

# Behandlingsresultatet viktigare som kvalitetsmarkör än tillgängligheten

Vi önskar även i vårdvalsdiskussionen att man i första hand riktar resurser mot den för patienten viktigaste kvalitetsmarkören, det vill säga behandlingsresultatet. Det skriver artikelförfattarna med anledning av LTs intervju med Filippa Reinfeldt.

## **BÖRJE ÅKERLUND**

överläkare, infektionskliniken  
borje.akerlund@karolinska.se

## **KURT GEROK-ANDERSSON**

överläkare, endokrinologiska  
kliniken

## **HÅKAN HEDLUND**

överläkare, ortopediska kliniken;  
samtliga vid Karolinska  
Universitetssjukhuset Huddinge

I en intervju i Läkartidningen 22/2008 (sidorna 1638-41) utvecklar sjukvårdslandstingsrådet

Filippa Reinfeldt sin syn på sjukvården i Stockholm. Hon ger en nyanserad beskrivning av det för Alliansen så centrala begreppet vårdval. Filippa Reinfeldt betonar särskilt

kvalitet i vården och att en av de viktigaste frågorna i dag är att »inför patientvalsmodeller göra olika kvalitetsparametrar, till exempel väntetider, tillgängliga«.

**Nästa steg i utvecklingen** av en förbättrad sjukvård, som intervjun berör, är att avkräva vården användbara mått på kvalitet. Visserligen kan man anse att kvalitetsfaktorer utgörs såväl av bemötande som av väntetider och tillgänglighet. För den vårdsökande bör dock det bästa tänkbara behandlingsresultatet vara det mest angelägna kvalitetsmålet. Man kan som i intervjun ondgöra sig över bristande

tillgänglighet, men för vårdtagaren är sannolikt den avgörande frågan om behandlingsresultatet blir optimalt.

På frågan hur man ska veta om kvaliteten blir bättre med ökad mångfald svarar Filippa Reinfeldt att man har ställt krav på inrapportering av vissa fakta och nyckeltal för att kunna mäta och göra kvalitetsjämförelser. Tyvärr utan att närmare precisera eller exemplifiera vad dessa fakta och nyckeltal utgörs av.

**Vid Karolinska** Universitetssjukhuset Huddinge har infektions- och ortopedkliniken sedan 1994–1995 bedrivit en klinikövergripande verksam-



Intervjun med Filipa Reinfeldt publicerades i LT 22/2008.

het kring patienter med ortopediska infektioner. För den stora gruppen patienter med diabetessjukdom och avancerad fotproblematik har även endokrinologisk och kärnkirurgisk klinik innefattats i det multidisciplinära arbetet. Efter några års kliniskt arbete uppkom ett behov av kvalitetssäkring, för att klargöra i vad mån det resurskrävande arbetet kring patienter med avancerad fotproblematik givit önskat resultat. Med utgångspunkt i två viktiga parametrar – amputationsfrekvens samt »läkt« sår – initierades 1997 detta kvalitetssäkringsarbete, som därefter fortsatt och resulterar i en årlig rapport.

**Vi har under de år** som denna kvalitetssäkring ägt rum kunnat konstatera att amputationsfrekvensen sjunkit ner till den lägsta nivå som rapporteras internationellt. Vi har även noterat att man i andra delar av Europa funnit vårt sätt att mäta kvalitet användbart för denna patientgrupp [1]. Tyvärr har regionala siffror att jämföra våra data med varit svårfunna.

Vår förhoppning är nu att den av Filipa Reinfeldt använta utvecklingen av sjukvården i Stockholm med inriktning på kvalitetsmått ska bidra till att generera dessa kvalitetsdata. Storstockholms Diabetesförening har som patientorganisation insett värdet av ett kvalitetssäkrat patientarbete och stött oss i vår strävan att ytterligare förbättra

ra vården för patienter med diabetes och fotproblematik inom Stockholms läns landsting.

**När den kvantitativt stora** gruppen diabetesfotpatienter med risk för amputation genom ett kvalitetssäkrat multidisciplinärt omhändertagande i dag erbjuds bästa tänkbara sjukvård vid Karolinska Universitetssjukhuset, har vårt intresse utvidgats till att omfatta ett annat viktigt område. I LT-intervjun utpekades inför nästa år höft- och knäprotesoperationer som viktiga delar av vården i Stockholm där vårdvalsmöjligheter ska ges. Vi uppfattar att det, för att det ska finnas ett verkligt vårdval i denna vällovliga satsning, även måste finnas en beredskap för det oönskade, det vill säga operationskomplikationer.

