

INGEMAR ECKERLUND
ULF GERDTHAM
BENGT JÖNSSON

Ekonomiska aspekter på variationer i medicinsk praxis

Det finns en betydande potential för såväl produktivets- som effektivitetsökning i den svenska hälso- och sjukvården. Det hävdar Ingemar Eckerlund, Ulf Gerdtham och Bengt Jönsson mot bakgrund av en diskussion om orsaker till och konsekvenser av förekommande variationer i medicinsk praxis.

1. Sjukvård under debatt

Hälso- och sjukvården står mer än någonsin i fokus för samhällsdebatten. Allting ifrågasätts – innehåll såväl som utformning. Intresset för alternativa organisationsformer och nya ekonomiska styrsystem har ökat markant under senare år. På flera håll i landet pågår vårdorganisatoriska experiment och försöksverksamheter, där man på olika sätt strävar efter att komma till rätta med sjukvårdens produktivets- och effektivitetsproblem.

I detta sammanhang har Studieförbundet Näringsliv och Samhälle (SNS) tagit ett lovvärt initiativ genom att inbjuda en in-

ternationell panel bestående av fem framstående hälsoekonomer att granska det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Panelens analys och slutsatser, som dokumenterats i en SNS-rapport (Culyer [1992]), erbjuder mycket intressant läsning.

Ekonompanelens övergripande slutsats är att den svenska hälso- och sjukvården knappast befinner sig i en reell "kris", men att det finns många (interagerande) problem. Dessa problem anses emellertid inte vara unika för Sverige, utan återfinns i en eller annan, mer eller mindre allvarlig form i de flesta västerländska sjukvårdssystem. Man varnar för ett kritiklöst anammande av utländska förebilder och nya oprövade idéer, liksom för en övertro på marknad och konkurrens som universalhjälpmedel inom vårdsektorn.

Det finns dock enligt panelen utrymme för väsentliga förbättringar i den svenska modellen. Bl a föreslås att man skall försöka främja ändamålsenlighet och effektivitet i sjukvården genom att utmönstra obefogade praxisvariationer och genom att etablera *gold standards* för det medicinska handlandet. Syftet med denna artikel är att diskutera tänkbara orsaker till och ekonomiska konsekvenser av variationer i medicinsk praxis, samt möjligheterna att påverka praxis.

*Pol mag INGEMAR ECKERLUND är doktorand i hälsoekonomi vid Centrum för hälsoekonomi, Handelshögskolan i Stockholm, samt utredare vid Spri.
Fil dr ULF GERDTHAM är verksam vid Centrum för hälsoekonomi, Handelshögskolan i Stockholm.
Professor BENGT JÖNSSON är verksam vid Centrum för hälsoekonomi, Handelshögskolan i Stockholm.*

2. Vad är praxis?

"Praxis" används i medicinska sammanhang som ett sammanfattande uttryck för vad som anses vara adekvat vård – med hänsyn tagen till såväl vetenskap och beprövad erfarenhet som rådande resursmässiga, geografiska, organisatoriska och andra givna förutsättningar. Detta innebär tex att praxis vid ett litet glesbygds-sjukhus av naturliga skäl kan avvika från praxis vid ett högspecialiserat universitetssjukhus.

Erfarenheten visar emellertid att praxis även vid likartade förutsättningar beträffande resurser, organisation etc ofta varierar kraftigt mellan olika vårdenheter inom samma medicinska verksamhetsområde.

I detta sammanhang är det praxis i denna snävare mening som är mest intressant, dvs där skillnader i praxis kan härledas från skilda uppfattningar och bedömningar hos ansvariga läkare rörande vad som i en given situation är adekvat vård.

Ett – ganska mödosamt – sätt att identifiera variationer i medicinsk praxis är att direkt kartlägga hur olika patientgrupper tas om hand inom olika delar av sjukvården. Ett annat sätt är att, med utgångspunkt från tillgänglig statistik avseende resursutnyttjandet i sjukvården, försöka isolera effekten av skillnader i praxis. Vi diskuterar i denna artikel den senare metoden.

