



Endringsoppgave:

Utrede og etablere Desentralisert vaktsamarbeid ved bruk av videokonferanse/telefoni ved:

- **Volda DPS** (døgn og akutt/ambulant team)
- **Kristiansund DPS** (døgn og akutt/ambulant team)

Nasjonalt topplederprogram kull 19

Nils-Arne Skagøy
Ålesund høsten 2015

1. Bakgrunn og organisatorisk forankring for oppgaven

Det er en helsepolitisk målsetning at Distrikt Psykiatrisk Senter (DPS) skal ha hovedansvaret for tilbudet innen psykisk helsevern for voksne, og veien inn og ut av psykisk helsevern skal gå via DPS (1). Videre skal DPS ha akutt- og krisetjenester, og åpningstiden bør være 24/7. Det medfører at pasientforløp som har akutt karakter, der pasienten er vurdert og ikke er til fare for seg selv eller andre, hovedsakelig skal utredes/behandles ved DPS (1).

For å realisere de helsepolitiske målsettingene om robuste DPS må Helse Møre og Romsdal utrede og etablere tiltak som styrker intensjonen med DPS. Omdisponering av ressurser ved å etablere ambulant team, akutt team, brukerstyrte og disponible døgnplasser for akutt team er allerede gjennomført. (2)

Et viktig tiltak for å lykkes med å gjøre DPS til et «ansikt mot kommunene, med sykehuspsykiatrien i ryggen» er ordninger som sikrer tilgang til spesialist 24/7. Desentralisert vakt samarbeid med bruk av videokonferanse/telefoni er et av flere tiltak som vil gi tilgang til spesialist 24/7(3).

Som deltaker i Nasjonalt Topplederprogram skal jeg skrive en endringsoppgave. Jeg er en av fire avdelingssjefer som sammen med klinikkensjef utgjør lederteamet i klinikk for psykisk helsevern (KPH). Endringsoppgaven er forankret i klinikkens lederteam. Prosjektet er realiserbart da nødvendig infrastruktur er etablert.

2. Behovet for endring – hvorfor endringen er nødvendig

Møre og Romsdal HF har to DPS lokalisert til Kristiansund og Volda. Begge DPS utøver utredning/ behandling/rådgivning i døgnpost, poliklinikk og fra seksjon for ambulant team og akutt team.

En stor utfordring ved begge DPS er rekruttering av legespesialister. Selv om en fikk rekruttert legespesialist inn i alle stillinger, vil en ikke ha tilstrekkelig med legespesialister til å etablere lokal vaktordning som dekker DPS 24/7. Konsekvensen er at mange pasienter blir sendt direkte til psykiatrisk akutt mottak i Molde og Ålesund. Det er en hverdag verken pasient eller pårørende ønsker. Våre samhandlingspartnere opplever et «ansikt» som ikke leverer de helsetjeneste som forventes. Konsekvensen er stor pågang av pasienter til akutt mottak i sykehus som skulle ha blitt vurdert ved det lokale DPS. De helsepolitiske målsetninger om akutfunksjoner ved DPS lar seg ikke realisere da tilgang til spesialist mangler (1).

Ved å etablere et Desentralisert vakt samarbeid (DeVaVi) med bruk av videokonferanse vil DPS få visuell tilgang til spesialist. Et desentralisert vakt samarbeid må ta utgangspunkt i etablert vaktordning ved sykehusene i Molde og Ålesund.

DeVaVi er prøvd ut ved UNN, Avdeling psykiatri Sør i nært samarbeid med Nasjonal Kompetansesenter for samhandling og telemedisin. Erfaringene fra UNN er meget gode, og i vårt samarbeid med dem vil vi sikre viktige bidragsytere i vår utredning og etablering (3).

