



Utvikling av akuttambulant team

Nasjonalt topplederprogram

Espen Halvorsen

Porsgrunn, November 2015

1. Bakgrunn og organisatorisk forankring for oppgaven

Klinikksjef for klinikk psykisk helsevern og rusbehandling i sykehuset Telemark HF, har satt ned en arbeidsgruppe for å utarbeide en beskrivelse av ønsket utvikling av de akuttambulante tjenestene i klinikken. Endringen er således forankret hos klinikksjef, og klinikksjefens ledergruppe. Bakgrunnen for endringen er ønsket og behovet for å utvide og tilpasse de akuttambulante tjenestene, og utrede om man skal samordne de ambulante akuttjenestene rettet mot rusfeltet sammen med de akuttambulante tjenestene for psykiatrifeltet.

Akutteamet har vært i drift siden 2002, og har hatt ulike driftsformer, organisering, og lokaliseringer. Vi har samarbeidsavtaler med samtlige kommuner i opptaksområdet, og de opplever tilbud og tilgjengelighet til akutteamet ulikt. Det er en målsetting at klinikken gir likeverdige tilbud til befolkningen i opptaksområdet.

2. Behovet for endring – hvorfor endringen er nødvendig

I dag har klinikken et akutteam, og egne ambulante team, rettet mot ulike pasientgrupper. Klinikken har ikke et akuttambulant team. I tillegg til at det foreligger nasjonale føringer for å etablere slike tjenester, har klinikken over tid ønsket en slik utvikling. Utviklingen er også nedfelt i klinikkens strategiske plan.

3. Målsetting på kort og lang sikt.

Kortsiktig mål:

1. Utarbeide en lokaltilpasset beskrivelse av fremtidige akuttambulante tjenester.
2. Utrede om samordning av akuttambulante tjenester for rus og psykiatrifeltet er ønskelig og hensiktsmessig nå.

Langsiktig mål:

1. Pasienter med rus, og/eller psykiatriske tilstander får et likeverdig akutttilbud i opptaksområdet til DPS nedre Telemark

4. Analyse

Beslutningsmyndigheten til å gjennomføre endringen ligger hos klinikksjef, dette arbeidet danner delgrunnlag for beslutning om endring, eventuelt på hvilken måte endringen kan gjennomføres. Således vil eventuell endring bli effektivt via klinikksjef. Beslutningstidspunkt for endring er ca Desember 2015. Det er pt. ikke satt dato for når endring skal gjennomføres, men sannsynligvis første halvdel i 2016. Endringen er nedfelt i klinikkens strategiske utviklingsplan (2015-2017), og således har vi ikke dårlig tid, selv om det naturlig nok ønskes fra de fleste hold at endringer skjer raskt etter beslutning er tatt. Det oppleves tilstrekkelig med tid til å planlegge endringen.

For klinikken generelt er endringen velkommen og ønsket, mens det for enkelte medarbeidere i de direkte berørte teamene kan oppleve endringen truende.

Det er mye akuttkompetanse i dagens akutteam, mange ansatte som har jobbet over flere år, og som kjenner organisasjon på en god måte. De har også opparbeidet seg god kjennskap og tillit mot fastleger, og mange kommunale enheter. Et ankepunkt mot akutteamet som har vært stabilt over mange år, er at de av flere oppleves som konforme og lite fleksible. Ø-hjelp rus teamet er ikke ferdig bemannet, og vil således tilføre det nye akuttambulante teamet andre tankesett og annen kompetanse.

Når det gjelder mangfold av kompetanse i et nytt felles akuttambulanseteam som også dekker ruspasientene har alle dagens medarbeidere i akutteamet betydelig erfaring fra akutfeltet, flere fra både døgn og dagbehandling, og noen med ren poliklinisk erfaring. Ø-hjelp rus teamet er det ikke ferdig rekruttert til, men den ene spesialisten som er ansatt har betydelig kompetanse og erfaring fra feltet, samt sterk organisatorisk kompetanse fra annet HF i forhold til rusfelt/akutt-rus.

I forhold til endringskompetanse i lederskapet er den tilstrekkelig for å gjennomføre endringen. Dagens ledelse har gjennomført betydelige endringer av både organisatoriske og faglige endringer. Av evalueringer man har gjort i etterkant av gjennomførte endringer har man fått økt kompetanse for å forbedre endringsprosesser. Blant de ansatte som blir direkte berørt er det ulikt fordelt hva man besitter av endringskompetanse, dette blir en viktig ledermessig utfordring å følge opp. Oppfølgingen kan gjøres ved at lederne gir god informasjon om behov og ønsker for endringen, og ønsket mål underveis, samt å involvere medarbeiderne både i planlegging av gjennomføring, og faglige innspill underveis i prosessen.

Når det gjelder økonomisk kapasitet, vil endringen medføre internallokering av økonomiske ressurser, noe som er mulig og innenfor rekkevidde å få til. Tiden lederne har til blant annet å forberede, utrede, motivere og presentere behovet for endringen, og planlegge gjennomføring er begrenset, da man som leder samtidig skal drifte organisasjonen på vanlig måte, på den annen side er det mange ledere med endringskompetanse som kan bidra i prosessen. Med god styring av hvem som gjør hva til hvilket tidspunkt vil man kunne minimere den problemstillingen. Store deler av organisasjonens medarbeidere forstår behovet for endringen, men det er nok også store deler av organisasjonens medarbeidere som må forberedes til å endre seg selv for å lykkes med ønsket endring. Nok en viktig lederutfordring.