3. Variationer i resursutnyttjande

Det är väl dokumenterat att det förekommer betydande variationer i resursutnyttjandet inom hälso- och sjukvården. Frekvensen av inläggningar på sjukhus, olika kirurgiska ingrepp, medelvårdtider för olika diagnoser etc har kartlagts i en lång rad studier sedan slutet av 1960-talet. Variationer förekommer på alla nivåer och inom alla specialiteter. Det som tilldragit sig störst intresse är regionala variationer (*small area variations*) inom enskilda län-

der, men även skillnader mellan olika länder har studerats (Ham [1988], Ryan & Mooney [1991], Phelps [1992]).

De flesta studier härstammar från Nordamerika och Storbritannien men också i de nordiska länderna har en hel del studier gjorts. Det finns sålunda många exempel från svensk sjukvård som visar på stora och svårförklarliga variationer i resursutnyttjande. I *Tabell 1* ges några exempel.

Rapporter om denna typ av variationer har tilldragit sig allt större intresse i den sjukvårdspolitiska debatten. Ofta har de åtföljts av förhoppningar om att variationerna i sig innebär möjligheter till besparingar eller effektivisering. Detta är i och för sig inte orimligt, eftersom många studier tyder på att variationerna inte kan förklaras av skillnader i "sjuklighet" (Wennberg [1984], Ryan & Mooney [1991]).

För att kunna dra några slutsatser om potentialen för besparingar/effektivisering krävs dock närmare analys av *orsakerna* till de registrerade skillnaderna, vilka *konsekvenser* i olika avseenden – bla ekonomiska – de medför, samt mot bakgrund därav *möjligheterna att påverka* olika faktorer som styr resursutnyttjandet. Här är litteraturen påtagligt mera begränsad.

4. Förklaringar

Det är framför allt inom den epidemiologiska forskningen som man har försökt att – med statistisk metodik – analysera orsakerna till påvisade variationer. Förutom rent slumpmässig variation brukar man skilja mellan systematisk variation hänförlig till

- *patientrelaterade faktorer* (ålder, kön, sjuklighet, förväntningar, benägenhet att söka vård, etc),
- faktorer som har att göra med *resurstillgång* (läkartillgång, vårdnivå, etc), samt
- faktorer som hänger samman med *vård-*

Tabell 1 Exempel på variationer i resursutnyttjande på klinisknivå inom svensk hälso- och sjukvård (1988).

	<i>min</i>	<i>m</i>	<i>max</i>
Medelvårdtid, höftplastiker; dagar	11,8	16,2	23,6
Medelvårdtid, BB; dagar	3,5	5,4	7,2
Kejsarsnittsfrekvens; %	5,6	10,9	17,6
Kataraktoperationer; andel i öppen vård; %	0	24,0	96,0
Inläggningar/1000 inv; hudklinikerna	0,2	0,8	1,2
Gynekologiska skrapningar/1000 kv >15 år	3,7	9,6	19,4

Källa: Spri.

policy (behandlingstradition, "klinisk praxis", etc).

Med ekonomisk terminologi motsvarar de två första grupperna efterfråge- respektive utbudspåverkande faktorer. Den tredje gruppen faktorer berör i princip både utbud och efterfrågan. Tillämpad praxis är ju i viss mening en precisering av utbudet, men kan också ses som en del av efterfrågan (sekundärefterfrågan), som genereras av läkaren (motsvarande) i dennes egenskap av företrädare (agent) för patienten (principalen).

Även om man ofta haft betydande mätproblem, så tyder relativt samstämmiga erfarenheter av tillgängliga studier på att patientrelaterade faktorer generellt sett förklarar ganska litet av förekommande variationer på klinisknivå. Efterfrågesidan tycks alltså ha begränsad betydelse. Utbudsfaktorer av typen vårdplats- eller läkartillgång kan i vissa fall förklara en hel del av variationerna, t ex när det gäller inläggningsfrekvens eller andelen polikliniska operationer (Evans [1990], Ham [1988], Wennberg [1984]).

