mellan "program logic" och "program theory". Enligt Leeuw handlar programlogik ofta om inflöde och komponenter i ett program, kort-siktiga och långsiktiga resultat, samt om antagna kopplingar mellan dessa, medan en programteori anses vara en explicit teori eller modell för hur ett program orsakar de avsedda eller observerade utfallen. Liknande skillnad görs även mellan "logic model" och "programme theory evaluation" (Rogers, 2008).

Definitioner av en programteori varierar också inom utvärderingsforskning och utvärderingsfält. Enligt Bickman (1987) är en programteori "... the construction of a plausible and sensible model of how a program is supposed to work" (s. 5), medan Weiss (1998) definierar en programteori som "... refers to the mechanisms that

mediate between the delivery (and receipt) of the program and the emergence of the outcomes of interest" (s. 57). Donaldson (2001) definierar en programteori som "... the process through which program components are presumed to affect outcomes and the conditions under which processes are believed to operate are conceptualized" (s. 471).

Enligt Vedung (1998) handlar programteori om "... uppfattningarna om vad man ville uppnå med de åtgärder som vidtas samt hur man tänkte sig att med hjälp av åtgärderna kunna förverkliga dessa" (s.123-124), medan Karlsson Vestman (2011) ser på programteori som "... en idé om hur programmet är tänkt att fungera och hur delarna förmodas att hänga ihop" (s. 76). I en annan definition av Blom och Morén (2007) är grundtanken med en programteori "... att den ska vara ett verktyg för att (1) utvärderaren ska kunna förstå och förklara (inte bara beskriva) ett program och dess utfall, samt för att vägleda utvärderingen" (s. 35).

Ekonomistyrningsverket (2012), som använder även begreppet verksamhetslogik i stället för programteori och fokuserar mest på offentliga förändringsprojekt, definierar en programteori som "... en teori om hur man kan åstadkomma förändring i samhället genom politiska mål, varför det är viktigt, vilka resurser som behövs, vilka aktiviteter och prestationer som ska levereras, vilka antaganden om målgruppen eller målområdet som gjorts, vilka externa faktorer som kan påverka möjligheten att åstadkomma önskvärd förändring, och vad man behöver göra för att ta

reda på att man är på rätt väg” (s. 10).

Som framgår av de olika definitionerna av programteori har detta sätt att se på projekt och utvärdera dem ett brett användningsområde. Från statliga förändringsprojekt (jfr. Ekonomistyrningsverket, 2007, 2012) till regionala och kommunala uppdragsutbildningar, exempelvis utvärderingsverkstäder (jfr. Jess, 2011) kan programteorier utvecklas för projekt och härmed användas för utvärderingssyfte.

Syftet med denna studie är att undersöka hur olika faser och delar av det nationella Lärandeprojektet – Vård på lika villkor fungerat i förhållande till den programteori som utvecklats i början av projektet.²

Utveckling av programteorin för projektet

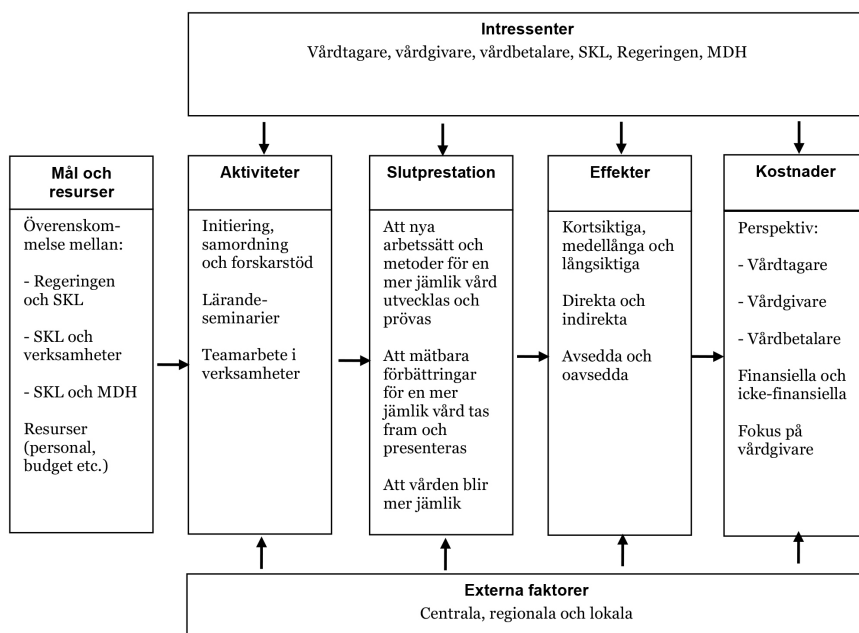
Lärandeprojektet – Vård på lika villkor genomfördes av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i enlighet med en överenskommelse med regeringen under 2011-2014 med syfte att göra första linjens vård i Sverige mer jämlik. När SKL bjöd in åtta lärosäten i november 2011 för att komma in med anbud för utvärderingsuppdrag skickade vi som forskargrupp på Mälardalens högskola (MDH) ett anbud i vilket utlovades processutvärdering, mål- och resultatutvärdering och hälsoekonomisk utvärdering. När MDH fick uppdraget av SKL att som lärosäte svara för utvärdering av och ge

forskarstöd till projektet funderade vi på hur vi kunde sätta dessa tre olika former av utvärdering i större sammanhang med ett integrerat perspektiv på samtliga faser och delar av projektet.

