

# Spredning af initiativer på tværs af klynger

- Spredningsmodel 2020



Region Midtjylland, de 19 midtjyske kommuner og PLO-Midtjylland

9. november 2020

# Indledning

Videndeling og spredning af initiativer, der virker, er et af de bærende principper for samarbejdet i Sundhedsaftalen 2019-23.

I region, kommuner og almen praksis har vi allerede gode erfaringer med nye tværgående indsatser, der er udviklet og afprøvet i en klynge, og som herefter spredes og implementeres i hele regionen. Fx omlægning af fase 2 hjerterehabilitering, systematisk henvisning til rygestop og brug af TOBS (Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom).

Men vi vil blive endnu bedre til at dele de gode erfaringer og lære af hinanden på tværs af klyngerne. Det vil vi fordi, alle borgere skal opleve høj kvalitet i sundhedsvæsenet – uanset hvor de bor - og fordi vi skal bruges de samlede ressourcer bedst muligt. Både set i et kvalitetsperspektiv og i et ressourceperspektiv er der på udvalgte områder behov for mere ensartethed og standardisering på tværs af hospitaler, kommuner og almen praksis.

Afsættet for arbejdet med effektiv spredning af initiativer er den fælles model for spredning, der er beskrevet i bilag 1. Men for at forbedre og styrke arbejdet med spredning skal vi i region, kommuner og almen praksis især sikre en fælles og mere systematisk tilgang til, hvordan vi beslutter hvilke initiativer, der skal spredes. I det følgende beskrives en fælles ramme for spredning med særlig fokus på beslutningen om spredning.

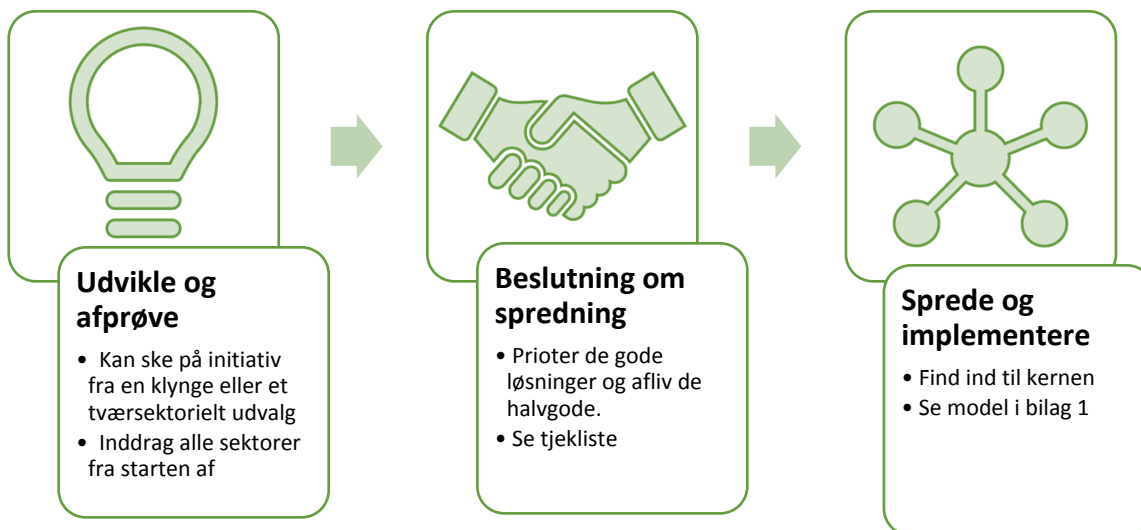
## Spredning på tværs af organisationer

I arbejdet med spredning, er det et vilkår, at det altid foregår på tværs af forskellige organisationer, der hver især har egne rammer – politisk, ledelsesmæssigt og ressourcemæssigt – som der skal tages højde for.

Der fordrer ikke mindst, at der til stadighed er fokus på at sikre gennemsigtighed i beslutninger om spredning og opbakning fra de involverede parter. Gennemsigtighed og ejerskab er centrale forudsætninger, både når vi udvikler og afprøver en indsats, og når vi træffer beslutning om at sprede og implementere en indsats i stor skala.

Når vi spreder initiativer, har vi fokus på kernen i en indsats, og at der er plads til fleksibilitet i forhold til, at spredning af initiativer kan variere fra ud fra

grundlæggende forskelle i vilkår. Spredning kan både ske trinvist i én klynge ad gangen eller i større skala. Den konkrete proces varierer alt efter hvilket initiativ, der ønskes udbredt.



Sundhedsstyregruppen har en vigtig rolle i at få de gode idéer og indsatser frem i lyset samt sikre videndeling og prioritering af tiltag, hvor der kan være i potentiale for spredning. Samtidigt er det nødvendigt med et bredt ejerskab til nye initiativer, der rækker udover de enkelte repræsentanter i Sundhedsstyregruppen.

