

Model for spredning

- spredning af tværsektorielle indsatser under sundhedsaftalen

Baggrund

Sundhedsaftalen indeholder en række tværsektorielle indsatser, der ofte skal afprøves/igangsættes i en enkelt klynge, i få kommuner, praktiserende læger eller ved et enkelt hospital. Det er derfor essentielt, at der indtænkes og arbejdes med udbredelse og spredning af indsatser, hvilket ligeledes er tæt forbundet med Triple Aim arbejdet.



I sundhedsaftalen er to faser beskrevet – fase 1 hvor tværsektorielle udviklingsprojekter opstartes og skales med afsæt i klare Triple Aim mål, og evalueres med afsæt heri. I fase 2 tages der udgangspunkt i en Triple Aim analyse og potentialet for spredning.

17.08.2016

1-01-72-22-14

Side 1

Disse faser skal ses i sammenhæng med en model for spredning, som beskrives i bilag 1. Modellen har afsæt i en bred gennemgang af litteratur og studier på området, sammenfattet i singlen *"Spredning af velfærdsløsninger = merværdi"*¹.

Beslutningen om spredning

De gode løsninger med potentiale for spredning kan opstå i to scenarier. Det første, som er hovedopgaven, er der, hvor den gode løsning skabes i regi af sundhedsaftalen jf. fase 1. Her er alle kommuner og hospitaler forpligtiget til at implementere en god løsning fx Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom (TOBS). I dette scenarie har den ansvarlige (klyngen, ad hoc gruppen) til opgave, at indtænke Triple Aim og elementer fra spredningsmodellen i udarbejdelsen af løsningen samt fremlægge løsningen til beslutning i sundhedsstyregruppen.

Derudover kan gode løsninger opstå på "eget initiativ" uden direkte at være hængt op på sundhedsaftalen. Her kan man med fordel også anvende spredningsmodellen.

Præmisser

For at spredning kan lykkes, er der en række præmisser, som man både som ledelse og projektledeelse skal forholde sig til, fx:

- Der er aldrig ubegrænsede ressourcer, hvorfor prioritering og afsættelse af ressourcer er nødvendigt. Det ledelsesmæssige fokus skal være foreneligt med de ønskede forbedringer, ellers risikerer man, at ambitionerne spænder ben for hinanden. Vær opmærksom på vægtningen mellem et ressourcehensyn og et kvalitetshensyn.
- Hvor stor er forandringskapaciteten hos både topledelse og medarbejdere?
- Der skal udarbejdes en gennemtænkt strategi for spredning.
- Processen for spredning er dynamisk og kan ske i forskellige tempi med brug af forskellige værktøjer. Ikke én spredningsproces er ens.
- Indsatsen der skal spredes skal være robust og have god dataunderstøttelse.
- Forstå hvem det er, man spreder sin løsning til, og hvad de ønsker som outcome.
- Have fokus på, at de strukturelle forhold er afstemt.

¹ 2015:Henrik W. Bendix, Kirsten Engholm Jensen og Peter Wiborg Astrup

Bilag 1

Model for spredning

Modellen indeholder fire hovedelementer/værktøjer:

Kernen: Kernen er det centrale i modellen, hvor man skal definere, hvad kernen i den givne løsning er – hvad der i den gode løsning giver effekt. Kernen kaldes også "den halve løsning" – hvor resten af løsningen skal defineres lokalt, hvor den skal bruges.

Viden om kernen hjælper både implementeringen af en ny løsning, men giver også modtageren af en kerne klarhed om, hvordan kernens elementer kan tilpasses eksisterende aktiviteter og principper på det pågældende hospital eller kommune. Prioriteringen og arbejdet med, hvad kernen indeholder, sker på en *spredningsplatform*.

Spredningsplatform (afsættet for strategien): Strategi for og tilpasning sker gennem samskabelse, altså at de involverede aktører, der skal tilpasse en løsning lokalt, laver strategien sammen, da det bl.a. giver ligeværdighed og involvering i processen om spredningen af den gode løsning. Strategien for spredning omhandler dels, hvordan kernen tilpasses lokalt, da en god løsning skal tilpasses lokalt for at skabe effekt lokalt, og dels i bl.a. hvilke organisatoriske og strukturelle strukturer, magtforhold, incitamentstrukturer og kulturer en løsning skal spredes ind i. Bag strategien er to typer af incitamenter for spredning – *push* og *pull*.