Den viktigaste förklaringen tycks emellertid ofta vara skillnader i vårdpolicy, klinisk praxis eller *practice style factor*. Samma sorts patienter behandlas alltså på olika sätt. Ledande forskare inom den kliniska epidemiologin har hävdad att detta till stor del beror på "professionell osäkerhet" (Wennberg [1984]). Finns det

flera alternativa metoder att diagnostisera eller behandla en viss sjukdom är det naturligt att praxis varierar. Ofta går det inte att på objektiva, vetenskapliga grunder hävda att en viss metod generellt sett är överlägsen alla andra.

Denna uppfattning har ganska länge dominerat diskussionen och styrkts genom studier som visat att variationen oftast är mindre i de fall det finns professionell konsensus om vad som är "bästa praxis" (Ham [1988], Ryan & Mooney [1991]).

Enligt detta synsätt kan praxisvariationer alltså vara mer eller mindre rationellt betingade. I den mån skillnaderna beror på bristande kunskaper, information eller kompetens hos den ansvariga personalen kan de emellertid vara tecken på utrymme för produktivitet- och effektivitetssökning.

Under senare år har teorin om "professionell osäkerhet" dock ifrågasatts. Om den vore riktig borde ju information om förekommande variationer stimulera till forskning och utvärdering, och osäkerheten så småningom skingras. Så tycks emellertid inte ha skett i någon större utsträckning. Variationerna består över tiden, även när det gäller teknologier som varit i bruk lång tid (Ryan & Mooney [1991]).

Som alternativ förklaring har man lanserat teorin om "professionell säkerhet". Var och en är säker på att han/hon gör

rätt, hur olika man än gör. Praxis påverkas också av lakarnas benägenhet att ta "kalkylerade risker" i diagnostik och behandling, som till stor del beror på erfarenhet, kompetens och personlig attityd. Det finns alltså skilda – mer eller mindre välgrundade – attityder och uppfattningar hos den ansvariga personalen (läkaren) om vad som i en given situation är adekvat praxis, dvs *vad* som skall göras *lik-som när och hur, var* och *av vem*.

Slutsatsen av detta blir dels att oenighet om vad som är "bästa praxis" inte är det-samma som osäkerhet, dels att det behövs någon form av incitament – utöver information – för att påverka praxis i riktning mot "bästa praxis".

5. Konsekvenser

Variationer i klinisk praxis kan uppenbarligen ha såväl medicinska/kvalitetsmässiga som ekonomiska/resursmässiga konsekvenser. De försök som gjorts att belysa de ekonomiska konsekvenserna av praxisvariationer har emellertid oftast varit schablonmässiga beräkningar av typen "potentiell besparing om alla studerade enheter låg på minimi-frekvensen av en viss operation".

Forutom att sådana beräkningar rent metodologiskt är tvivelaktiga – bl a eftersom de registrerade mätvärdena aldrig kan ta hänsyn till alla relevanta förutsättningar och kunskapen om vad som är "rätt" praxis är begränsad – så ger de oftast en felaktig bild av de verkliga besparingsmöjligheterna. Detta sätt att räkna har också med rätta kritiserats (Jönsson & Lindgren [1979]).

Från ekonomisk synpunkt är ju den centrala frågeställningen i sammanhanget huruvida den faktiska fördelningen och användningen av tillgängliga resurser är effektiv, eller om det är möjligt att genom omfördelning och alternativt utnyttjande få ut mera (nytta) av insatta resurser. För att kunna bedöma detta måste man i princip relatera respektive alternativs medi-

Tabell 2 Kataraktoperationer, antal och kostnader (1992 års priser).

	1988	1992
Kataraktoperationer, antal	25 200	35 400
Genomsnittlig kostnad/operation	10 100:-	5 800:-
Andel ambulanta operationer	24%	72%

Källa: Spri, Landstingsförbundet och Socialstyrelsen, samt egna beräkningar.

cinska/hälsomässiga effekter till dess resursmässiga konsekvenser, dvs genomföra regelrätta hälsoekonomiska utvärderingar.

