



# Endringsoppgave: Spesialisering av spesialisthelsetjenesten psykisk helse: Opptining

Nasjonalt topplederprogram

Else-Marie Løberg

Bergen 16.10.15

## **1. Bakgrunn og organisatorisk forankring for oppgaven**

Endringsoppgaven er forankret i Divisjon psykisk helsevern («divisjonen»), Helse Bergen, gjennom mandat og ansvar delegert fra divisjonsdirektør Hans Olav Instefjord til undertegnede som fagsjef i divisjonen.

Bakgrunnen for endringsarbeidet er behovet for økt og systematisk faglig-strategisk tenkning rundt behovet for spesialisering av tjenestene for å stå bedre rustet til å gi oppfølging til det beste for pasientene i divisjonen i framtiden. De siste årene har utviklingen av Distriktpsikiatriske sentre (DPS) blitt konsolidert og funnet sin form, og divisjonen er nå organisatorisk moden for å se på nye måter å organisere tjenestene på. Ulike DPS i divisjonen ivaretar i dag primært sitt befolkningsansvar, men for enkelt fagområder har det også utviklet seg noen spissete funksjoner. Utviklingen videre bør styres av en faglig-strategisk plan på et overordnet divisjonsnivå. Videre bør gjeldende definerte grensesnitt mellom sentraliserte sykehusfunksjoner og DPS-oppgaver, utarbeidet av en arbeidsgruppe i divisjonen den 01.09.11 (se Vedlegg 1), revideres for å både inkludere nyere utvikling for sykehusets pasientgrunnlag og gi mer detaljerte føringer.

## **2. Behovet for endring – hvorfor endringen er nødvendig**

Endring er nødvendig på bakgrunn av særlig 6 hovedlinjer og utfordringer (ytre drivkrefter) som spesialisthelsetjenesten psykisk helsevern møter, og hvor en re-organisering av tjenestene i retning av en høyere grad av spesialisering kan tenkes å være et virkemiddel (se også Vedlegg 2):

1. Økende krav til at pasientoppfølging er basert på god faglig praksis definert som nasjonale retningslinjer (tar hensyn til forskning, erfaringsbasert konsensus og brukererfaring). Krav til implementering av pakkeforløp er også et sannsynlig scenario innen psykisk helsevern.
2. Økende krav til å kunne dokumentere effekt av behandling og integrere klinikk og forskning, inkludert behandlings- og helsetjenesteforskning.
3. Ny teknologi for oppfølging og behandling utvikles, med påfølgende krav til innovasjon, internasjonale og nasjonale nettverk, kunnskap om metode, pasientsikkerhet og evaluering.
4. Økende tydeliggjøring av spesialisthelsetjenestene oppgave versus førstelinje, særlig eksemplisert gjennom prioriteringsveilederne, knyttet til spesifikke lidelser.
5. Økende krav til økonomisk effektivitet og faglig basert prioritering av ressursbruk
6. Utfordringer i forhold rekruttering av spesialistkompetanse og oppbygging av robuste fagmiljø.

## **3. Målsetting på kort og lang sikt.**

Målsetting for endringsoppgaven på kort sikt er å beskrive særlige forhold som må tas hensyn til ved videre endringsarbeid for å optimalisere muligheten for langsiktig måloppnåelse.

Måloppnåelse vil vises gjennom en plan for gjennomføring og hvordan forankre endringsarbeidet i organisasjonen (gjeldende endringsoppgave) samt gjennom en anbefaling i forhold til prinsipper for spesialisering av tjenestene (Vedlegg 3.) Dette vil kunne føre til en bedre prosess for endringsarbeidet.

Målsetting på lang sikt er endringer av divisjonens faglige innhold og organisering der dette anses hensiktsmessig. Måloppnåelse vil vises gjennom større etterlevelse av nasjonale retningslinjer og føringer, implementering av pakkeforløp og bedret rekruttering og ressurs-utnyttelse. Dette vil kunne gi spesialiserte tjenester der kompetansen er tilstrekkelig høy, samlet og robust til å være i førersetet for hvilke tjenester som skal tilbys, samt drive implementering, forskning og evaluering, og samlet gi effektive tjenester med høy faglig kvalitet.