Med ett sådant syfte utvecklades en programteori för detta lärandeprojekt Vård på villkor (jfr. Donaldson, 2007; Eriksson & Karlsson, 2008). Som framgår av figur 1 omfattade programteorin inte enbart de tre olika utvärderingsmodellerna utan även de olika faserna och delarna, från beslut och resurser till effekter, kostnader i förhållande till intressenter och externa faktorer.

En första version av programteorin i figur 1 presenterades för projektledningen på SKL och de deltagande vårdverksamheterna i samband med Lärandeseminarium 1 i Stockholm den 28 mars 2012. Tanken med detta var dels att presentera hur vi som forskargrupp ser på utvärderingsuppdraget, dels att kunna få synpunkter från seminariedeltagarna om denna verksamhetslogik som förmedlats genom modellen. Utifrån inkomna synpunkter skulle modellen revideras eller börja sjösättas om den stämde överens med hur projektledningen och de deltagande verksamheterna sett på projektet. Inga direkta invändningar kom fram och de som uttryckte sina synpunkter var positiva till detta sätt att se på projektet, exempelvis ”Ja, så tänker vi också”.

² Det underlag som används i denna studie är framtaget av en mångvetenskaplig forskargrupp som bestod av Sharareh Akhavan, Lennart Bogg, Anne Söderlund och Per Tillgren utöver mig som är författare till denna artikel. Vidare fick vi som forskargrupp ytterligare tre medarbetare, Gunnel Gustafsson, Amina Jama Mahmud och Karin Schölin för olika insatser under projektets gång. Med detta tackar jag alla för gott samarbete.



Figur 1. Programteori för Lärandeprojektet – Vård på lika villkor.

Vid seminariet framfördes från forskargruppen att programteori var ämnad för det nationella projektet, men att varje deltagande vårdverksamhet kunde med inspiration från denna modell kunna utveckla sin egen programteoretiska modell. Dock visade det sig att ingen av de sju verksamheterna antog denna utmaning. I samband med seminariet nämnde vi också att programteorin skulle användas dynamiskt, inte statiskt, vilket innebär att den kunde revideras utifrån de behov och synpunkter som skulle dyka upp under projektets gång.

Den programteoretiska modell som presenterades vid det första lärandeseminarier i mars 2012 småreviderades flera gånger därefter. Revideringarna handlade mest om klarare formuleringar av inriktningsmålen som

slutprestation och aktiviteterna. Den allra sista versionen av programteorin framgår av figur 1.

Vård på lika villkor i förhållande till programteori

Nedan ges både beskrivning och analys av Lärandeprojektet – Vård på lika villkor i förhållande till programteorimodellen i figur 1 för att ge en övergripande bild av projektets verksamhetslogik och dess fungerande under projektets gång.

Intressenter – från vårdtagare till MDH

I denna studie menas med intressenter de personer, grupper och organisationer som berörs av eller har kopplingar till projektet (jfr. Karlsson, 1999; Sand-

berg & Faugert, 2007; Vedung, 1998). Utifrån detta perspektiv bestämdes från början att även om initiativtagaren till projektet var regeringen och SKL som slöt en överenskommelse för att genomföra projektet, skulle det finnas fler intressenter till projektet än dessa två. Listan över intressenter kunde vara lång om det skulle tas hänsyn till direkt och indirekt kopplingar med sina alla möjliga dimensioner. Inom ramen för programteorin identifierades de intressenter som skulle vara mer aktiva under processen gång, det vill säga vårdtagare, vårdgivare, vårdbetalare och MDH utöver regeringen och SKL (inkl. handledare).

Vårdtagare som intressenter i projektet var de som vände sig till de vårdverksamheter som var med i projektet för diagnos, behandling och råd etc. Vårdgivare som intressenter i projektet var Barnmorskemottagningen/Barnvårdscentralen Sommargatan i Karlstad, Vårdcentralen City i Eskilstuna, Vårdcentralen Dalbo i Växjö, Vårdcentralen Drottninghög i Helsingborg, Vårdcentralen Ljustadalen i Sundsvall, Vårdcentralen Nacksta i Sundsvall, Vårdcentralen Nävertorp i Katrineholm, Vårdcentralen Orsa i Orsa och Vårdcentralen Åsidan i Nyköping. Två av verksamheterna, Vårdcentralen Nacksta och Vårdcentralen Ljustadalen i Sundsvall lämnade Lärandeprojektet vid olika tillfällen under våren 2013 på grund av verksamhetsinterna anledningar och de övriga sju verksamheter var med i projektet hela vägen. Med vårdbetalare som intressenter avses de landsting/regioner som de sju vårdverksamheterna tillhör, vilka är Sörmland, Krono-

berg, Skåne, Dalarna och Värmland. Egentligen är även vårdtagare som betalar för vården också vårdbetalare, men denna studie avgränsas till den part som bestämmer över finansiering och denna part är landstingen/regionerna. Eftersom MDH genom en forskargrupp kom med i projektet tidigt utgjorde denna också en annan form av intressenter.

Vad gäller intressenters medverkan under projektets gång kan det konstateras att det fanns en kontinuerlig växelverkan mellan SKL, vårdgivare och forskargruppen. Regeringens medverkan i projektet skedde dels genom representant vid lärandeseminarier, dels genom SKL:s skriftliga och muntliga rapporteringar och övrig kommunikation med departementet. När det gäller vårdtagarnas delaktighet inom projektets aktiviteter togs det hand om av respektive vårdverksamhet, det vill säga respektive vårdgivare.

