



Utviklingsprosjekt

Informasjonsbehov ved en fusjonsprosess.

Nasjonalt topplederprogram

Vår 2011.

Unni Halvorsrud

Kull 10.

Bakgrunn og organisatorisk forankring for prosjektet

- Helse Sør-Øst RHF styret har i SAK NR. 108.2008 OMSTILLINGSPROGRAMMET. INNSATSOMRÅDE 1 HOVEDSTADSPROSESSEN vedtatt prinsipper og føringer for utvikling av spesialisthelsetjenesten i regionen. Styret for Psykiatrien i Vestfold HF har som oppdrag å påse at disse prinsippene og føringene gjennomføres. De viktigste prinsippene som er knyttet til denne saken er:
- Helse SØR-ØST deles inn i sykehusområder. Dette innebærer følgende: Helseforetakene som utgjør et sykehusområde skal ha et helhetlig ansvar for sin befolkning og tilby lokalbaserte spesialisthelsetjenester og mer spesialiserte tjenester for sitt område, herunder akuttfunksjoner innenfor somatikk, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling(TSB) og rehabilitering.
- Virksomhetene innen det enkelte sykehusområde skal, som hovedregel organiseres som ett helseforetak. Ett helseforetak pr. sykehusområde gir en ledelse som gjennomgående kan styre utviklingen både i et kortsiktig og et langsiktig perspektiv. I ett felles helseforetak vil en ha vesentlig flere virkemidler til rådighet enn ved avtalebaserte løsninger, og ha større mulighet til å samle kompetansen i større fagmiljøer. Ref Møteprotokoll Psykiatrien i Vestfold HF. 8.des 2010.

Det vil si at det pr. i dag foregår forhandlinger og samtaler om forestående organisering og drift: Styre PIV har i møte 21.03.11 fattet et vedtak om at Helse Sør Øst slår sammen Psykiatrien i Vestfold med Sykehuset i Vestfold. Sammenslåingen skjer ved at PIV virksomhetsoverdras til SIV. Anbefalt dato for overføring er 01.01.12.

Problemstilling:

En utfordring i den pågående prosessen er god- og nok informasjon på riktig tidspunkt. Hvordan sikre at pasienter og ansatte er informert om hvilke - om noen - konsekvenser fusjonen vil få for dem, og at den informasjonen som gis bidrar til å forhindre ubegrunnet uro.

Jeg velger å konsentrere meg om akuttpsykiatrisk seksjon. Den er mest sykehusnær og har desidert mest samarbeid med sykehuset pr. i dag.

Innen akuttseksjonen ønsker jeg å kartlegge informasjonsbehovet for fire grupper; pasienter, (brukerutvalg), ledere, miljøpersonell og behandlergruppen.

Målet er en enkel kartlegging av informasjonsbehov for disse gruppene.

Funnene og forslag til hvordan funnene/behovene kan ivaretas, vil så bli formidlet til avdelingssjef og adm. direktør for at disse kan tas hensyn til i videre informasjonsarbeid i avdelingen.

Prosjektet vil således forankres i egen ledergruppe.

Tematikk og problemstilling er diskutert med adm. direktør og avdelingssjef.

Målsetting:

Målsettingen med prosjektet er å sørge for at involverte parter får den informasjon som er aktuell ut fra hver enkelts ståsted og på riktig tidspunkt.

Effektmål:

At pasienter, behandlere, miljøpersonell og ledere vet hvilke konsekvenser fusjonen vil få for dem og ser frem til dette med ro..

At medarbeiderne ser at det ligger muligheter i at det etableres en tettere relasjon mellom somatikk og psykiatri, og således har en positiv holdning til fusjonen.

Resultatmål:

Ha formidlet nok og riktig informasjon til berørte parter i fusjonsprosessen som innfrir forventninger til at;

- 1) God pasientbehandling er opprettholdt.
- 2) Medarbeiderne ser at fusjonen kan by på muligheter til faglig utvikling og tilhørighet.

Analyse og argumentasjon rundt problemstilling

Usikkerhet om hva som skjer; skaper energilekkasje.

I en virksomhetsoverdragelse som vi i dag står foran vil det naturlig stilles spørsmål som; hvordan vil dette påvirke meg. Vil jeg i hele tatt merke noe som helst?