## **4. Forhold som påvirker framdrift**

Endringsutfordringen som divisjonen står overfor er drevet av ytre og indre drivkrefter (se Jacobsen, 2012), der ytre drivkrefter er de aspektene beskrevet i avsnitt 2 punktene 1 – 6 samt

endringskaleidoskopet (Vedlegg 4). Indre drivkrefter kan knyttes til divisjonens fase i utviklingen av egen organisasjon slik denne er beskrevet gjennom modeller utviklet av eksempelvis Mintzberg (1979) og Greiner (1988), der organisasjoner følger definerte utviklingsfaser basert på bl.a. hvordan vekst og varighet påvirker den dialektiske spenningen i skjæringspunktet mellom autonomi og kontroll/styring. Selv om disse modellene er kritisert for å være for deterministiske og rigide, kan fasetenkningen illustrere divisjonens nåværende behov for større samkjøring av tjenester og tenkning. Divisjonen har vært gjennom en fase der en del myndighet har vært delegert til lavere nivå for bl.a. kunne bygge opp flere nye DPS, og divisjonsledelsen har konsentrert seg mer om strategiske enn daglig drift. Ifølge Jacobsen (2012) oppstår det i en slik ramme en såkalt kontrollkrise, med behov for videre utvikling mot mer samspill, samarbeid på tvers og matrisestruktur innad i organisasjonen.

Gjeldende endringsprosess kan beskrives som en planlagt intensjonell endring (se Jacobsen, 2012). Her beskrives endringsprosessen gjennom følgende faser: 1) diagnose av behov for endring; 2) løsningsorientert beskrivelse av ønsket fremtid 3) gjennomføring av planlagte tiltak og 4) evaluering eller eventuelt stabilisering av ny tilstand. En slik linear modell er likevel ikke tilstrekkelig for å illustrere gjeldende endringsutfordring, og feedbacksystemer der de ulike fasene påvirker også opprinnelig målsetning bør inkluderes i en slik modell. Den første fasen sammenfaller ofte med en opptiningsfase hvor det skapes klima for endring der de sentrale aktørene opplever endringen som viktig og riktig («urgent»). Jacobsen (2012) peker på at mange av de fremste teoretikerne om endringsledelse har mye oppmerksomhet på nettopp opptiningsfasen, for eksempel Kotter (1995); der 4 av 8 endringsfaser omhandler det som skjer før selve endringen. Innen planlagt endring vil prosessen drives framover av endringsagenter, og hovedoppgaven for endringsagenten blir dermed å fokusere på å bevege organisasjonen i startfasen og klargjøre organisasjonen for endring. Jacobsen (2012) påpeker utfordringen ved at endringsagentenes oppfatning av drivkrefter og løsninger ikke nødvendigvis deles av alle med påfølgende uenighet i prosessen.

Effekten av slik manglende samkjørt tenkning er særlig relevant for gjeldende endringsprosess grunnet divisjonens kontekst (se Vedlegg 4). Divisjon kan beskrives som en struktur som ligner på det såkalte profesjonelle byråkrati (Mintzberg, 1979), dette medfører iflg Mintzberg et særlig krav til prosessen for endring siden mye beslutningsmakt ligger hos de profesjonelle; dvs. fagkompetanse og medarbeiderne i divisjonen. Faglig standard og dyktighet er det viktige inne slike organisasjoner iflg Mintzberg (1979), og han argumenterer videre for at kommunikasjonsprosessen rundt endringen må fokusere særlig på dette. For å kunne ivareta fagfolkene i endringsprosessen, så regnes ikke bare normativ oppslutning som nødvendig, men også en affektiv oppslutning for å ivareta entusiasme i jobben (se Jacobsen, 2012) - det er ikke nok å overvinne og håndtere motstand, her bør begeistring inn. En bør derfor ikke være naiv overfor hvor krevende dette er ift kommunikasjon og kompetanseoppbygging, med implikasjoner for endringsprosessens tidsbruk. Endring er basert på følelser, og kommunikasjon kan aldri poengteres nok (Kotter & Rathgeber, 2006). Caldwell og kollegaer (2008) poengterer også viktigheten av at medarbeidere og teamene i en helsetjeneste må være motiverte for endring, og henviser til empiri der effektiviteten økes ved at mellomlederne er rollemodeller som formidler en åpenhet for endring og støtter viktigheten av endring. Formelle kontrollsystemer er ikke veien å gå, endringsvillighet økes ved å tilrettelegge for normer og kulturer som har toleranse for feil, god team-effektivitet, gjensidig støtte og forståelse av nødvendigheten av endringen (Caldwell et al, 2008; Saksvik et al, 2008).