Frågan om det skulle se annorlunda ut om intressenter bestämdes nu på efterhand. Möjligen kunde de handledare som gett stöd till verksamheterna vara en egen kategori av intressenter. Det är inte klart hur exempelvis vårdtagares, vårdgivares och vårdbetalares perspektiv kunde inkluderas vid planeringen av projektet, under projektets gång gjordes möjligt att vårdgivarna kunde känna sig delaktiga.

Mål och resurser – från överenskommelser till projektorganisation

Enligt överenskommelsen mellan SKL och regeringen var syftet med projektet att utveckla arbetssätt och metoder inom första linjens vård för en mer jämlik vård. Inom ramen för

projektet skulle SKL tillsammans med verksamheter inom första linjens vård utveckla och ta fram metoder och arbetssätt som främjar en mer jämlik vård.

För att underlätta projektarbetet bestämde SKL en arbetsdelning och projektorganisation. Enligt denna skulle de deltagande verksamheterna åta sig ansvaret för utbildning av all personal i verksamheten vid två tillfällen á ca 1-2 timmar, bildande av team med mandat att driva utvecklingsarbete inom verksamheten bestående av minst tre personer (inkl. ansvarig chef) och deltagande av teamet på lärandeseminarier. Vidare skulle respektive verksamhet genomföra metodtester i verksamheten mellan två seminarier och redovisa på nästkommande lärandeseminarium. Kommunikering av sitt arbete, resultat och erfarenheter, dokumentation av arbetet och testerna så att uppföljning och utvärdering kan genomföras, förbättringsarbetets fortlevnad och spridning på ledningsnivå, samt spridning av erfarenheterna och kunskaperna som kommer fram genom deltagande i Lärandeprojektet – Vård på lika villkor inom det egna landstinget (och i viss mån till andra landsting) ingick också i verksamheternas uppgift. Verksamheterna skulle också stå för täckning av kostnaderna för teamens boende i samband med lärandeseminarier och underlättande för forskarna att följa och utvärdera projektets och verksamheternas arbete (SKL, 2014b).

Till stöd för arbetsperioderna mellan lärandeseminarier skulle en handledare finnas knuten till varje

verksamhet. Handledaren skulle följa och stötta teamens arbete. Landstingen/regionerna skulle ansvara för stöd till verksamhetens deltagande i projektet, en plan för erfarenhetsspridning inom landstinget, och att bidra med stöd, intresse och uppföljning av projektet, samt samordning med eventuella ”liknande” projekt i landstinget/regionen (SKL, 2014b).

SKL skulle ansvara för ledning och samordning av projektet, förmedling och tillhandahållande av expertkunskap inom området, samt erbjudande av stöd, verktyg och handledning till team och ledningar för att driva förändringsarbetet. Anordning av såväl fysiska (lärandeseminarium) som elektroniska mötesplatser (Project place) för medverkande verksamheter, rekrytering av handledare, samt utbildning av medarbetare hos respektive verksamhet ingick också i SKL:s ansvarsområden. Vidare skulle SKL ha ansvar för dokumentation och sammanställning av månadsrapporter från teamen, spridning av teamens resultat, samt samordning av forskarstöd inom ramen för projektet och avtal med landstingen för att tillsammans underlätta samarbetet inom projektet (Se SKL, 2014a, 2014b och Akhavan m.fl, 2014).

Aktiviteter – från projektinitering till teamarbeten i verksamheterna

Efter rekrytering av projektledare, projektdeltagare och forskarstöd under hösten 2011 planerades ett expertmöte den 31 januari 2012 för att tillsammans med forskare och praktiker ta fram förslag till förbättringsområden med tillhörande förbättringsideer

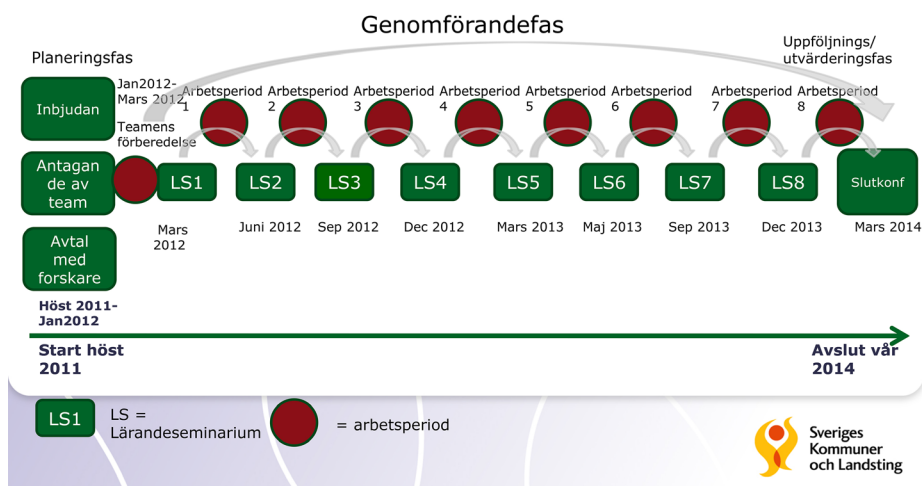
för projektet Vård på lika villkor. De föreslagna förbättringsområdena och idéerna skulle användas som inspiration för teamen i verksamheterna (se Akhavan m.fl., 2014). Under våren 2012 bildades även en styrgrupp bestående av representanter från SKL, MDH, forskare och läkare.

Den operativa samordningen på SKL bestod huvudsakligen av projektledare och 1-2 medarbetare beroende på perioder. Samordningen mellan SKL, verksamheter, forskare på MDH, landsting, departementet och övriga samarbetspartner i samband med konferenser och seminarier togs hand om av projektledaren och medarbetarna.