Tyvärr är det f n svårt att göra invändningsfria beräkningar av effektivitet (och produktivitet) inom sjukvården. De hälsomässiga effekterna av sjukvårdens insatser är ofta svåra att identifiera och mäta. Vanligen är inte heller prestationerna klart definierade. Därtill kommer att dagens ekonomiska redovisning inte utan vidare medger någon direkt koppling mellan prestation och kostnad, vilket gör att även i och för sig enkla beräkningar är svåra att genomföra.

För att ändå ge en viss uppfattning om "potentialen" för effektivisering inom sjukvården kan man ta ett aktuellt exempel från ögonsjukvården, nämligen kataraktkirurgi (operationer av grå starr). I *Tabell 2* visas antalet kataraktoperationer i Sverige år 1988 och 1992, samt uppskattade kostnader för dessa.

Skillnaden i kostnad per operation mellan de båda åren beror till stor del på att verksamheten i allt större utsträckning sker ambulanta, dvs utan att patienten stannar kvar på sjukhuset över natten. Det faktum att andelen ambulanta operationer så sent som 1991 varierade mellan 0–98 procent vid landets ögonkliniker antyder att det finns ytterligare "vinster" att göra.

Motsvarande beräkningar inom andra delar av sjukvården skulle med all sannolikhet förstärka denna bild.

6. Påverkansmöjligheter

I det svenska sjukvårdssystemet är praxisvariationerna inom en enskild klinik som regel obetydliga, vilket är en naturlig konsekvens av vårt system med sjukhusanställda läkare och särskilt utsedda chefsöverläkare med ett samlat ansvar för klinikkens verksamhet. Detta innebär att den intressanta enheten då man studerar praxisvariationer i svensk sjukvård är *kliniken*, inte den enskilde läkaren. Detta faktum är viktigt inte minst då det gäller att försöka påverka praxis.

Erfarenheten visar, som ovan nämnts, att det är svårt att påverka praxis med enbart information. Vissa försök som gjorts att komplettera redovisningar av förekommande variationer med hälsoekonomiska resonemang om alternativkostnader och tentativa beräkningar av "omfördelbara resurser", har dock visat sig kunna stimulera till diskussion och ifrågasättande – och ändring – av gällande praxis (Spri, rapport 305).

En tydligare beskrivning av de ekonomiska konsekvenserna (av olika praxis) skulle sannolikt vara till stor nytta då det gäller att påverka praxis. En ytterligare förutsättning är att kunskaperna utvecklas om vad som är "bästa praxis", med hänsyn tagen till såväl medicinska som ekonomiska och andra effekter. Faktum är att flertalet av de metoder och rutiner som tillämpas inom hälso- och sjukvården saknar vetenskapligt stöd.

Under senare år har emellertid en ökad satsning gjorts på utvärdering av medicinsk teknologi. Bl a har en särskild statlig myndighet, Statens Beredning för Utvärdering av medicinsk metodik (SBU), inrättats. Dess arbete med att sammanställa tillgängliga kunskaper om olika medicinska metoders kostnader och nytta utgör en viktig grund för sådana *gold standards* (vårdprogram) som de fem hälsoekonomerna efterlyser.

Omvänt kan systematiska studier av praxisvariationer, kompletterade med or-

saksanalyser och konsekvensbeskrivningar, ge viktigt underlag för att prioritera bland olika tänkbara projekt för utvärdering av medicinsk teknologi, i regi av SBU eller annan.

7. Slutsatser

De fem hälsoekonomerna som granskat den svenska hälso- och sjukvården har naturligtvis rätt i att vi på många sätt har en mycket bra sjukvård i Sverige, och att vi därför bör gå försiktigt fram i våra "systemförändringar". Icke desto mindre innebär förekommande praxisvariationer med all sannolikhet att det finns en betydande potential för såväl produktivitetssom effektivitetssökning.

Litet förenklat kan man säga att produktivetsproblemen beror på att man gör saker "på fel sätt", medan effektivitetsproblemen beror på att man gör "fel saker".