Ledelsesstrategier vil dermed være tett knyttet opp til hvordan en leser organisasjonens kontekst, og hvordan en håndterer motstand. Transaksjonelle ledere bruker forsterkningsmekanismer og straff (Trastek et al, 2014), og er opptatt å kartlegge motstand, støtte og maktbaser samt knytte allianser, identifisere slagmarker og kamper som skal vinnes (Jacobsen, 2012). Transformativ ledere, derimot, har fokus på engasjement rundt strategier og visjoner,

samt inspirasjon og intellektuell stimulering (Burns, 1978; Trastek et al, 2014). Ledelse blir dermed ikke å overvåke organisasjonen, men mer en veilederrolle som tilfører ressurser og energi, motiverer, delegerer og støtter organisasjonen og enkeltindivider (Trastek et al, 2014). Trastek og kollegaer (2014) går derimot videre grunnet utfordringene ved å definere den gode lederrollen i helsevesenet; endring er vanskelig i helsetjenesten grunne førende profesjonell standarder, unik organiseringsstruktur og ressursgrenser som begrenser adaptabiliten, og argumenterer for «servant» ledelse. Begrepet ble brukt for første gang av Greenleaf (1991) og inkludere moral-baserte internaliserte verdier til det best for andre, høy grad av empati, lytting, innsikt, evne til å bygge opp medarbeiderne og hjelpe folk til å nå egne utviklingsmål. Lederen blir tilretteleggeren for den kompetente medarbeider, i tråd med diskusjonen over der poengteringen av profesjonenes egen endringsmotivasjon blir sentral. I realiteten trenger ofte den gode lederen å benytte sider hentet fra alle disse ledertypene for optimal måloppnåelse ( Jacobsen, 2012; Trastek et al, 2014). Det har også blitt poengtert at leders tilgjengelighet under endringsprosesser og villighet til åpen dialog, også om usikre elementer, og toleranse for kaos, er viktig (Saksvik et al, 2008).

Denne teoretiske gjennomgangen gir dermed en pekepinn på hva som er de særlig sentrale **suksessfaktorene** for planlegging og gjennomføring av en endringsprosess i innen psykisk helsevern; grundig dialog og forankring i organisasjonen som fører at fagpersoner og ledere på alle nivåer opplever en eierskap til prosess, utfordringsbilde og målsetning. Faglige argumenter bør vektles høyt, med fokus på den individuelle medarbeiders opplevelse av å gi gode tjenester. Dette stiller særlig krav til endringsagentenes evne til å lytte og forstå organisasjonen og de individuelle medarbeidere, og forlenger tidsperioden for endringsarbeidet i stor grad. Fagsjefrollen kan i denne sammenhengen gjerne betegnes som endringsagent.

Vedlagt kombinert **interessentanalyse og kommunikasjonsplan** (Vedlegg 5) søker å ivareta bredden av forankringsbehovet i divisjon i tråd med utfordringene nevnt over. Her bemerkes særlig viktigheten av en grundig dialog med alle nivåer av ledere og medarbeidere i divisjonen. Hovedutfordringen blir dermed å forankre endringsarbeidet i alle ledd av organisasjonen. Implementeringsfasen anses som særlig komplisert hvis denne involverer konkrete endringer av den nåværende organisasjon grunnet naturlig forekommende emosjonell motstand mot endring som medarbeideres usikkerhet, tidligere negative erfaring mot endring og uklarhet rundt nye forventninger (Saksvik et al, 2008), og en god opptiningsfase vil kunne fasilitere implementeringen. Vedlagt **risikoanalyse** (Vedlegg 6) bygger på interessentanalysen og forståelsen av kontekst slik denne kommer fram i endringskaleidoskopet i vedlegg 4. Her kommer det fram fire områder som må overvåkes videre og følgende innsats settes inn: 1. Grundig forankringsprosess og dialog ift. spesialistene og mellomledere, 2. Grundig forankringsprosess i ledergruppen, ledergruppen som styringsgruppe, 3. Kompetanseknutepunkt og sentrale fagfolk trekkes inn i arbeidet, oppdaterte faglige retningslinjer brukes og 4. Kontakt inn mot Helsedirektoratet, HOD, og internasjonal forskning. Vedlegg 7 viser **milepælsplan** over opptiningsfasen av endringsprosessen.