Vad gäller aktiviteterna under projektets gång utgjorde de åtta lärandeseminarier och de mellanliggande teamarbetena i verksamheterna, som framgår av figur 2, merparten av projektaktiviteterna.

Detta upplägg av genomförandet baserades på genombrottsmetoden, som var med i överenskommelsen

mellan regeringen och SKL. Genombrottsmetoden (The Breakthrough Series) utvecklades i mitten av 1990-talet i USA vid Institute for HealthCare Improvement (IHI) (2003) i Boston. Metoden introducerades i Sverige år 1997. Inom hälso- och sjukvårdens olika verksamhetsgrenar har metoden använts. Ett förändringstryck och en förändringsvilja inom en verksamhet är viktiga förutsättningar för genombrottsmetoden. Ett gemensamt lärande för att uppnå förändring inom ramen för en planerad aktivitet är en annan fördel i genombrottsmetoden. Det finns växelverkan mellan träffar för erfarenhetsutbyte och lärande och arbeten hos teamen i verksamheten. Genombrottsmetoden består av två centrala delar. Den ena beståndsdelan handlar om att formulera tre grundläggande frågor, medan den andra är tillämpning av PDSA-cykeln (Plan-Do-Study-Act) i genomförandeprocessen. De tre frågorna är: ”Vad är det vi vill uppnå?”, ”Vilka förändringar



Figur 2. Upplägg av Lärandeprojektet – Vård på lika villkor (2011–2014) (Källa: SKL)

kan vi göra som leder till förbättringar?”, och ”Hur vet vi att en förändring är en förbättring?” Det centrala vid formulering av dessa frågor är att teamen ska konkretisera förändringsarbetet genom frågorna. PDSA-cykeln utgår från att det inte finns någon rätt lösning från start utan de olika teamen eller verksamheterna kan komma fram till olika lösningar utifrån sina lokala behov och villkor. De fyra faserna som ingår i PDSA-hjulet ser till att processen går framåt i ett cyklist förlopp: Planera (Plan), Göra (Do), Studera (Study) och Agera (Act) (Sveriges kommuner och landsting [SKL], 2006, 2010 2012, 2014a).

Sju seminarier anordnades i Stockholm vid olika konferensanläggningar och ett seminarium (lärandeseminarium 5) i Göteborg. Huvudämnen i seminarierna varierade och ambitionen var att genom föreläsningar, grupparbeten och teamarbeten bidra till nya kunskaper, erfarenhetsutbyte och tid för reflektioner kring vård på lika villkor.

En annan projektaktivitet var teamarbeten i verksamheterna, vilka kallas ”arbetsperiod” i figur 2. Team som arbetsform var en projektaktivitet, men teamen hade som syfte att inleda aktiviteter i egen verksamhet för att bidra till en mer jämlik vård. I linje med detta syfte utvecklades och testades sammanlagt 48 aktiviteter i de sju deltagande verksamheterna under projektets gång (se Akhavan m.fl. 2014).

Verksamheternas månadsrapporter och slutrapporter, forskargruppens lägesrapporter, rapport om områdesbeskrivningar och slutrapport, SKL:s återrapporteringar och slutrapporte-

ring till regeringen, samt slutkonferensen var också projektaktiviteter.

När aktiviteter sätts i relation till projektplaneringen kan det sägas att de i stor utsträckning genomförts enligt planeringen. Men det finns upplevelser som visar att det funnits både positiva och negativa upplevelser av seminarierna och teamarbetena. Mer eller mindre framgångsrika föreläsningar, givande erfarenhetsutbyte, ökat engagemang, ökad medvetenhet, tidsbrist, omorganiseringar som gett konsekvenser för teamarbeten, osäkerheten i början, känslan av att inte räkna till är några exempel som visar både styrkor och svagheter under projektets gång (se Akhavan m.fl. 2014 för mer om upplevelser av seminarier, teamarbeten, handledning och ledning).

Slutprestation – projektets inriktningsmål

”Slutprestation” enligt figur 1 är att Lärandeprojektet – Vård på lika villkor hade tre inriktningsmål som också legat till grund för utvärderingsuppdraget. Frågan är hur projektets resultat svarade upp mot de målen.

Avseende det första målet, att nya arbetssätt och metoder för en mer jämlik första linjens vård utvecklas och prövas inom de deltagande verksamheterna visade resultatet att sammanlagt 48 aktiviteter utvecklades och prövades inom alla de sju verksamheter inom första linjens vård som deltagit i Lärandeprojektet. Några av dessa aktiviteter som prövades har också blivit en del av den ordinarie verksamheten och fortsatt efter att projektet avslutats. Dessa 48 aktiviteter tematiserades av forskar-

gruppen under sju olika kategorier i form av sammanhängande arbetssätt för vidare användning av deltagande verksamheter och regioner och landsting som inte varit med i projektet (se Akhavan m.fl. 2014).

I förhållande till det andra inriktningsmålet, att mätbara förbättringar för en mer jämlik vård inom de verksamheter som deltar i projektet kan tas fram och presenteras, redovisades flera exempel av de olika verksamheterna under projektets gång och i deras slutrapporter (2014a). Men det var inte en lätt uppgift att mäta förbättringar och verksamheterna påpekar sina svårigheter med att mäta förbättringarna även om de försökt att göra mätningar för vidare arbete i och lärande för egen verksamhet. Vissa förbättringar avseende mer jämlik vård har också kunnat konstateras av resultatet från personalenkäten 2012 och 2013 (se Akhavan m.fl. 2014).

