

Minimetode 12 mai 2017

OUS er en lærende organisasjon. Dette inkluderer bl a nysgjerrige ansatte som tenker utvikling/endring/forbedring.

I tillegg til å pirre nysgjerrigheten og skape behov for å finne ut mer om temaer som fenger og «er i tiden», skapes også noen Petter Smartere eller «smågryndere».

Når noe leveres inn til metodevurdering, omfatter temaene alt fra begynnende forskning, til små og lure nye løsninger på eksisterende behandlingsmetoder eller arbeidsform/metoder. Dette siste er ofte av en slik karakter at det, etter min mening, bare er å sette i gang. Alle arbeidsplasser bør være i bevegelse og utvikle seg fortløpende. Også innen medisinen.

Det er viktige og nødvendig at noen reiser ut i verden, ser og lytter, og kommer hjem med ny kunnskap og kompetanse som de mener at vi bør få ta del i. Mest imponerende er det at de ønsker dette så sterkt at de setter i gang den byråkratiske prosessen som gjennomføringen av en Minimetode er.

Det skulle bare mangle at vi her hjemme ikke skal få ta del i «nyvinninger» like fort som andre. Vi behøver vel ikke å finne opp kruttet på nytt – bestandig. Det er dessverre slik at kruttet finnes opp på nytt og nytt.

Minimetode 12 mai 2017

Som brukerrepresentant og pasient har jeg nok et annet blikk på sakene enn dere som sitter med medisinskfaglige briller.

Men dere må ikke glemme at det er jeg som skal sitte i sentrum her også

Jeg er glad for at dere er grundige og ikke setter meg i fare. Av og til blir jeg likevel litt utålmodig og synes dere er vel grundige. Men, slik må det vel gjøres om vi skal få fram brukbare, trygge og solide produkter.

Minimetodeutredningene er regelstyrte og underlagt strenge krav om pasientsikkerhet og de er designet ut fra 0-risikoperspektivet.

Men, likevel.....

Pasientørene mine hører nok av og til noe som jeg i utgangspunktet tenker: Er dette noe å lure på da?

Hvis noen finner på noe lurt og smartere og så er det jo bare å legge om og gå videre. Kan ikke kaste bort ressurser på utredning av normal omlegging av nyttige og for meg ufarlige metoder.

Jeg har lyst til å belyse disse refleksjonen ved noen eksempler:

- **IRE- irreversibel elektroporering** ved leversvulster. Her må jeg bruke mine ord som kanskje ikke er hel faglig perfekt.

Dette gjelder ikke mange pasienter, men for dem det gjelder kan de bli kurert. Alternativet er palliativ behandling.

Minimetode 12 mai 2017

Nanokniven som brukes, har ikke tatt livet av noen til nå og den ligger klar på her på sykehuset. Behandlingen er standard ellers i Norden og vi sender våre pasienter til Uppsala til en pris som kunne vært halvert og ikke minst spart pasient og pårørende for mye.

Med kompetanse og kniven på plass. Hva venter vi på? Jo en gjennomført metodeutredning. Så sender vi pasientene til Uppsala så lenge. Det kan ikke være økonomien som er viktig her. Problemet ser ut til å være at pasientpopulasjonen er så liten at det er vanskelig å vise til kgvis med dokumentasjon.

De andre tar sjansen. Hva er vi redde for. Minimetode settes igang, men pasientene sendes fortsatt til Uppsala med sin alvorlige diagnose.

- Prosigna test. Med mine ord er dette en ny testteknologi brukt på pasienter med østrogenreseptorpositiv HER2-negativ tidlig brystkreft. Dette er i utgangspunktet en stor gruppe hvor 25% av pasienten i gruppen kan plukkes ut og slippe tung chemoterapi for sykdommen. Tenk på alle de kvinnen som vil få et helt annet liv, en annen livskvalitet. Dette må jo bety like mye som økonomien? Samfunnsøkonomien i å innføre dette er uten tvil positiv. Det kan ikke være slik at vei sier Penga eller livet?
- Så er det en Petter Smarthistorie:

Minimetode 12 mai 2017

Trådløs pasientovervåking med pulsoksymetri på sengepost. Der kan man sitte på vaktrommet og bli varslet med alarm når de må gå til aksjon. Den eneste ulempen er at romkameratene også våkner av alarmen. Dette skulle kunne fikses. Dette ga minst like trygg overvåkning og bedret arbeidssituasjonen.

➤ Samme Petter Smartteamet: Bruk av **Spot on temperaturmåling perioerativ.**

Metoden innebærer en målesensor som plasseres på pasientens panne for anestesilege og kirurgi. Særlig smart ved barneanestesi. Metoden gir mindre variasjon i temperaturmålingene. Et alternativ her er f.eks rektaltemperaturmåling. Vet ikke hva dere ville foretrukket – lapp i panna eller termometer i rompa?`

Slik kunne jeg holde på. Mange av de innmeldte forslagene nærmer seg forskning og anbefales som det. Mange av prosjektene har stor nytteverdi for oss pasienter, men behandles ikke bare som det. De også skal vurderes etter minimetodekriterier, men både **livskvalitet og enklere pasientliv** bør også være kriterier som vurderes opp mot både medisinske og økonomiske kriterier.

Jeg er av og til forundret over hvor stor vekt det legges på dokumentasjon. Den finner man gjennom søk i bibliotekdatabaser i form av artikler fra ulike anerkjente

Minimetode 12 mai 2017

kilder. Jo fler artikler, desto bedre dokumentert. Få sjekker vel innholdet i disse referansene? Noe er dokumentert bredt, annet mye smalere. Som saken med nanokniv hvor dokumentasjonen selvsagt ble smal pga en meget begrenset pasientpopulasjon. Metoden har ikke tatt livet av noen hittil.

En gang må jo behandlingen være ny. Det er jo heller ikke sikkert at gammel god behandling, som påberoper seg omfattende dokumentasjon sett med dagens øyne, ikke lener seg på utgått viten.

Når er vi sikre nok? Går vi glipp av for mye ved den forsiktigheten som forlanges i dag? Hvor viktig er økonomien i vurderingene? Hindrer pengene at kreftene slippes fri og innovasjonen blir en del av bedriftskulturen?

Et lærende sykehus som nå også er akkreditert som et av Europas beste, tilsier at man gir tillit og ansvar til ansatte med gode ideer og ny kunnskap som kan komme til nytte hos oss også - selv om andre har unnfanget den. Det må gis rom for nysgjerrigheten, innovasjonsevnen til beste for oss pasienter og som stimulans til faglig utvikling og fremadtenkende arbeidsmiljøer.

Vi pasienter er avhengige av at noen gidder, tør og er interesserte nok til at de tar kampen for nyvinninger og nye behandlingsmetoder knyttet til mulighetene i tiden. Jeg føler at jeg kan være trygg på at dere følger med og sender

Minimetode 12 mai 2017

prosjekter inn til metodevurdering. Og, jeg er forventningsfull. Jeg har sett alt for mye lovende blafre litt forbi mitt amatørhode.

Gjør byråkratiet minst mulig! Dere må ta noe sjansen og det må vi pasienter også være villige til.

Minimetode 12 mai 2017