

# Hofte- og knæalloplastikkernes indhug i sundhedsbudgettet

Hofte- og knæalloplastik er to af de mest almindelige kirurgiske procedurer i det moderne sundhedsvæsen. For de fleste patienter er udkommet positivt såvel klinisk som socialt, idet de efter proceduren kan vende tilbage til deres sædvanlige liv. Derfor betragtes procedurerne også som omkostningseffektive i forhold til, hvad vi ellers bruger ressourcerne i sundhedsvæsenet på.

I studiet af *Kjellberg & Kehlet* sammenlignes omkostninger i sundhedsvæsenet og omkostninger for hjemmehjælp samt indkomsttab for borgere, der får hofte- eller knæalloplastik, med omkostninger og indkomst for borgere, der ikke får disse procedurer [1] (dette nummer af Ugeskrift for Læger, s. 1591). Sammenligningen baseres på borgere, der er blevet opereret i perioden 1998-2011, og en kontrolgruppe, som er matchet på køn, alder, civilstatus og geografi, men ikke på helbredsstatus eller socialgruppe. Det store spørgsmål er derfor, om den forskel, som man finder i omkostninger, kan tilskrives forløbet, der har ført til hofte- og knæalloplastik, og udkommet heraf, eller skyldes forskellen snarere, at grupperne er forskellige ud over forløbene med hofte- og knæalloplastik?

Et andet og måske mere påtrængende spørgsmål er, om procedurerne administreres optimalt, mht. hvem der får dem, og hvor mange der udføres. I et amerikansk studium fremsættes en prognose, hvor antallet af primære totale hofte- og knæalloplastikker vil stige med henholdsvis 174% og 673% frem mod 2030 [2]. I absolutte tal foretages der ifølge de danske kliniske kvalitetsdatabaser allerede 8.000-10.000 primære alloplastikker af hver type årligt. Det svarer i DRG-værdi alene til 1,5-2 mia. kr. eller mere end 1% af det samlede budget for sundhedsvæsenet.

Ovenstående kan fint være samfunds- og sundhedsøkonomisk hensigtsmæssigt, i hvert fald så længe evidensen, der viser, at hofte- og knæalloplastik er omkostningseffektivt, fortsat holder vand. Dvs. så længe der ikke sker et skred i indikationstærskel eller patientkarakteristika med betydning for omkostningseffektiviteten. I studiet af *Kjellberg & Kehlet* beskæftiger man sig desværre ikke med tidstendenser for hverken procedure- eller patientkarakteristika, hvilket kan synes at være noget ærgerligt, da det jo er baseret på noget af verdens fineste datamateriale.

I den internationale litteratur er der på den ene side

evidens for, at stigningstakten i kirurgiske indgreb ikke overgår stigningstakten i forekomsten af sygdom [3], og på den anden side er netop disse kirurgiske procedurer nogle af dem, der fremhæves inden for den såkaldte variationsforskning, hvor forskelle i forbrugsrater på tværs af geografiske regioner undersøges.

I en OECD-rapport konkluderer man, at raten for knæalloplastik er fire gange højere i f.eks. Finland, Tyskland og Canada end i f.eks. Portugal [4]. Tilsvarende konkluderer man, at raterne inden for landegrænser også varierer typisk med en faktor 2-3 og i enkelte tilfælde som f.eks. i Canada med en faktor 5. Danmark er desværre ikke medtaget i denne sammenligning. Raterne for hoftealloplastik er undersøgt i et andet OECD-arbejde, hvor der også dokumenteres en betydelig variation. Her ligger Danmark i topfem, hvad angår den rå rate, og markant over OECD-22-gennemsnittet for stigningstakt i 2000-2009 [5].

Der kan være mange grunde til variation i raterne for hofte- og knæalloplastik på tværs af geografi, og man bør derfor altid være forsigtig i fortolkningen af sådanne resultater. Overordnet kan man sige, at hvis praksis følger evidensbaserede kliniske retningslinjer, må variationen afspejle forskelle i behov og derfor være ønsket. Skyldes variationen i stedet det, man kunne kalde stærekasseeffekt, praksisstil eller uhensigtsmæssig organisering af sygdommens håndtering overordnet, vil man typisk tale om uønsket variation.

Sådanne overvejelser kunne måske føre til nye idéer til, hvordan de unikke danske data på området fra både de kliniske kvalitetsdatabaser og de nationale registre kunne anvendes til at understøtte, at vi fra såvel et klinisk som et samfunds- og sundhedsøkonomisk perspektiv administrerer behandlingsmulighederne på bedst mulig vis.

## LITTERATUR

1. Kjellberg J, Kehlet H. A nationwide analysis of socioeconomic outcomes after hip and knee replacement. *Dan Med J* 2016;63(8):A5257.
2. Kurtz S, Ong K, Lau E et al. Projections of primary and revision hip and knee arthroplasty in the United States from 2005 to 2030. *J Bone Joint Surg Am* 2007;89:780-5.
3. Culliford DJ, Maskell J, Kiran A et al. The lifetime risk of total hip and knee arthroplasty: results from the UK general practice research database. *Osteoarthritis Cartilage* 2012;20:519-24.
4. OECD. Geographic variations in health care: what do we know and what can be done to improve health system performance? OECD Publishing, 2014.
5. McPherson K, Gon G, Scott M. International variations in a selected number of surgical procedures. OECD Publishing, 2013.

## LEDER

Rikke Søgaard

Ugeskr Læger  
2016;178:V68501

## KORRESPONDANCE:

Rikke Søgaard,  
Institut for Folkesundhed  
og Institut for Klinisk  
Medicin, Aarhus Universi-  
tet. E-mail: rs@ph.au.dk

**INTERESSEKONFLIKTER:**  
ingen. Forfatterens ICMJE-  
formular er tilgængelig  
sammen med artiklen på  
Ugeskriftet.dk