3. Målsetting på kort og lang sikt

Langsiktig mål

- Bidra til å realisert de helsepolitiske målsetninger for DPS Volda/ Kristiansund (nær pasientens bosted - gatekeeper - akutfunksjon 24/7)
- Økt brukertilfredshet
- Kvalitet på helsetjenester ved DPS Volda og DPS Kristiansund

Kortsiktig mål

- Etablert visuell tilgang til spesialist
- Større forutsigbarhet innen psykisk helsevern, DPS Volda/Kristiansund.
- Reduksjon i akuttinnleggelser/overføringer fra DPS Volda/Kristiansund til psykiatrisk akuttmottak Ålesund/Molde

4. Prosjektetablering

Planlegging, etablering og utvikling av DeVVi blir organisert som et prosjekt over tre år. Det blir utarbeidet prosjektdirektiv som beskriver ansvar, deltakelse, struktur og framdrift.

5. Analyse knyttet til endringskaleidoskopet

Å realisere ønsket endring i en organisasjon handler hovedsakelig om å endre menneskers adferd (1). Endringsledelse er utfordrende, og det er mange fortellinger som beskriver endringsprosesser som kronglede og uforutsigbar. Ifølge Kjeller/Aiken (B) er det å skape overbevisende fortellinger en viktig kjerne i endringsledelse.

Endringskaleidoskopet er utviklet for å hjelpe organisasjoner til å designe en endringsstrategi som er sensitiv ovenfor den organisatoriske konteksten (C). Metoden er å kaste et nett over det en ønsker å endre, fryse nettet slik at en kan analysere de kontekstuelle dimensjoner som da framkommer. Endringskaleidoskopet viser oss organisatoriske utfordringer, - et hjelpemiddel i det å skape gode fortellinger.

Analysen (5) peker på fire kontekstuelle dimensjoner som blir viktig for selve endringsarbeidet:

Mangfold - Bevaring - Omfang - Forankring

De som blir berørt av DeVVi har ulik erfaring, kompetanse og verdier knyttet til videokonferanse som medium for klinisk konsultasjon. Selv om DeVVi er juridisk klarert, kan f.eks. «spesialisten» oppleve at DeVVi skaper en verdikonflikt ved at pasienten ikke er fysisk tilstede – det er ikke godt nok! Andre tilsette kan oppleve at egne verdier settes på spill når de skal bistår ved konsultasjon der behandler fysisk ikke er tilstede. Utøvelsen av det «kliniske blikk» blir påvirket, om endringen er positiv eller negativ er avhengig av hvilke muligheter DeVVi gir, en mulighet kan være at pasientens opplevd helse blir mer framtreddende. Uansett er det viktig å bevare mangfoldet i vår

kliniske praksis. Etablering av DeVaVi er en «liten endring» i den kliniske praksis, men den vil gi tilgang til spesialist 24/7 nærmere pasientens bosted.

En forutsetning for etablering av DeVaVi er forankringen i Klinikk for psykisk helsevern. Da mener jeg ikke lederforankringen, den er etablert, men oppslutting hos dem som skal utøve klinisk arbeid ved bruk av DeVaVi. Skal endringen være meningsfull, må den gi merverdi både for vår organisasjon, våre medarbeidere, samarbeidspartnere, og ikke minst pasient selv og pårørende. Informasjon før, under og i planperioden er avgjørende for etablering av DeVaVi. Informasjon må omhandle formål/hensikt, utfordringer implementeringen medfører og evnen til evaluering og justering under veis i prosjektperioden.

På mange måter beskriver analysen av endringskaleidoskopet essensen i Huy og Mintzberg sin bok/artikkel *The Rhythme of Change (A)*:

Vi oppfatter våre miljø i å være i konstant forandring fordi vi bare merke til de tingene som endres. «I virkeligheten, fortsetter mange ting som før, faktisk hjelper stabilitet til å danne grunnlaget for erfaring». Vi snakker om tre typer endringer som må være tilstede ved gode endringsprosesser: dramatiske, systematiske og økologiske (iboende).

DeVaVi har alle de tre prosessene i seg og beskriver dermed *The Rhythme of Change*.