Push og Pull: *Push* er ønsket om at sprede en god løsning til andre. *Pull* er omvendt et ønske om en løsning, fordi det giver mening og der fagligt er brug for. Begge typer af incitamenter skal i spil og ses sammen, for at lykkes – en løsning kan ikke spredes, hvis ikke der er nogen, der har interesse i løsningen. Spredningsplatformen indeholder en række såkaldte nøgler, som skal understøtte spredningen af kernen i den gode løsning/indsats.

En måde hvorpå man som samarbejdspartere kan arbejde sig ind til kernen, kan fx ske ud fra nedenstående figur:

Fig. 1 Lokal tilpasning af kernen

	Spreader	Modtager
Aktiviteter	Hvilke arbejdsgange er afgjort nødvendige, for at løsningen har effekt?	Hvilke aktiviteter i din kerneopgave* må ikke blive påvirket?
Måder at arbejde på	Hvilke principper, værdier, processer eller retningslinjer er afgørende?	Hvilke principper, værdier eller retningslinjer er afgørende for at din egen kerneopgave er optimal
Organisering	Hvilke formelle roller, strukturer eller systemer er afgørende?	Hvilke formelle roller, strukturer eller systemer, er afgørende for levering af din ydelse og må IKKE influeres?

*Den opgave en organisationen er sat i verden for at løse. Kilde: Christensen og Seneca, 2012 "Kend din kerneopgave"

Implementeringsnøgler: Implementeringsnøglerne er et værktøj til at forankre de lokalt tilpassede løsninger.

- **Levedygtighed:** Overvejelser og handlinger i forhold til løsningens robusthed. Hvordan skal løsningen overleve og køre i drift, når nyhedseffekten om den nye løsning falder?
- **Læringsfællesskab:** Skab fora for fælles læring, sparring og fastholdelse.
- **Ledelse:** Overvejelser om, hvordan ledelsen går forrest i implementering, er en rollemodel for andre ledere og for medarbejdere. Giver legitimitet til implementeringen af løsningen.
- **Vejledning og uddannelse:** Er nødvendige elementer, men kan ikke stå alene ved implementering. Det er endvidere vigtigt at gøre sig klart, hvad er nødvendigt af lokale løsninger på vejledninger og uddannelse, og hvor kan man tage til sig fra afsenderen af kernen, så man ikke spilder unødige ressourcer.
- **Mennesker flytter mennesker:** Person-til-person kontakt er et stærkt redskab og supplement til vejledning og uddannelse. Relationer kan bære meget af implementeringen af en ny løsning.
- **Smittende fortællinger:** Skab fortællingen om den nye løsning, som gør, at man føler ejerskab og vil være en del af fortællingen. Gør sig klart, hvad "vores" fortælling er.
- **Skab dokumentation:** Er et vigtigt redskab til at skabe grundlag for at kunne arbejde evidensbaseret med løsninger. Vigtigt, at dokumentation er gennemsigtig og tydelig for enhver – det er med til at fastholde fokus på implementeringen og senere driften.

Nøglerne er et udvalg af mulige værktøjer og kan anvendes alene eller sammen.

Processen ved spredning foregår sjældent ens og i en bestemt rækkefølge, derfor skal ovenstående elementer og begreber anvendes hvor og når det giver mening for den enkelte løsning.

Konkrete eksempler på, at kernen kan variere i omfang og art

- TOBS
 - Kernens (det centrale - hvilke dele af indsatsen, der ikke skal ændres på):
 - TOBS scoreskemaet

Vital values and TOBS score

OBSERVATION	VITAL VALUES	SCORE
Pulse	≥ 130	3
	110 - 129	2
	90 - 109	1
	50 - 89	0
	40 - 49	1
	≤ 39	2
Awareness	Agitated	1
	Habitual	0
	Responds only to vocal sounds	1
	Responds only to pain	2
	No response	3
Respiration	> 25	3
	21 - 24	2
	12 - 20	0
	9 - 11	1
	≤ 8	3

OBSERVATION	VITAL VALUES	SCORE
Temperature	≥ 40	3
	39-39,9	2
	38-38,9	1
	36-37,9	0
	34-35,9	2
	< 33,9	3
Systolic blood pressure	≥ 200	2
	100 - 199	0
	80 - 99	1
	70 - 79	2
	≤ 69	3

The temperature is primarily measured rectally. If this is not possible, then orally (+0,5 degree)
Temp. <30 and >40 must always be measured rectally.

Spillerum for lokal variation: f.eks.