När det gäller slutprestationen i förhållande till det tredje inriktningsmålet, vården blir mer jämlik i de verksamheter som medverkar, är de förbättringar som verksamheterna kunnat mäta visade att vården blivit mer jämlik. Men måluppfyllelsen avseende detta inriktningsmål kommer att sträcka sig framöver också, eftersom det inte är så lång tid under projektets gång för att bestående effekter skulle kunna studeras.

Effekter – från kortsiktiga till avsedda och oavsedda

De resultat som kopplats till de tre inriktningsmål under avsnittet om slutprestation kan samtidigt tolkas som kortsiktiga och medellånga avsedda

och direkta effekter av projektet för intressenterna vårdtagare, vårdgivare, regeringen, SKL och MDH. Vad gäller landsting som vårdbetalare kan effekter kopplas genom respektive vårdverksamhet. Genom spridning av aktiviteter och härledda arbetssätt till övriga verksamheter inom de fem landstingen i projektet och övriga landsting kan medellånga och långsiktiga effekter visa sig.

Den ökade medvetenheten kring frågan om jämlik vård och bakomliggande faktorer till detta kan vara en oavsedd och indirekt effekt som inte enbart är en kortsiktigt effekt utan även en medellång och långsiktig effekt. Exempelvis minskade andelen av personal som anser att de inte haft någon uppfattning om huruvida patientens kön, ålder, mentala hälsa och fysiska funktionsförmåga haft betydelse för att få vård vid enkätundersökning 2013 jämfört med samma undersökning 2012. Denna minskning kan bero på många olika saker, men en av dem kan vara ökad medvetenhet kring dessa frågor under projektets gång, exempelvis genom föreläsningar, tvärgrupper, teamarbeten etc. Ökad medvetenhet som en projekteffekt visade sig även vid intervjuer med chefer och handledare, samt i samtalen i slutet av projektet. Denna effekt om ökad medvetenhet är i linje med tidigare forskning som visar att faktorer såsom etnisk bakgrund, kön, klass och sexuell läggning och ålder kan ha stor betydelse för att erbjuda vård på lika villkor (jfr. Beach m.fl., 2005; Healthy People, 2000; Smith, Johnson & Guenther, 1985).

Den verksamhetsförändring som

har påbörjats för att leda till en jämlikare vård kan också tolkas en effekt i linje med den ökade medvetenheten. Områdesbeskrivningar av de sju deltagande verksamheterna kommer inte enbart förse verksamheterna med nya sätt att inleda förändringsarbeten utan även utgör exempel för övriga verksamheter i hela Sverige.

För regeringen och SKL innebär projektet också nya kunskaper och sätt att se på mer jämlik vård och det kan kopplas till olika typer av effekter i programteorimodellen. Fördjupade studier kring genomförande och resultat utifrån olika aspekter kommer att initieras av forskargruppen vid Mälardalens högskola och presenteras i olika former till beslutsfattare och praktiker inom första linjens vård samt i relevanta vetenskapliga sammanhang, vilket också kan ses som en effekt av olika slag.

I frågan om projektets medellånga och långsiktiga effekter måste hänsyn tas till att projektets aktiva del var två år, vilket innebär att en del aktiviteter under projektets gång inte ännu hade börjat generera några effekter som först kan förväntas uppkomma efter en längre tidsperiod.

Kostnader – verksamheternas egna tidsrapporteringar

Som framgår av figur 1 skulle finansiella och icke-finansiella kostnader undersökas ur ett vårdgivarperspektiv, även om vårdtagarperspektiv och vårdbetalarperspektiv var med i bilden. Vidare kunde en fullständig kostnadseffektivitetsanalys inte genomföras. Detta beror på att en baslinjestudie för att mäta jämlikheten i tillgång till

vård innan projektets aktiviteter startats upp och en mätning av effekter på jämlikhet som resultat av projektets aktiviteter inte var planerade. Därför gjordes en analys av kostnader utifrån deltagarnas egen tidsredovisning. Syftet med en sådan kostnadsanalys var att ge en bild av vad det skulle kosta för andra vårdverksamheter att planera och genomföra liknande initiativ för en mer jämlik vård.

Under två år rapporterade alla deltagare sin tidsanvändning i projektet i det Excel-baserade formuläret. Deltagarna angav syftet med varje tidsanvändning. Tidsanvändningen i de individuella rapporterna summerades först på individuell nivå och sedan på teamnivå utifrån aktiviteter. Tidsanvändningen grupperades under teman ”kunskapsutveckling” och ”jämlikhetsarbete” med tanke på att kunskapsutvecklingen kunde vara en investering före och i inledningen av jämlikhetsarbetet och denna kunde sedan successivt minska. Kostnaderna för kunskapsutveckling och jämlikhetsarbete togs fram genom att använda en schablon för sjuksköterskelön inklusive lönekostnadspåslag (300 kr/tim) och för läkarlön (600 kr/tim). Övriga kostnader såsom projektledning vid SKL och kostnader för lärandeseminarier togs inte med.

Tidsrapporteringarna visade att kunskapsutveckling genom deltagande i lärandeseminarier och föreläsningar har tagit mer tid än teamarbeten för mer jämlik vård hos alla verksamheter utom BMM/BVC Somnargatan. Sex av sju verksamheter lade cirka 300–500 timmar på aktiviteter för mer jämlik vård, medan VC

Dalbo lade mindre än 100 timmar.