6. Fremdriftsplan

Framdriftsplan består av 5 områder. Interesseanalyse, kommunikasjonsplan, risikoanalyse og milepælplan er vedlagt.

Interessentanalyse

Interessentanalysen viser flere interessenter, både innenfor og utenfor egen organisasjon som kan påvirke etablering av desentralisert vaksamarbeid. Det at pasienter og pårørende ønsker DeVaVi velkommen, at kommunehelsetjenesten ser fram til å møte spesialisten 24/7 via videokonferanse i mangel av andre muligheter er drivere som vil framskynde endringer i måten vi organiserer vårt helsetilbud på.

De fleste interessenter ønsker DeVaVi etablert for å sikre spesialist i front (24/7). Størst motstand (skepsis) finnes i egen organisasjon. Motstand kan knyttes til manglende ressurstilgang pga økt aktivitet DeVaVi medfører. Videre kan det være en grunnleggende verdibasert skepsis hos spesialister som skal inngå i Desentralisert vaksamarbeid.

Bistand fra spesialister som utøver DeVaVi ved UNN Tromsø og lokal lederkraft ved våre DPS og sykehus blir viktige «endringsagenter» ved etablering av DeVaVi.

Fra våre interessenter vil det foreligge gode historier som forteller hvor viktig det er å etablere DeVaVi. Disse historiene vil styrke gjennomføringskraften av prosjektet.

Kommunikasjonsplan

Vedlagt kommunikasjonsplan er et resultat av interessentanalysen og de kritiske suksessfaktorene som er nevnt i endringsoppgaven. Informasjon er et sentralt virkemiddel for ønsket endring.

Risikoanalyse

Risikoanalysen er satt sammen av elementer fra de kontekstuelle dimensjoner i endringskaleidoskopet og Interessentanalysen. Den belyser uønskede hendelser som kan oppstå og dermed utsette eller stoppe endringsprosessen. Risikoanalysen er et styringsverktøy, og må «fores» fortløpende med data. Risikoområder som er tatt med i analysen er knyttet til økonomi (prioritering), ledelse (lederkraft) og organisasjon (tilsette/tillitsvalgt).

Ressurser og økonomi

Risikoanalysen viser høy risiko dersom ledelsen ikke realiserer nødvendige ressurser (R5). Prosjektet er lederforankret, ressurser avsatt og lederkraft skal realiseres i linja. Viktig at alle involverte blir fortløpende informert om prosjektets framdrift, ikke minst gjelder det lokal ledelse. Videre viser analysen kritisk risiko dersom driftskostnadene blir høyere en forventet (R4). Årsaken kan være at spesialistene opplever DeVavi som merarbeid pga høy aktivitet, og dermed krav om kompensasjon. Dersom lønnskostnadene blir vesentlig høyere en stipulert har DeVavi et større aktivitetsnivå en forventet. Dersom det er tilfelle må aktivitetsnivå evalueres, og en må vurdere merkostnader opp mot merverdi DeVavi har for organisasjonen.

Ledelse

En kritisk faktor i risikoanalysen er lav aktivitet, det vil si at DeVavi ikke blir brukt som forventet (R3). Årsaken kan være manglende lokal forankring både ved DPS og ved sykehuset hvor vaktordningen fysisk er etablert. Prosjektleder og prosjektgruppen blir viktige støttespillere for de som skal bruke DeVavi. Ved det enkelte DPS og sykehus vil berørte seksjonsledere ha en viktig funksjon i implementeringen. Også andre lokalt som skal ha en aktiv rolle må få den definert og gjort kjent i organisasjonen for å framdrive hensiktsmessig bruk av DeVavi.

I prosjektdirektivet vil lederforankring bli presisert. Videre vil prosjektets styrings- og prosjektgruppe bestå av representanter fra ulike aktører som deltar i DeVavi – også brukerrepresentant.