- Organiseringen af arbejdet ift. TOBS
- Hjælpeværktøjer til understøttelse af arbejdet med TOBS

- Hjerterehabilitering fase 2

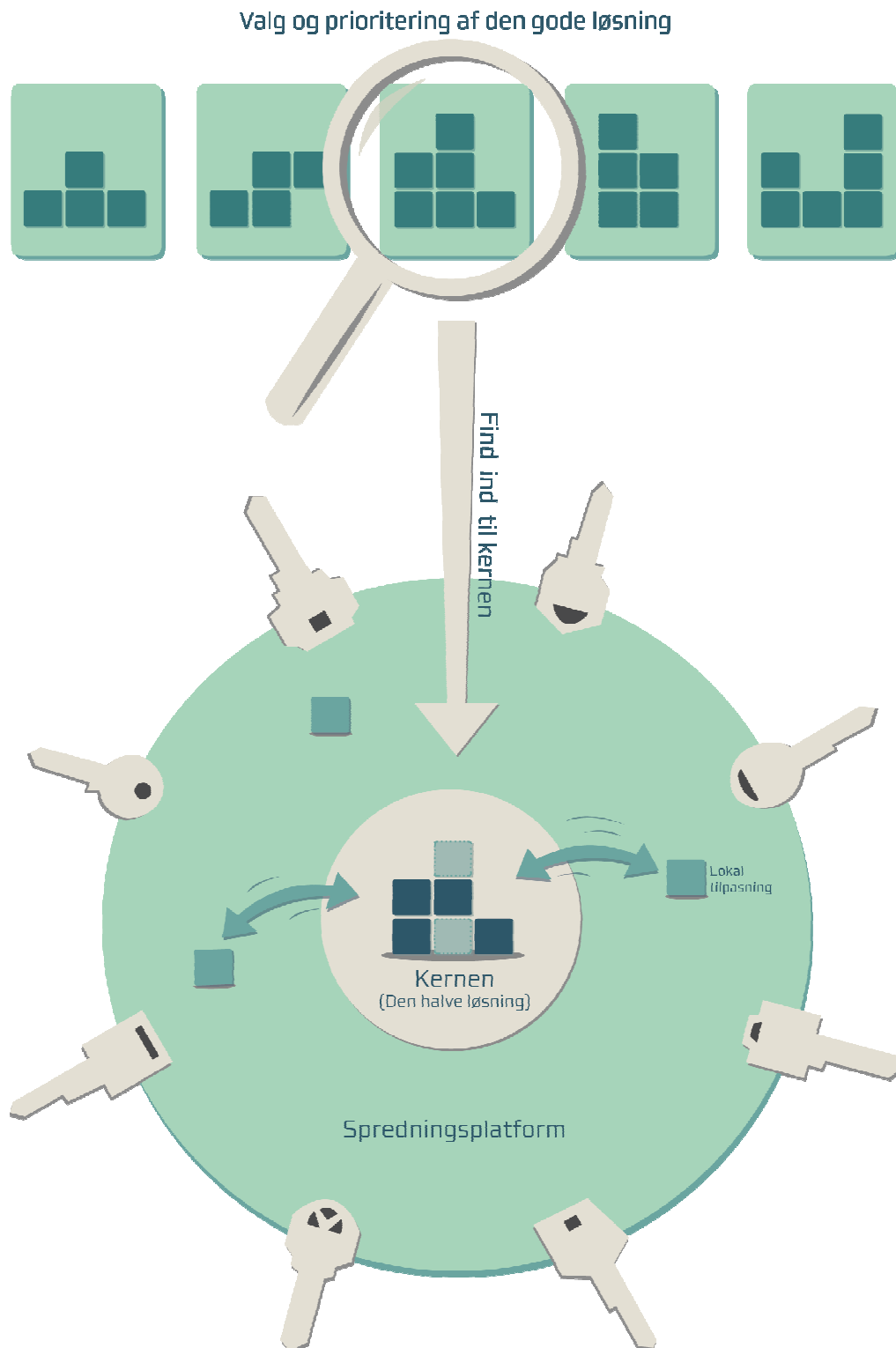
Kernen:

- Organisatorisk ift. at den non-farmakologiske del af fase 2 hjerterehabilitering foregår i kommunalt regi for størstedelen af målgruppen, samt ift. at kommunerne varetager denne opgave i tæt samspil med hospitalet og med det lægefaglige ansvar placeret på hospitalet
- Faglig ift. at målgruppen samt kvalitetsstandarder og -indikatorer er samstemmende med nationale retningslinjer.

Lokal variation:

- Den lægefaglige vurdering af hvilke patienter i risikogruppe, der skal modtage fase 2 rehabilitering i hospitalsregi
- Den konkrete udmøntning af samspillet mellem hospital og kommune.

Fig. 2 Model for spredning



Kilde: 2015: 2015:Henrik W. Bendix, Kirsten Engholm Jensen og Peter Wiborg Astrup