Den totala kostnaden för VC Dalbo var 110 000 kronor, medan för VC City och VC Drottninghög cirka 315 000 kronor under de två år som projektet pågick. Det bör påpekas att egen kunskapsutveckling utgjorde mer än hälften av kostnaderna och lärandeseminarieerna tog merparten av dessa kostnader. När det gäller kostnader för planering och genomförande av aktiviteterna för en mer jämlik vård är relativt små, exempelvis cirka 34 000 kronor för VC Dalbo och cirka 147 000 kronor för BMM/BVC Somargatan för två år. Dessa båda former av kostnader utgjorde mindre än en procent av verksamheternas omslutningar.

Kostnadsberäkningarna visar att planering och genomförande av aktiviteter för en mer jämlik vård kräver egentligen inte så stora kostnader (se Akhavan m.fl. 2014 för mer om kostnadsanalys) och det kan vara en viktig aspekt för planerade och framtida förändringsarbeten för en mer jämlik vård.

Externa faktorer – centrala, regionala och lokala

Externa faktorer som anges i figur 1 kan vara av olika slag. I denna studie avgränsas dessa faktorer med vårdvalsreformen på central nivå, landstingens ersättningssystem på regional nivå, och demografiska och socioekonomiska aspekter, samt ohälsotal på lokal nivå.

Vårdvals- och vårdgarantireformerna baseras på olika reformer som sedan slutet av 1980-talet genomförts för att stärka valfriheten, kontinui-

teten och tillgängligheten i primärvården. Lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) gav landstingen 2009 möjlighet att organisera ett fritt vårdval i primärvården. I linje med detta valfrihetssystem blev det obligatoriskt att genomföra vårdvalssystem i primärvården 2010 (Riksrevisionen, 2014). Regeringens syfte med vårdvalsreformen var ”att sätta brukaren i fokus med en maktförskjutning från politiker och tjänstemän till medborgare. Lagen bidrar till att öka patienternas valfrihet och inflytande samt mångfalden bland utförarna. Genom att tillämpa LOV i vårdvalssystemet garanteras dessutom att de EG-rättsliga principer som gäller i detta sammanhang, dvs. principerna om likabehandling, icke-diskriminering, öppenhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet, uppfylls” (Regeringens proposition 2008/09:74, s. 29).

Som konsekvens av vårdvalsreformen har alla leverantörer som uppfyller lagens och landstingets krav på primärvård fritt fått etablera sig. Vidare handlar det om ”att utförarna konkurrerar om patienterna och att landstinget endast definierar primärvårdsuppdraget, vad som ersätts och ersättningsnivåer. Landstinget kan alltså inte bestämma vem som utför vården eller var den ska utföras” (Riksrevisionen, 2014, s. 26).

I personalens svar på enkäter i början och i slutet av projektet Vård på lika villkor, kom fram att ersättningssystem och finansiella resurser ansetts vara viktiga faktorer för en mer jämlik vård. Analysen av styr- och ersättningssystemen som regionala faktorer visade sig (Akhavan m.fl., 2014) att

de varit utformade på en mycket detaljerad nivå med en betydande variation mellan de fem landsting som haft verksamheterna inom projektet tillhört som ingått i projektet.

Det ersättningssystem, ACG-system (Adjusted Care Groups el. Adjusted Clinical Groups), som utvecklades i USA, var det huvudsakliga ersättningssystemet i fyra av de fem medverkande landstingen (Sörmland är undantaget) sedan några år tillbaka. Det systemet stod för 80–90 % av kapiteringsdelen i ersättningen i de fyra landstingen (se Akhavan m.fl., 2014 för mer om ersättningssystem hos alla landsting). Utvärderingar av detta system i USA (Reid m.fl., 1999) och analyser i Storbritannien (Asthana & Gibson, 2011) visar på att systemet missgynnar de patienter som har medicinska problem, men som av olika anledningar inte söker vård.

Demografiska och socioekonomiska förutsättningar (se Gustafsson m.fl., 2014 för mer om demografiska och socioekonomiska aspekter, samt ohälsotal) som de deltagande vårdverksamheter har haft utgör också viktiga externa faktorer på lokal nivå. Eskilstuna kommun utmärker sig, jämfört med de andra kommunerna, genom att ha fler personer som är öppet arbetslösa och sökande i program med aktivitetsstöd oavsett kön. Arbetslösheten bland män är lite högre än den bland kvinnor i de sex kommunerna utom Nyköping, i vilken inte finns någon skillnad mellan män och kvinnor avseende arbetslöshet. Arbetslösheten i kommunerna är högre än i riket utom för män i Nyköping som har arbetslöshet på samma nivå som rikets.

När det gäller inkomst kan vi se att kvinnor har lägre inkomst än män i samtliga kommuner sammanräknad förvärvsinkomst för personer 20 år och äldre. Inkomstfördelningarna visar också skillnader bland både kvinnor och män i olika kommuner och det kan bero på regionala skillnader. Det är också intressant att inkomst är lägre än i riket oavsett kön i samtliga undersökta kommuner, förutom i Växjö kommun. Inkomstfördelningen i de närliggande bostadsområdena som BMM/BVC Sommargatan (Kronoparken), VC Dalbo (Araby och Dalbo) och VC Drottninghög (Drottninghög, Dalhem och Fredriksdal) får flest patienter från, är ännu sämre jämfört med fördelningen på kommunnivå.