Organisasjon

Den antatt største utfordringen ved etablering av DeVavi er opplevelsen av endring i klinisk praksis. Risikoanalysen fanger dette opp i risikoområdene R1 og R2. De uønskede hendelsene risikoanalysen beskrives er at DeVavi ikke er ønsket av ansatte, eller at tillitsvalgte sier nei. Det kan medføre forsinkelse av prosjektet eller full stopp. Årsaken til R1 og R2 kan være manglende informasjon eller involvering (forankring), økt belastning hos tilsette, eller faglig uenighet f.eks. knyttet til begrep som kvalitet og sikkerhet.

Både interessentanalysen og analysen av endringskaleidoskopet viser til positive drivkrefter, men også til nødvendige forutsetninger for å lykkes med DeVavi. Et godt hjelpemiddel er å formidle gode fortellinger. Støtten fra UNN kan bistå oss, men det

viktigste er forankringen vi selv kan gjøre med å formidle nødvendigheten av å bistå pasienten der han bor – og det så optimalt som mulig.

Kritiske suksessfaktorer

- ✓ Gode fortellinger (informasjon og involvering)
- ✓ Identifisere drivere i egen organisasjon
- ✓ Forankring i egen organisasjon

De kritiske suksessfaktorene som her er beskrevet er belyst i endringskaleidoskopet, og framtrer i risikoanalysen og interessentanalysen – og i utforming av milepæler og kommunikasjonsplan.

Milepælplan

Vedlagt milepælplan beskriver de viktige hendelser i planlegging, etablering og gjennomføring av DeVVi ved DPS Kristiansund og Volda. Milepælplanen vil bli justert fortløpende i prosjektperioden.

7. Budsjett – nøkkeltall

Årlige driftskostnader ved etablering av DeVVi HMR er stipulert til 500 000 kr. Hovedsakelig lønnsutgifter. Investeringskostnader i 2016 er stipulert til 455 000. Det er liten risiko knyttet til budsjettstyring ved implementering av DeVVi.

8. Sammendrag og konklusjon

De ulike analyseverktøy som er brukt i endringsoppgaven har vært viktig i arbeidet med å identifisere de utfordringer etablering av DeVVi vil møte. Endringsarbeid handler om å endre adferd, skal vi få det til må vi være bevist de mekanismer som råder og ha en strategi som forteller oss hvordan vi bør utøve endringsarbeidet. De kritiske suksessfaktorene: gode fortellinger, identifisere drivere og forankring i egen organisasjon blir på mange måter de røde trådene som skal føre til måloppnåelse.

Planlagt oppstart av DeVVi er 01.10.16. Godkjenning av prosjektdirektiv januar 2016. Realisering av milepæler og kommunikasjonsplan er viktige bidragsyttere for det endringsarbeidet som skal skje i prosjektperioden. En viktig forutsetning for framdrift av prosjektet er at prosjektarbeidet er transparent, en åpen prosess der en tar med seg muligheter en pr dags dato ikke ser.

Arbeidet med å fortelle gode historier har allerede begynt. Det å realisere DeVVi sine korte og lange målsettinger er i utgangspunktet grunnlag for gode fortellinger.

9. Vedlegg

1. DPS Veilederen (2006)
2. Strategiplan - Klinikk psykisk helsevern HMR (2013)
3. Evalueringsrapport DeVaVi», UNN Tromsø (2015)
4. Oppdragsdokument HMR 2014 - 2015
5. Analyse, Endringskaleidoskopet (kontekstuelle dimensjoner)
6. Risikoanalyse
7. Interessentanalyse
8. Kommunikasjonsplan
9. Milepæleplan
10. Økonomi

Litteraturreferanse

- A. The Rhythme of Change. (Huy/Mintzberg 2003 - [www: vdonnell. Pbwoeks.com](http://www.vdonnell.Pbwoeks.com))
- B. Motstand mot forandring (Jacobsen,D.I. 1998, Magma - PP)
- C. Change Kaleidoscope (Julia Balogun 2001 - [www: tomorrowleaders.com](http://www.tomorrowleaders.com))