Endringen er ikke bredt forankret pt. Det har vært snakket om denne endringen i lang tid, uten at vesentlige endringer har blitt gjennomført. Tiden er blitt betydelig mer moden nå, i betydning av at ledelsen tar nye grep som involverer fagfeltet på sterkere og tydeligere måte. En viktig lederutfordring er å informere og forankre endringen tidlig, og på god måte i klinikken. Blant medarbeiderne i akutteamet er man klar over at det blir endringer, men er nok ikke overbevist på om, og når det vil skje. Organisasjonen for øvrig ønsker, og oppleves som både klar og motivert for endring.

Av ledermessige utfordringer blir det viktig å forankre beslutningen i lederlinjen for å sikre god gjennomføring og suksess av endringen. Ledergruppen består av ledere som har ansvar for egne områder samt at de er klinikkens øverste lederorgan som har totalansvar for klinikkens helhetlige utvikling og resultat. Dette er vanlige karakteristika ved beslutningsgrupper, og medfører forpliktelser i eget ansvarsområde og overfor kollektivet (Bang,H &Midelfart,T.N-2012).

Jeg har gjennomført en subjektiv interessentanalyse som kort sier noe om hva slags påvirkning og holdninger de ulike interessentene kan besitte. Interessentanalysen kan benyttes til å legge opp strategi på hvordan man bør tilnærme seg de ulike interessentene slik at endringen blir forankret, kommunisert og grad av involvering bør gjøres (vedlegg 1). Det er også utarbeidet en kommunikasjonsplan, for å sikre god kommunikasjon i organisasjonen (Vedlegg 2). I alt endringsarbeid vil det forekomme både risiko og sårbarheter, som etter alvorlighetsgrad bør iverksettes risikoreducerende tiltak for å redusere trussel for at endringen ikke lykkes (Vedlegg 3).

I forhold til kritiske suksessfaktorer er det grunnleggende viktig at man gir god informasjon til de direkte berørte seksjonene spesielt, og til klinikken for øvrig generelt. Informasjon om retningsvalget, og hvordan tilbudet vil se ut må også kommuniseres til fastleger, legevakter og kommunale instanser. Disse samarbeidspartnere bør involveres via etablerte samarbeidsforum som psykiatrisk samarbeidsforum, faste samarbeidsmøter og praksiskonsulent ordningen. Endringen er ikke av dramatisk omfattende karakter, men pasienttilbudet utvides, og således er informasjon nødvendig. Bruker- og pårørende organisasjoner bør involveres via klinikkens brukerråd. Videre må det gjennomføres en kompetansekartlegging, og en kompetanseplan må etableres med gjennomføringstidspunkter. Endringen må være godt forankret på alle ledernivå i klinikken, og samtlige ledere må ha lik forståelse av endringen. Dette sikres gjennom lederlinjen f.eks i avdelingenes ledermøter. Gjennomføringsplan for forankring bør etableres.

5. Budsjett - nøkkeltall

Det utarbeides ikke budsjett for endringen. Det foreligger et stillingsbudsjett som ikke skal endres, ved eventuelle utbedringer som skal legges til rette for i lokalene, er dette i budsjettet til sykehuset, og ikke til klinikken. Det ansettes ikke annet personell som skal bidra inn i utviklingsarbeidet, så lønnsutgifter vil ikke påvirkes. Det er knyttet noe kostnader til reise i forbindelse med å besøke 3 andre akuttambulante tilbud andre steder i landet (Vestfold, Follo og Ålesund). Det er deler av den nedsatte arbeidsgruppen som deltar på besøkene. Anslagsvis forventes det kostnader i størrelsesorden 50.000,- til det formålet.

6. Sammendrag og konklusjon

Klinikk psykisk helse og rusbehandling har i sin strategiske utviklingsplan (2015-2017) et mål om å utvikle de ambulante tjenestene. Det foreligger også nasjonale føringer at man på DPS nivå skal tilby akuttambulante tjenester til befolkningen. Klinikken har i dag et akutteam for opptaksområdet til DPS nedre Telemark, klinikken har også vedtatt at man skal bygge opp akutte tjenester til ruspasienter. Klinikken skal videreutvikle dagens akutteam til akuttambulant team, og det skal utredes om det akutte tilbudet både rus og psykiatri gruppen skal samorganiseres i samme team.

Det er stor grad av "readiness" i klinikken til å gjennomføre utviklingsarbeidet, da dette har vært forventet og ønsket i deler av klinikken over tid at dette må komme på plass.

Samarbeidskommunene ønsker dette velkommen, og gjør at deler av samarbeidsavtalen man har med kommunene oppfylles også. Beslutning om hvordan endringen skal gjennomføres blir tatt i Desember 2015, gjennomføring og implementering forventes første halvdel 2016.

7. Vedlegg

Vedlegg 1: Interessentanalyse

Vedlegg 2: Kommunikasjonsplan

Vedlegg 3: Risikovurdering