## 5. Budsjett - nøkkeltall

Endringen er planlagt gjennomført innen ordinært budsjett, med 100 000,- til planleggingsfasen.

## 6. Sammendrag og konklusjon

Det er behov for økt og systematisk faglig-strategisk tenkning rundt behovet for spesialisering av tjenestene for å stå bedre rustet til å gi oppfølging til det beste for pasientene i Divisjon psykisk helsevern, Helse Bergen, i framtiden. Dette skyldes både ytre drivkrefter som er særlig knyttet til økte krav til systematisk faglig praksis og kvalitetssikring, samt indre drivkrefter knyttet til en organisatorisk modning av divisjon. Gjeldende endringsoppgave beskriver særlige forhold som

må tas hensyn til ved videre endringsarbeid for å øke muligheten for langsiktig måloppnåelse. Langsiktig måloppnåelse er endringer av divisjonens faglige innhold og organisering der dette anses hensiktsmessig, for at divisjonen samlet kan gi effektive tjenester med høy faglig kvalitet. Endringsoppgaven beskriver teoretiske og empiriske betraktninger rundt optimal endringsarbeid og endringsledelse i helsetjenesten, som sammen med resultatene fra ulike analyseverktøy der divisjonens kontekst sammenstilles med forhold til endringsutfordringen (se Vedlegg 4-7), kan sammenfalles i følgende anbefalinger:

1. Opptiningsfasen, der organisasjons medarbeidere blir forberedt på endringsarbeidet, er tidkrevende og må gjøres grundig.
2. Grundig dialog og forankring hos sentrale fagpersoner og ledere på alle nivåer er nødvendig for eierskap til prosess, utfordringsbilde og målsetning.
3. Faglige argumenter bør vektes særlig høyt i denne prosessen, med fokus på den individuelle medarbeiders opplevelse av å gi gode tjenester.
4. Prosessen må forankres i divisjonens ledergruppe, som med fordel kan være styringsgruppen for endringsarbeidet.
5. Forankring og dialog rundt både opptiningsfasen og endringsarbeidet bør systematiseres.

## 7. Vedlegg

Vedlegg 1: Strategi for utvikling av sykehusfunksjoner 2012 - 2016

Vedlegg 2: Skisse over demografiske og faglige utfordringer i psykisk helsevern

Vedlegg 3: Prinsipper for spesialisering

Vedlegg 4: Endringskaleidoskop

Vedlegg 5: Interessentanalyse og kommunikasjonsplan

Vedlegg 6: Risikoanalyse

Vedlegg 7: Milepælsplan

## 8. Referanser

- 1) Caldwell DF, Chatman J, O'Reilly III CA, Ormiston M, Lapiz, M (2008). Implementing strategic change in a health care system: The importance of leadership and change readiness. *Health Care Manage Review*. 33(2), 124-133.
- 2) Burns JM (1978). *Leadership*. Harper & Row, New York.
- 3) Greenleaf RK (1991). *The servant as leader*. The Robert K. Greenleaf Center, Indianapolis. [Originally published in 1970, by Robert K. Greenleaf].
- 4) Greiner LE (1998) Evolution and revolution as organizations grow. *Harvard Business Review*. 76 (3), 55-68.
- 5) Jacobsen DI (2012). *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Fagbokforlaget, Bergen.
- 6) Kotter J (1995), *Leading change: Why transformation efforts fail*. *Harvard Business Review*. 73(2), 59-67.
- 7) Kotter J, Rathgeber H (2006). *Our iceberg is melting*. McMillan, London.
- 8) Mintzberg (1979). *The structuring of organizations*. Prentice-Hall, Michigan.
- 9) Saksvik PØ, Nytrø K, Tvedt SD (2008). *Sunn endring i organisasjoner*. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 45 (3), 295-300.
- 10) Trastek VF, Hamilton NH, Niles EE (2014). *Leadership Models in Health Cared: A Case for Servant Leadership*. *Mayo Clin Proc*. 89(3), 374-381.