Sentralt står begrepet stress. Stress oppstår nettopp når noe som skjer rundt en fremstår som en trussel mot ens fysiske og psykiske balanse. (Bernstein et al., 1994:453).

En velkjent teknikk for å minske stress er nettopp å hindre at trusselen blir reell. Selv om det er stor forskjell mellom individer og på de stressreduksjonsstrategiene de velger, ser aktiv motstand ut til å være vanligere enn f.eks. apati og tilbaketrekning.

Motstand kan også være forankret i at de ansatte mener endring kan ha uheldig konsekvenser for brukerne.

Når noen føler seg krenket, mobiliserer de forsvar og motstand, ikke bare nødvendigvis av sakens innhold, men også på grunn av måten den håndteres på. Ved å gå i dialog med motstanderne kan man påvirke til at prosessen kan bli til en interaktiv læringsprosess.

(Høst, Ledelse i helse-og sosialsektoren)

Fra pasientperspektivet kan man tenke seg at det er naturlig å stille spørsmålet; vil vi få samme behandling med ny struktur; vil vi få mulighet til å påvirke vår behandling, vil det være tid til å få til møter med samarbeidsparter, ennå kortere liggetid. Hvordan vil fokus være på kvalitet/kvantitet?

Vil noen i det hele bry seg med det som skjer i klinikken? Kan vi fortsette med det fokus vi har i dag?

Fra miljøpersonellets side er det naturlig å stille spørsmål om hvordan blir muligheten for videreutdanning.? Hvordan vil muligheten for opprettholdelse av kvalitetsarbeid i post bli. Vil det bli en bemanningsenhet i forhold til vikarer. Vil vi ha påvirkning på kvalitet på våre vikarer? Og noe så enkelt som hva med "fredagslunsjen"?

Behandlergruppen snakker om hvordan blir det med vakttjenesten, tilsynene på sykehuset, kurs og kompetanse, lønnsforhold generelt, opprettholdelse av kvalitet i pasientarbeidet.

Ledere undrer seg sikkert på hvordan blir beslutningsprosessene? Pr. i dag har PIV 3 ledernivå? Hvordan blir fremtiden.? Blir det fire/fem ledelsesnivå? Hvor lang tid kommer

beslutningstiden å ta? Kan vi regne og kunne påvirke budsjett og andre driftsformer som er viktige for vår aktivitet?

Vi undres alle, på mye forskjellig. *Og det og ikke vite, skaper frykt. Pfeffer (1992:19) sier: "(...) at the moment a decision is made, we cannot possibly know whether it is good or bad. (...) We must wait for the decision to be implemented and for its consequences to become clear."*

Vi snakker om å forebygge energilekkasje i forhold til det som skal skje.

Ved å gi så god og riktig informasjon som mulig til berørte parter, mener jeg at denne energien isteden kan brukes til og utøve god pasientbehandling.

Ledelsesutfordringer.

Mitt ansvar som leder i en slik prosess vil være å sørge for at mine ansatte får tilstrekkelig informasjon om pågående prosess. Jeg må bruke personalmøter og andre arenaer for å nå ut til de som skal ha informasjon. Jeg har et klart ansvar for å skaffe meg den informasjon jeg trenger om prosessen slik at jeg kan videreformidle dette.

Fremdriftsplan med milepæler.

Milepæl	Tidsfrist
1) Prosjektplan ferdig	1.mai 2011
2) Delta på overlegemøte for kartlegging /dialog om tre områder de er opptatt av å få en avklaring på, som resultat av fusjonen.	Uke 20
3) Delta på psykologmøte. Som ovenfor.	Uke 20
4) Delta på ass.legemøte. som ovenfor	Uke 21
5) Holde personalmøte post 1. som ovenfor	Uke 21
6) Delta på personalmøte mottak og post 3. som ovenfor	Uke 22
7) Dialog med ledergruppen om tre områder de er opptatt av å få avklart, ved fusjonen.	Uke 23
8) Ta kontakt med brukerutvalget for å høre om hva de er opptatt av vedrørende fusjonen.	Uke 23
9) Rapport og anbefalinger leveres	Uke 25

Metodebeskrivelse

Jeg vil i prosjektet bruke dialog/samtale som metode for innhenting av data for kartlegging av temaer interessentene er opptatt av.