Andelen personer med utländsk bakgrund, med vilka avses utrikes födda, eller inrikes födda med två utrikes födda föräldrar, i Eskilstuna (28 %) och Helsingborg (27 %) är högre än riket (20 %) totalt, medan övriga kommuner har en lägre andel än riket. Orsa utmärker sig med den lägsta andelen (9 %) personer med utländsk bakgrund. Vid närmare analys av de närliggande områden kommer det fram att andelen personer som är utrikesfödda för VC Dalbo i Växjö är 31 % (motsvarande siffra för Växjö kommun är 15 %), för VC Drottninghög i Helsingborg 36 % (motsvarande siffra för Helsingborg kommun är 20 %) och för BMM/BVC Sommargatan i Karlstad 35 % (motsvarande siffra för Karlstad kommun är 10 %).

När vi tittar på ohälsotal på kommunnivå kan det konstateras att kvinnor har ett betydligt högre ohälsotal

än män. Denna skillnad är större bland de som är medelålders och äldre. Av de sju undersökta kommunerna har Katrineholm och Orsa ohälsotal som är högre jämfört med riket oavsett kön, medan ohälsotalen i Växjö och Karlstad är relativt lägre.

Sammanfattande diskussion och slutsatser

Genomgången av programteori i förhållande till Lärandeprojektet – Vård på lika villkor visar att det finns flera utmaningar när programteori är på en övergripande nivå. Avgränsningar från och med projektets intressenter till och med centrala, regionala och lokala faktorer har varit resultat av flera övervägningar mellan forskargruppen på MDH, projektledningen på SKL och de deltagande vårdverksamheterna.

Att utveckla en programteori för ett projekt och utvärdera projektet utifrån denna programteori i sig har alltid sina förtjänster och begränsningar. Planering av programgenomförande och utvärdering, hjälp till intressenter att förstå ett programs struktur och funktion, möjlighet till jämförelse mellan aktiviteter och avsedda resultat, identifiering av centrala frågor för utvärdering, samt förmedling av centrala delar av ett program till politiker, personal, externa anslagsgivare, media och kollegor anses av Farell m.fl (2002) vara förtjänster med logiska modeller vilka programteori är en av dem. Vad gäller begränsningar av dessa modeller påpekar Farell bland annat att de är tidskrävande, kräver tålmod, är svåra att fånga alla aspekter

av ett program (jfr. Weiss, 1998)

Betydelsen av förtjänster och begränsningar av en programteori för ett visst projekt kan också bero på det rådande förhållningssättet gentemot en bestämd programteori. Det kan exempelvis handla om att se verksamhetslogiken i programteori som ett dynamiskt eller statiskt ramverk, graden av öppenhet och flexibilitet under processens gång, utvärderargruppens delaktighet i själva projektet, uppdragsgivarens intresse för modellen etc.

Utveckling och användning av en programteori inom projektet Vård på lika villkor grundar sig i ett flexibelt och dynamiskt förhållningssätt till programteori. Eftersom projektet genomfördes i en bred kontext där verksamheter med olika behov av aktiviteter varit med var det viktigt att kunna anlägga ett bredare utvärderingsperspektiv på projektet. De förtjänster som Farell m.fl. (2002) nämner anses vara gällande för den programteori som utvecklats för Lärandeprojektet – Vård på lika villkor. Programteori var ett övergripande sätt att se på projektet och utvärderingen av det, sett till att inte bara forskargruppen utan även representanter från vårdverksamheter, projektledning från SKL, handledarna och även representanter från departementet för att kunna se hur olika delar av projektet hänger ihop, flödet från mål och resurser till olika typer av effekter och kostnader, kopplingar mellan aktiviteter och resultat under projektet och i slutet av projektet, förmedling av resultat till olika aktörer som har intresse för sådana projekt etc.

När det gäller begränsningar, kan det nämnas att beroende på fokuseringen på genomförande och utvärdering, kan vissa saker inkluderas, medan en del andra utesluts. För projektet Vård på lika villkor fanns det en utvärderingsplan av forskarna och en projektplan av SKL att utgå från. Dessa dokument och några andra som var relevanta utgjorde underlag för delar av programteorin. Exempelvis intressenter, effekter och externa faktorer var sådana aspekter som borde bestämmas i samråd med SKL och verksamheterna. I detta avseende var det första lärandeseminarier den 28 mars 2012 en mötesplats att kunna diskutera forskargruppens förslag till programteori med de mest aktiva och centrala intressenterna.

Efter att programteorin fastställdes utgjorde denna en ram för att både forskargruppen och ledningen på SKL kunnat stanna upp, gå igenom olika delar av projektet och utvärderingen, samt vid behov göra nödvändiga revideringar i programteorin. I detta avseende kan det sägas att programteorin fungerat mest i en positiv anda. Reflektionen ”Ja, så tänker vi också ...” vid lärandeseminarier den 28 mars 2012 verkar hållit sig vid liv hela vägen utan att ha ett statistiskt förhållningssätt till projektets programteori och dess användning.

En annan viktig aspekt som bör nämnas här är att ingen av vårdverksamheterna utvecklade sin egen lokala programteori, även om denna möjlighet funnits med redan i början av projektet. Någon eller några sådana lokala programteorier kunde visa en annan aspekt av programteorin, näm-

ligen utveckling och implementering av nya arbetssätt (jfr. Alexanderson, 2006) som varit ett grundläggande syfte med Lärandeprojektet – Vård på lika villkor. Det kan tas som en viktig lärdom för kommande projekt med liknande syfte att ha ambitionen att utveckla en eller flera lokala programteorier.