## Beslutning om spredning

Opgaverne i både region, kommuner og almen praksis udvikles løbende og det samme gælder i det tværsektorielle samarbejde. Heldigvis kommer der hele tiden nye idéer til, hvordan opgaveløsningen kan forbedres, og nye løsninger udvikles og afprøves. Det sker både i de enkelte organisationer, på tværs af organisationer i fx klyngerne og via tværsektorielle udvalg.

Der betyder også, at en central opgave bliver at prioritere mellem tiltag, der på forskellig vis kan have potentiale i at blive spredt og implementeret i flere organisationer. Vi kan ikke det hele på én gang og skal samle kræfterne på udvalgte områder.

Den fælles ramme for prioritering er sundhedsaftalen og de tre prioriterede indsatsområder i sundhedsaftalen. Men også inden for indsatsområderne i sundhedsaftalen er der brug for en skarp prioritering af hvilke tiltag, der skal investeres i i fællesskab. En stående og fælles udfordring er løbende at sikre et


tilstrækkeligt kendskab til de udviklingsprojekter og nye tiltag, som der arbejdes med på klyngeniveau.

Spredning begynder med en fælles beslutning om at sprede. Det er her vi prioriterer samt afstemmer forventninger i forhold til mål og potentielle gevinster og omkostninger ved at sprede en indsats. Ved spredning på tværs af klynger træffes beslutningerne om dette i de relevante tværsektorielle beslutningsfora – fx Sundhedskoordinationsudvalget og Sundhedsstyregruppen. Ligesom det forudsætter enighed mellem hospital og kommune(r), hvis en klynge ønsker at igangsætte et nyt tiltag lokalt.

## Vurdering af potentiale for spredning

Tjekliste ved beslutning om spredning:

**Valg og prioritering af den gode løsning**



- **Hvorfor udbrede initiativet?**
  - Hvorfor vil det være en fordel at udbrede initiativet? Hvad ønsker vi at opnå?
  - Hvilke gevinster forventer vi i region, kommuner og almen praksis at få af tiltaget – for borgeren, sundhedsmæssigt og økonomisk? Er de forventede gevinster dokumenterede eller vurderede?
- **Implementeringskraft og -vilje**
  - Er der opbakning i region, kommuner og almen praksis til at investere ressourcemæssigt og organisatorisk i tiltaget på nuværende tidspunkt?
  - Hvilke omkostninger vil der være forbundet med at sprede og implementere tiltaget?
- **Opbakning og ejerskab**
  - Hvem har været en del af udviklingsarbejdet indtil nu – er perspektiver fra alle sektorer været inddraget?
  - Hvilke aktører er nødvendige for at kunne gennemføre en spredning af tiltaget?
  - Er der behov for at involvere andre/flere aktører i beslutningen for at kunne lykkes med spredningen?

- Hvordan er forankring og opbakning til tiltaget på nuværende tidspunkt?
- 
- **Evt. sammenhæng med andre indsatser**
  - Bygger tiltaget videre på allerede kendte indsatser?
  - Forventes tiltaget at kunne erstatte noget andet?

Vurderingen understøttes af data, hvor det er muligt.

Ambitionen er at tage afsæt i best-practice og så vidt muligt arbejde evidensbaseret.

## Ind til kernen

Når vi har besluttet at udbrede en indsats, tager vi afsæt i spredningsmodellen, som er beskrevet i bilag 1. Modellen har afsæt i en bred gennemgang af litteratur og studier på området sammenfattet i singlen "*Spredning af velfærdsløsninger = merværdi*"<sup>1</sup>.

Det centrale i modellen er, at der skal findes ind til kernen af den løsning, der skal spredes. Herved synliggøres hvilke dele af indsatsen, der ikke skal ændres på samtidig med, at det synliggøres, hvor der er spillerum for lokal tilpasning. Det lokale spillerum skal tage højde for forskelle i grundvilkår – fx mellem de enkelte klynger. I bilag 1 er givet nogle eksempler på kernen i forskellige indsatser.

Forskellige metoder (fx forbedringsmodellen m.v.) og data kan anvendes til at finde kernen i en indsats og mulighederne for at tilrette til lokal kontekst.

Samtidig skal der udarbejdes en strategi for den konkrete spredning. Ikke to spredningsprocesser er ens.

<sup>1</sup> 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, incitament strukturer 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 samarbejdspartner kan arbejde sig ind til kernen, kan fx ske ud fra nedenstående figur:

|                            | <b>Spreader (Kerne)</b>  | <b>Modtager (lokal tilpasning)</b>  |
|----------------------------|--|---|
| <b>Aktiviteter</b>         | Hvilke arbejdsgange er afgjort nødvendige, for at løsningen har effekt?  | Hvilke aktiviteter i din kerneopgave* må ikke blive påvirket?   |
| <b>Måder at arbejde på</b> | Hvilke principper, værdier, processer eller retningslinjer er afgørende? | Hvilke principper, værdier eller retningslinjer er afgørende for at din egen kerneopgave er optimal?            |
| <b>Organisering</b>        | 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 organisation 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. Evidens forstås i bred forstand, og ikke kun nødvendigvis som randomiserede kontrollerede studier. Det betyder, som aftalt i sundhedsaftalen, at ambitionen om faglig og økonomisk gennemsigtighed følges, så der foreligger et godt beslutningsgrundlag.

