

sbu svarar på kritik:

»Läs hela Alert-rapporten om fönstertittarsjuka«

■ SBU:s (Statens beredning för medicinsk utvärdering) strikta arbetsätt torde vara välbekant för Läkartidningens läsare. Detta arbetsätt och kriterier för slutsatser är en garanti för såväl transparens som pålitlighet och torde också vara garanti för SBU:s goda rykte och stabilitet.

Denna mer övergripande reflektion kan vara värd att minnas när representanter för Otsuka Pharma Scandinavia AB (Läkartidningen 35/2010, sidan 2021) menar att SBU ger en ofullständig beskrivning av effektdata vid fönstertittarsjuka. Om man tar sig tid att läsa hela SBU:s Alert-rapport finns alla Otsukas synpunkter tillgodosedda där. För att sammanfatta:

- Genomsnittlig gångsträckeökning är cirka 50 meter. Om detta är mycket eller lite beror förstås på den enskilde patientens behov. Varje enskild studie redovisas i tabellform, och den maximala gångsträckeökningen varierade från 44 till 237 meter. Även i Cochranes metaanalys anges 50 meters ökning.
- Gångmatta är ett rimligt sätt att objektivera gångsträckan i studier, men det är viktigt att minnas att aldrig så standardiserad lutning och hastighet avsevärt kan skilja sig från patientens vardagssituation med trappor, grusvägar,

trottoarkanter, icke vändande bussar med behov av att öka tempot, inköpskassar att bära på etc.

- Patientnyttan i form av livskvalitet mättes i fyra av de sex granskade studierna. I tre förbättrades livskvaliteten, i en sågs ingen effekt.
- Kostnadseffektivitet finns analyserat endast i en modellstudie.
- Kardiovaskulära riskfaktorer ska självfallet åtgärdas på bästa sätt, men granskning av detta stora problemområde låg utanför SBU:s mandat, vilket endast omfattade effekten av cilostazol.

Vi konstaterade också att säkerheten tycks vara god men menar samtidigt att studier inte är upplagda för att analysera sällsynta och potentiellt allvarliga bieffekter (vilket är ett generellt problem i farmakologiska effekttudier).

David Bergqvist

med dr, överläkare, professor emeritus i kärnkirurgi, Akademiska sjukhuset, Uppsala david.bergqvist@surgsci.uu.se

Olof Rolandsson

docent, distriktsläkare, allmänmedicin, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Juliette Säwe

docent, SBU, Stockholm



Foto: lens johansson

»En aldrig så standardiserad lutning och hastighet på gångmatta kan avsevärt skilja sig från patientens vardagssituation.«

Lean – i tid och otid

■ »Lean« är ett begrepp som kommit in i sjukvården. Vad är nu detta? På engelska betyder det slank eller till och med mager. Det kan också betyda luta eller stå snett. Och något snett kanske det är.

Det handlar om en produktionsmodell för industrin. En del tror det kommer från Toyota, men det är mycket äldre än så – vi får gå tillbaka till Henry Fords bilfabrik. Där uppfann man det löpande bandet med arbetare som gjorde var sitt moment på bilen. En arbetare ansågs utbytbar, var och en gjorde bara något handgrepp. Det skulle gå så fort som möjligt, och magert. Mannen bakom detta hette Taylor – därav »taylorismen«.

Den värsta avarten var när man började med tidsstudier av de olika momenten, som kopplades i detalj till arbetarens lön och ackord. Så småningom gick man ju ifrån detta och skapade det som heter »human relations«, då man insåg att en bilarbetare också är en människa som kan tänka själv, ta ansvar och fungera i en grupp.

Nu är vi fortfarande på 1940-talet. Mycket gjordes på Tavistock Institute i England för att utveckla ledarskap och lära sig gruppdynamik.

På något sätt, via ekonomer och konsulter, har nu detta gamla synsätt på produktion smugit sig in i sjukvården. Men är vården en bilfabrik? Eller är patienterna mjölkpaket?

Såg nyligen i Göteborgs-Posten en annons där Arla sökte Leanspecialister. Kanske bra för dem, men om det nu hamnar sig så att det kommer ett mjölkpaket som är senilt, inte hör så bra och som gjort ner sig i sängen?

Eller ett paket som har autism och som biter personalen?

Eller ett paket som blöder



Leanprojekt i industrin.

2–3 liter och där det måste göras en katastrofhysterektomi?

Var hamnar vi då?

Ett begrepp i Lean är att allt ska vara »just in time« och att resursen som behövs ska vara på plats. Så det vill till att det finns en jourläkare på akuten »just in time« och att allt annat i »processen« flyter för just den patienten just då. Gör det det? Har vi det så?

En »lean« organisation är inte detsamma som en anorektisk. Det måste t ex finnas bemanning och sängplatser.

Om det ska bli resultat-kvalitet så behövs det strukturalitet. Och processkvalitet.

Vad är nu detta?

Strukturen är ju att det finns en ambulans, ett sjukhus, utrustning och lokaler osv. Kanske kan man hänföra en del av organiseringen till detta begrepp.

Processen är personalen med dess kompetens, samarbetet i gruppen och den »mjuka« delen av vårdförloppet – omhändertagandet av den som är sjuk och som är en rädd människa som har ont, och som inte är en bil.

Människor är väl ändå inga bilar eller mjölkpaket?

Om vi nu ska satsa på processkvalitet så behövs det folk och sängar.

Kostar det pengar? Ja.

Kanske finns det en del att hämta i de medel som går till konsulter och ekonomer?

Ingmar Fagerlund

specialist i allmänmedicin och företagshälsovård, Skene Vårdcentral

ingmar.fagerlund@vgregion.se