Jeg vil invitere meg til overlegemøter, ass.legemøter, psykologmøter. Jeg vil invitere meg til personalmøter på de aktuelle enhetene, og jeg vil ta kontakt med representant fra brukerutvalget.

Jeg vil melde dette opp som sak på avdelingens ledermøte. Jeg vil på samme måte utfordre mine kollegaer på tre hovedtemaer **de** er spesielt opptatt av vedrørende gjeldende fusjon. Jeg vil således lage en rapport med anbefalinger om temaer for info i avdelingen, til avdelingssjef og adm direktør slik at dette kan bli svart opp best mulig.

Konklusjoner og anbefalinger.

Prosjektet anbefales gjennomført i henhold til fremdriftsplan.

Risikoanalyse: Se vedlegg 1.

Interessentanalyse: Se vedlegg 2.

Litteraturliste: Se vedlegg 3

Vedlegg 1:

Risikoanalyse

- For hvert forhold som kan medføre risiko settes ett kryss for **Sannsynlighet** og ett for **Konsekvens**.
- Tallet for **Sannsynlighet** multipliseres med tallet for **Konsekvens** (S x K). Resultatet føres opp
- Forholdene prioriteres etter høyeste verdi i "Risiko"-feltet.

	Sannsynlighet				Konsekvens					Risiko (S x K)	Prioritet
	Kan skje				Kan føre til						
	Svært lite sannsynlig	Mindre sannsynlig	Sannsynlig	Meget sannsynlig	Ufarlig	Farlig	Kritisk	Meget kritisk	Katastrofal		
Hva kan skje? Arbeid og forhold som kan medføre risiko (uønskede hendelser/ tilstander). Vurderes både for personer, miljø og materielle/økonomiske verdier	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
Ikke få mulighet for deltagelse på de enkelte behandlergruppens møter. Konsekvensreducerende faktor: Sende ut ønske om invitasjonen i god tid.		x				x				4	1
Er det sannsynlig at personalet ikke viser forståelse og interesse for ikke å stille på personalmøter? Konsekvensreducerende faktor: Informasjon om tema i forkant.		x				x				4	2
Er det sannsynlighet for at temaet ikke blir satt opp på ledermøtet?		x				x				4	3
Er det sannsynlig at brukerutvalg ikke vil ha møte vedrørende tema?		x			x					2	4

Vedlegg 2:

Interessentanalyse:

Interessentanalyse: Interessent	Interesse
Representant for brukerutvalg, og pårørende forening	Pasientperspektivet. Opprettholdelse av dagens behandlingstilbud.
Miljøpersonell	Hva skjer i forhold videreutdanningsmuligheter og vikarpool.
Behandlergruppen. Overleger, ass.leger, psykologer	Faglig tilknytning. Vaktbelastning. Lønn og utdanningsmuligheter
Ledere	Beslutningsnivåer. Hvordan blir påvirkningsmuligheten. Saksbehandlingstid.
Sekretærer som arbeider med lønn, personal etc.	Effektivisering av støttefunksjoner- hvilke konsekvenser vil dette få for meg?
Verneombud	Hvordan dette påvirker arbeidsmiljøet
Avdelingssjef	Ivaretagelse av infoarbeid. Skape ro i avdelingen
Direktør	Skape godt omdømme. Opprettholde dagens pasienttilbud.
Tillitsvalgte; hoved- og plasstillitsvalgt	De ansattes rettigheter og arbeidssituasjon.

Vedlegg 3:

Litteraturliste:

Styreprotokoll for Psykiatrien i Vestfold HF.

Tor Høst: Ledelse i helse og sosialsektoren

Dag Ingvar Jakobsen: Motstand mot forandring: eller 10 gode grunner til at du ikke klarer å endre en organisasjon.

Pfeffer, J (1992): Managing with Power. Politics and Influence in Organizations.

Bernstein, D.A., A. Clarke-Stewart, E.J Roy, T.K Srull og C.D. Wickens (1994): Psychology. 3 utgave.