I den ortoped-/infektionsverksamhet som sedan 1995 utvecklats på Karolinska Huddinge, blir nästa kvalitetssäkringsprojekt därför protesinfektion hos protesopererade patienter. Med utgångspunkt i kvalitetssäkringen hos diabetesfotpatienter kommer Karolinska Huddinge att årligen kunna redovisa såväl behandlingsresultat som behandlingsmodell för denna patientgrupp.

Vårt arbete grundar sig på de internationella rekommendationer i handläggningen av patienter med protesinfektion som resulterat i förbättrat slutresultat för detta svåra tillstånd [2]. En intakt

protesfunktion i kombination med en utläkt infektion kommer ett utgöra primära kvalitetsmarkörer.

**Vi anser att vårdvalet** bör utvecklas till att även innefatta en strategi för de fall där en oönskad infektionskomplikation hotar ett i övrigt fullgott operationsresultat. Med information till patienter, som ska genomgå en höft- eller knäprotesoperation, om att det finns ett systematiskt, kvalitetssäkrat omhändertagande av eventuella infektionskomplikationer anser vi att patientens vårdval förenklas.

Patientens valsituation är i sig mycket svår då det, som påpekas i Göran Garellicks kommentar i LT (sidan 1640), ur tillgängliga register inte går att avgöra om patientunderlaget ökar risken för komplikationer och därmed felaktigt ger en kirurgiskt kompetent klinik »sämre« resultat än en klinik utan svåra riskpatienter. Vi ser i denna svåra valsituation en trygghet i att kunna erbjuda ett optimalt omhändertagande av en eventuell infektionskomplikation.

Då protesinfektioner jämfört med fotproblematik hos diabetespatienter utgör ett kvantitativt mindre medicinskt problem ser vi här en möjlighet till en centralisering inom Stockholms läns landsting av denna verksamhet. Denna regionala centralisering, innefattande en kontinuerlig kvalitetssäkring, skulle kunna vara ytterligare ett sätt att optimalt utnyttja resurser och kompetens och därmed ytterligare stärka patienternas vårdval.

**Vi uppfattar dock inte** att de sanktioner, som redovisas i LT-intervjun med Filipa Reinfeldt, är den väg som vare sig kommer att öka vårdgivarnas rapportering eller stimulera deras intresse för kvalitetssäkringsarbete inom ovan exemplifierade områden eller inom andra fält.

Vi tror i stället att man genom incitament eller belöningssystem säkrare uppnår

en önskad kvalitetssäkring inom olika verksamheter. Detta i sin tur gör det möjligt för patienter och beslutsfattare att bedöma sannolikheten för det optimala behandlingsresultatet hos olika vårdgivare. Att sedan kvalitetssäkringen i sig kan utgöra ett viktigt instrument i den egna verksamhetens utvecklingsarbete och även bli en bekräftelse på uppnådd framgång blir ytterligare en bonus i sammanhanget.

**Vi önskar med denna** kommentar till LT-intervjun med Filipa Reinfeldt fördjupa frågeställningen hur sjukvården inom Stockholms läns landsting bättre ska ta sin utgångspunkt i de människor den är till för, det vill säga patienter med behov av vård för stora folksjukdomar som till exempel diabetes, reumatoid artrit, kroniskt obstruktiv lungsjukdom, stroke och depression.

**Vi önskar även i** vårdvalsdiskussionen att man i första hand riktar resurser mot den för patienten viktigaste kvalitetsmarkören, det vill säga behandlingsresultatet. Vi ser i våra exempel en väg mot det mål som vi delar med Alliansen, det vill säga en bra sjukvård med hög kvalitet och inbyggd kvalitetssäkring. Det är först med en kvalitetssäkring som patienten ges möjlighet till ett *verkligt* vårdval.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

**REFERENSER**

1. Anichini R, Zecchini F, Cerretini I, Meucci G, Fusilli D, Alviggi L, et al. Improvement of diabetic foot care after the implementation of the international consensus on the diabetic foot (ICDF): Results of a 5-year prospective study. *Diabetes Res Clin Pract.* 2007;75:153-8.
2. Betsch B, Eggli S, Siebenrock, Täufer M, Muhlemann K. Treatment of joint prosthesis infection in accordance with current recommendations improves outcome. *Clin Inf Dis.* 2008;46:1221-6.