

INNLEVERING 2 i HINF 1102 høsten 2008

Innleveringen teller 1/3 av karakteren. Oppgavene påføres IKKE navn, kun kandidatnummeret ditt (som du skal kunne finne i StudentWeb) og leveres anonymt i innleveringsmappe i ClassFronter. Innleveringsfrist: fredag 7.november innen klokken 12.00

Oppgaven skal besvares individuelt, og vil bli kontrollert (vha. digitale verktøy) for å oppdage evt. avskrift/kopiering eller bruk av kilder uten henvisning. Du kan mistenkes for fusk/forsøk på fusk dersom du lar være å gi opplysninger om kilder eller gir inntrykk av at besvarelsen er mer selvstendig enn den faktisk er. UiO ser alvorlig på fusk og forsøk på fusk, og konsekvensene er store for den enkelte student. Gjør deg kjent med reglementet som gjelder ved UiO: <http://www.uio.no/studier/eksamen/fusk.html>

Tematikken i den andre delen av kurset har vært logistikk-spørsmål, med spesielt fokus på helsesektoren. Vi har sett mest på logistikk i forhold til pasientflyt, både innenfor en organisasjon (for eksempel i forhold til prosessforbedring) og ut over de organisatoriske grensene (for eksempel behandlingskjeder/samhandling). Denne oppgaven handler om et prosjekt som ble utført i Sverige for å forbedre samhandlingen mellom sykehus og primærhelsetjenesten. Etter at dette caset er presentert kommer selv oppgavene som skal besvares. Du kan finne mer informasjon om caset (se til slutt på oppgavearket).

Formålet med denne innleveringen er å vise at du kjenner til sentrale logistikkbegreper og teoretiske perspektiver og ser deres relevans i en praktisk sammenheng.

CASE:

”Esther er født i 1912. Hun bor i Storgatan i Vetlanda. De siste tre nettene har Esther ikke kunnet sove, hennes tungpustethet blir stadig verre og benene blir mer og mer oppsvulmet. Hun kjenner seg engstelig og urolig, men vet ikke hvor hun skal henvende seg. Hun bestemmer seg for å ringe til datteren sin ... ”

Slik begynner fortellingen om Esther, og den fortsetter med å beskrive hvordan hun legges inn på sykehus og møter 35 forskjellige personer i løpet av få timer. Esther er en fiktiv kvinne, og fortellingen om hennes opplevelser ble brukt som motivasjon for å forbedre samarbeidsrutinene. Dette skjedde i et internasjonalt kjent samhandlingsprosjekt som startet i 1997 på Höglandet som ligger i Småland i Sverige.

Prosjektet søkte å forbedre samhandlingen omkring eldre og “multi-syke” pasienter mellom sykehus og primærhelsetjenesten. Perspektivet var altså hele behandlings- og pleiekjeden, ikke bare internt i en organisasjon. Det ble avholdt felles møter mellom alle berørte parter innenfor og utenfor sykehuset hvor man kartla og diskuterte de ulike arbeidsrutinene. Basert på dette gjorde man forandringer. Senere ble slike møter holdt regelmessig for å holde fokuset på kvaliteten i samhandlingen. Fokuset i prosjektet har vært på ”Esther” og hennes opplevelse, heller enn på helsepersonellens oppfattelse.

Noen av de forandringene som har vært gjort i strukturer og rutiner er følgende:

- Primærlegene i området kan til enhver tid ringe bakvakten på medisinsk avdeling for spørsmål som krever umiddelbar beslutningstagning (konkrete spørsmål/råd, diskusjoner om pasienten bør innlegges).
- Primærlegene fikk utvidede fullmakter til å sende pasienter direkte til for eksempel røntgen uten å måtte gå via akuttmottaket (som før). De kunne også arrangere et besøk og eventuell kortvaring innleggelse ved medisinsk avdeling direkte. Dette førte både til mindre press på akuttmottaket (som fikk færre ikke-akutte henvendelser), og til at pasientene fikk raskere hjelp enn ved ordinære henvisninger (hvor ventetiden kunne være flere måneder).
- Oppdatert legemiddelinformasjon ble gjort tilgjengelig for alle (sykehus, primærhelsetjenesten) på nett. Når pasienten skrives ut fra sykehuset, får hun eller han med en dosett med medisiner for de første dagene.
- Når pasienter kommer til akuttmottaket kan personellet nå slå opp i journal fra primærhelsetjenesten på nett (tidligere var ikke denne ikke tilgjengelig).

I prosjektet oppnådde de bl.a. følgende resultater:

- Sykehusinnleggelser falt fra 9300 i 1998 til ca. 7300 i 2003
- Oppholdstiden for hjertesvikt-pasienter falt fra totalt 3500 dager i 1998 til 2500 i 2003
- Ventetiden for nevrologiske konsultasjoner falt fra 85 dager (2000) til 14 (2003)
- Ventetiden for konsultasjoner hos gastroenterolog falt fra 48 dager (2000) til 14 (2003)

OPPGAVE 1: (teller 30%)

Hva er Pasient-fokusert Redesign? Beskriv den grunnleggende tenkningen og hvordan man arbeider innenfor et slikt forbedringsrammeverk. Hvordan synes du at Esther-prosjektet passer overens med dette?

OPPGAVE 2: (teller 30 %)

I Esther-prosjektet var pasientens perspektiv sterkt vektlagt, for eksempel gjennom å stadig spørre seg: "hva er best for Esther?"

- Hvilke positive effekter ble oppnådd ved å gjøre dette?
- Også helsepersonellens og ledelsens perspektiver/interesser er relevante. Hva er risikoen ved å fremheve ett av flere perspektiver eller delmål så sterkt når man skal forandre/forbedre prosesser?
- Ser det ut til at dette har vært et problem i Esther-prosjektet?

(Begrunn svarene på a) og c) ved å vise til hva som sies om Esther-prosjektet i dokumentene du har fått tilgang på, og på b) ved å vise til pensumlitteraturen.)

OPPGAVE 3: (teller 40 %)

Beskriv hva man gjorde og oppnådde i Esther-prosjektet ved å bruke logistikk-begreper. Bruk noen av begrepene (minst 3) som er brukt i kapittel 14.3 til 14.5 (for å karakterisere logistikkprosesser). Beskriv også om prinsipper fra kapittel 14.6 kan gjenkjennes i dette prosjektet (minst 2 stk).

MER INFORMASJON OM CASET:

Det er lagt ut noen flere dokumenter på ClassFronter sammen med oppgaven. Du finner en artikkel fra et internt personalblad og en omtale hentet fra www.ihj.org, (disse to dokumentene er de samme som ble delt ut og diskutert på seminargruppen i uke 41) samt en sluttrapport fra et lignende prosjekt (se nedenfor). Dette skal være tilstrekkelig for å kunne besvare oppgaven. I tillegg kan du søke mer informasjon på internett, og du kan finne noe mer informasjon på Esthers hjemmeside: www.lj.se/esther.

Esther-prosjektet gav startskuddet til flere lignende forbedringsinitiativ. Hilma-prosjektet i Ørebro hadde mest fokus på samhandlingen mellom de ulike omsorgsgiverne i hjemmet (dvs. utenfor sykehus, for eksempel omkring kostholdsproblematikk eller forebygging av fall): <http://www.orebroll.se/hilma>. Kersti-prosjektet i Falun (Dalarna) hadde fokus på utskrivningen fra sykehus og overgangen til hjemmebasert omsorg (hjemmetjenesten og hjemmesykepleien): www.ltdalarna.se/projektkersti (Sluttrapporten herfra er også relevant lesning – så den ligger også på ClassFronter)