Det programteoretiska perspektivet har fungerat i växelverkan med genombrottsmetoden som använts i projektet. Genombrottsmetoden (jfr. SKL, 2006, 2010, 2012, 2014a) som en strukturerad förbättringsmetod bidrog till att ge en struktur för lärande och åtgärder som engagerar en viss verksamhet till att göra konkreta förändringar. I detta avseende har genombrottsmetoden och programteorin genom sina beståndsdelar gemensamma beröringspunkter eftersom båda angreppssätt kan ge förändringsarbeten en dynamisk strukturering, vilket visade sig i Lärandeprojektet – Vård på lika villkor.

Referenser

- Akhavan, S., Aytar, O., Bogg, L., Söderlund, A., & Tillgren, P. (2014). Blev det ett genombrott? Utvärdering av det nationella Lärandeprojektet – Vård på lika villkor. Eskilstuna/Västerås: Mälardalens högskola.
- Alexanderson, K. (2006). Vilja Kunna Förstå - Om implementering av systematisk dokumentation för verksamhetsutveckling i socialtjänsten. Örebro: Örebro universitet.
- Asthana, S., & Gibson A. (2011). Setting health care capitations through diagnosis-based risk adjustment: A suitable model for the English NHS? *Health Policy*, 101 (2011), 133–139.

- Beach, M.C., Price, E.G., Gary, T.L., Robinson, K.A., Gozu, A., Palacio, A., Smart, C., Jenckes, M.W., Feuerstein, C., Bass, C.E., Powe, N.R. & Cooper, L.A. (2005). Cultural Competency: A Systematic Review of Health Care Provider Educational Interventions. *Med Care*, 43(4): 356–373.
- Bickman, L. (1987). The functions of program theory. *New Directions for Program Evaluation*, 1987 (33), 5–18.
- Blom, B., & Morén, S. (2007). *Insatser och resultat i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Donaldson, S.I. (2001). Mediator and moderator analysis in program development. In S. Sussman (Ed.), *Handbook of program development for health behavior research and practice* (s. 470-496). Newbury Park, CA: Sage.
- Donaldson, S. I. (2007). *Program Theory-Driven Evaluation Science. Strategies and Applications*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ekonomistyrningsverket. (2012). *Programteori och verksamhetslogik – ett metodstöd för Regeringskansliet*. Stockholm: Ekonomistyrningsverket.
- Eriksson, B. G., & Karlsson, P-Å. (2008). *Att utvärdera välfärdsarbete*. Stockholm: Gothia förlag.
- Farell, K., Kratzmann, M., McWilliam, S., Robinson, N., Saunders, S., Ticknor, J., & White, K. (2002). Evaluation made very easy, accessible, and logical. Nova Scotia: Atlantic Centre of Excellence for Women's Health.
- Gustafsson, G., Aytar, O., Akhavan, S., Bogg, L., Söderlund, A., & Tillgren, P. (2014). *Områdesbeskrivningar av sju vårdverksamheter: Primärvårdens förutsättningar och befolkningens vårdbehov*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Healthy people, 2010. (2000) Volume 1. US Department of Health and Human Services.
- Institute for Healthcare Improvement (IHI). (2003). *The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement*. Boston: Institute for Healthcare Improvement, IHI Innovation Series white paper.
- Jess, K. (2011). *Programteori för utvärderingsverkstäder*. B.G. Eriksson & P-Å Karlsson, (Red.). *Verkstäder för utvärdering i välfärdsverksamheter – Erfarenheter från några svenska FoU-enheter och högskolor* (35–43).
- Karlsson Vestman, O. (2011). *Utvärderandets konst. Att granska FoU-miljöer inom välfärd*. Lund: Studentlitteratur.
- Leeuw, F. L. (2003). Reconstructing Program Theories: Methods Available and Problems to be Solved. *American Journal of Evaluation*, 24(1), 5–20.
- Regeringens proposition 2008/09:74. *Vårdval i primärvården*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Reid, R., MacWilliam, L., Roos, N., Bogdanovic, B., & Black, C. (1999). Measuring morbidity in populations: performance of the Johns Hopkins Adjusted Clinical Group (ACG) Case Mix adjustment System in Manitoba. Manitoba, CA: University of Manitoba and the Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation.
- Riksrevisionen. (2014). *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?* Stockholm: Riksrevisionen.
- Rogers, P. (2008). Using Programme Theory to Evaluate Complicated and Complex Aspects of Interventions. *Evaluation*, 14(1), 29–48.
- Sandberg, B., & Faugert, S. (2007). *Perspektiv på utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Smith, E.M., Johnson, S.R. & Guenther, S.M. (1985). Health care attitudes and experiences during gynecologic care among lesbians and bisexuals. *American Journal of Public Health*, 75(9), 1085–1087.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2006). *En Bättre Demensvård. Erfarenheter av ett nationellt utvecklingsarbete*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2010). *Projekt Pinocchio. Erfarenheter från ett nationellt genombrottsprojekt med syfte att förbättra arbetet kring barn upp till 12 år som riskerar utveckla ett varaktigt normbrytande beteende*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

- Sveriges Kommuner och Landsting. (2012). Lärandeprojektet – Vård på lika villkor. Projektbeskrivning. Genomförande 2012–2013. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2014a). Vård på lika villkor – Ett lärandeprojekt: Arbetsätt och metoder för en mer jämlik första linjens vård. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2014b). Slutredovisning av Lärandeprojektet – Vård på lika villkor okt 2011 – maj 2014. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Vedung, E. (2009). Utvärdering i politik och förvaltning. Lund: Studentlitteratur.
- Weis, C.H. (1998). Evaluation. Methods for studying programs and policies. New Jersey: Prentice Hall.

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 2015 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.

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