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

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

- TOBS scoreskemaet

Spillerum for lokal variation: fx

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

### 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     |
| systolic blood pressure | ≤33,9        | 3     |
|                         | ≥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.



- **Hjerterehabilitering fase 2**

Kernen:

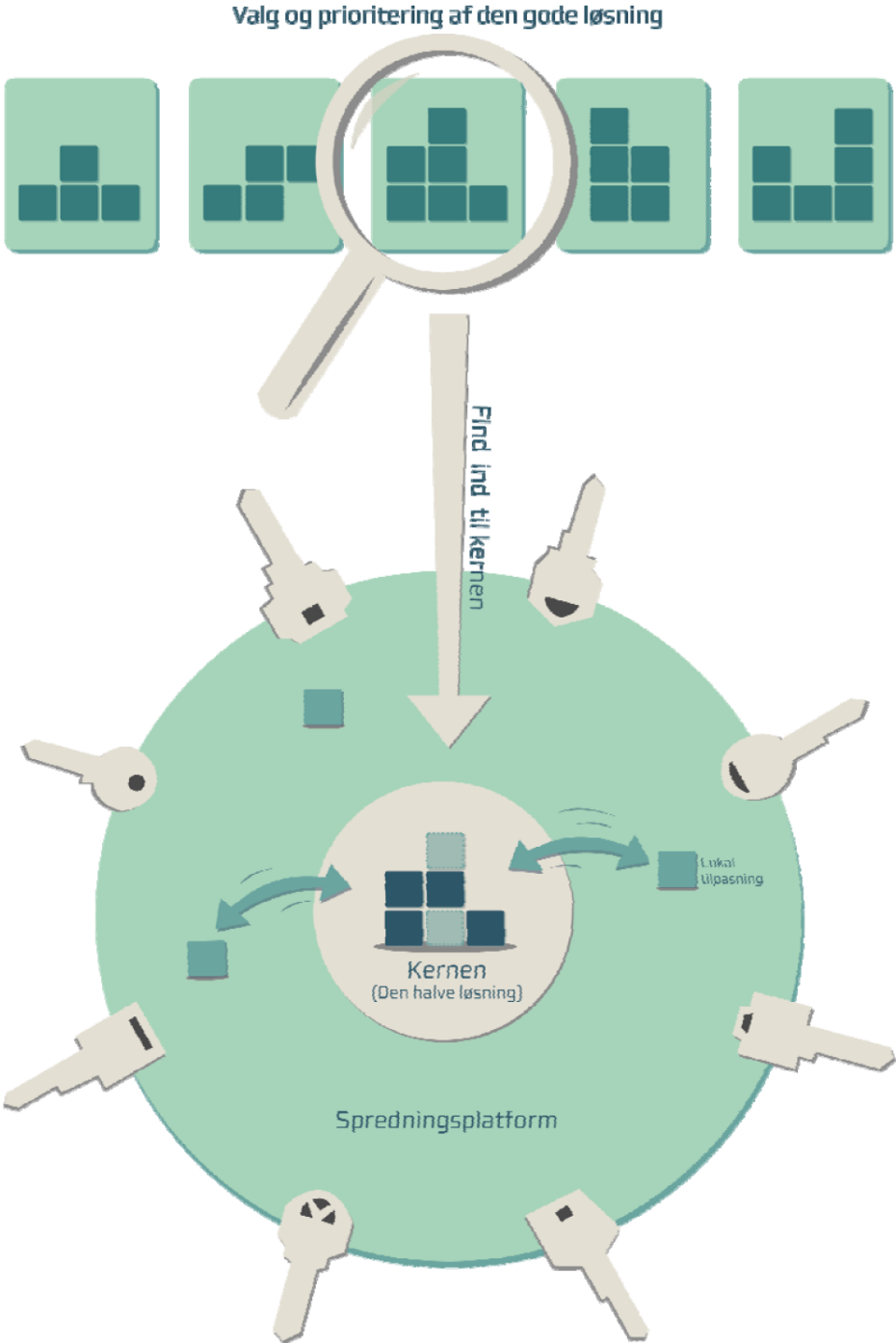
- Organisatorisk ift. at den non-farmakologiske del af fase 2 hjerterehabilitering foregår i kommunalt regi for størstedelen af målgruppen, samt ift. at kommunerne varetager denne opgave i tæt samspil med hospitalet og med det lægefaglige ansvar placeret på hospitalet
- Faglig ift. at målgruppen samt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