Ett exempel på produktivetsproblem i sjukvården är att det ofta finns betydande variationer i vårdtid för en och samma patient-/diagnosgrupp. Detta tyder på att man på sina håll använder mer resurser än nödvändigt för att utföra vissa prestationer, eller med andra ord att den tillämpade produktionsteknologin inte är optimal.

Effektivitetsproblem förekommer både i form av överutnyttjande och underutnyttjande av vårdresurser. I det förra fallet handlar det om att man överskrider indikationsgränserna, t ex genom att använda en viss medicinsk teknologi bortom den punkt där den potentiella marginalnyttan för patienten uppvägs av marginalkostnaden, inklusive ökad risk. I det senare fallet har man inte utnyttjat teknologins möjligheter fullt ut, vilket innebär en välfärdsförlust på grund av underutnyttjande. Man gör rätt, men för litet. Den totala nyttan av sjukvårdens resurser kan alltså ökas genom omfördelning till denna senare typ av användningsområden.

En svårighet i samband med analys av

praxisvariationer är att skilja på befogade och obefogade variationer. Dels kan det, bla till följd av den snabba medicinska kunskapsutvecklingen, ibland finnas rationella skäl till att praxis varierar. Dels kan det även i optimum vara befogat med viss praxisvariation, förutsatt att det avspeglar skillnader i patienternas preferenser.

En uppenbar slutsats är emellertid att ekonomiska argument kan och bör spela en viktig roll i den "incitamentsstruktur" som behöver tas fram för att styra praxis mot "bästa praxis". Metodiken för att beskriva de ekonomiska konsekvenserna av praxisvariationer behöver utvecklas. Detta är en viktig uppgift för den hälsoekonomiska forskningen.

Referenser

- Culyer, A J, m fl [1992], *Svensk sjukvård bäst i världen?* SNS Förlag, Stockholm.
- Evans, R G, [1990], "The Dog in the Night – Medical Practice Variations and Health Policy". I Andersen, T F, Mooney, G, (red), *The Challenges of Medical Practice Variations*. Macmillan, London.
- Ham, C, [1988], "Health Care Variations – Assessing the Evidence". Research report number 2. The King's Fund Institute, London.
- Jönsson, B & Lindgren, B, [1979], "Samhälls-ekonomisk vinst av tidig hemsändning – fem vanliga misstag vid bedömningen". *Läkartidningen*, årg 76, s 3994–3998.
- Landstingsförbundet och Socialstyrelsen [1992], *Uppföljning av 1992 års vårdgaranti*. 1:a avrapporteringen januari–augusti 1992. Stockholm.
- Mooney, G & Ryan, M, [1991], "Rethinking Medical audit : The Goal is Efficiency". HERU, University of Aberdeen. Discussion paper 06/91.
- Ryan, M & Mooney, G, [1991], "Research into Medical Practice Variations – Where now? A paper for debate". HERU, University of Aberdeen. Discussion paper 04/91.
- Phelps, C E, [1992], Diffusion of Information in Medical Care. *Journal of Economic Perspectives*, vol 6, s 23–42.
- Spri-rapporter (261, 305, 308, 330, 334).
- Wennberg, J E, [1984], "Dealing with Medical Practice Variations – a Proposal for Action". I *Health Affairs*, Summer 1984;3, s 6–32.
- Specificering av Spri-rapporter i referenslistan:
- Spri, [1989], "Gråstarrsoperationer. Kostnader och nytta av intraokulär lins". Spri rapport 261, Stockholm.
- Spri, [1991], "Kvinnoklinikerna 1983–1988. Jämförande studie av resurstillgång och resursutnyttjande". Spri rapport 305, Stockholm.
- Spri, [1991], "Ortopedi. Rapport från Dagmar 50-projektet". Spri rapport 308, Stockholm.
- Spri, [1992], "Hud- och könssjukvård – specialitet i förändring". Spri rapport 330, Stockholm.
- Spri, [1992], "Ogonsjukvården 1988–1991 – resultat och erfarenheter av utvecklingsarbete med kontinuerlig verksamhetsuppföljning". Spri rapport 334, Stockholm.