

Replik:

Gyllerup faller på eget grepp

Vi föreslår ett enhetligt system som bygger på att befolkningen väljer bland konkurrerande primärvårdsalternativ. Då kan de »huvudsakliga brukarna«, liksom andra, välja den lösning som passar dem bäst. Om det stämmer bättre överens med befolkningens preferenser blir det ändå kostnadseffektivt och därmed försvarbart.

Det är tydligt att Gyllerup inte gillar resultaten av vår studie. Ett klassiskt knep är då att försöka reducera trovärdigheten hos dem som svarar för budskapet, t ex genom att kritisera insamling och bearbetning av data. Gyllerup avslöjar dock i första hand sin egen okunskap om den metod vi använt.

Gyllerups hävdar t ex felaktigt att »discrete choice« är en metod där olika förändringar i svarsalternativen värderas i pengar. Pris kan vara en egenskap i ett »discrete choice«-experiment men har inte med själva metoden att göra.

Gyllerup påstår att vi utelämnat kontinuitet som »primärvårdskvalitet«. Det är fel eftersom de undersökta alternativen – listning hos allmänläkare respektive vårdteam – bygger på kontinuitet, dock i olika grad.

Anledningen till att vi valt att inkludera »inflytande« är att ett flertal studier visat att den egenskapen är viktig för patienten vid val av primärvård. Att mer precist definiera grad av inflytande är önskvärt men samtidigt svårt eftersom



ANDERS ANELL
ekon dr, docent, verkställande direktör



JONAS HJELMGREN
projektledare; båda vid Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, IHE, Lund
jh@ihe.se

begreppet är mångfasetterat. Det görs därför bäst i separata studier.

Gyllerups stora invändning mot vår studie är den påstådda bristen på statistisk bearbetning. Bland annat hävdar han att antalet respondenter från storstad fått alltför stor vikt och att detta påverkat resultaten eftersom boende i storstad och landsort kan ha olika preferenser vid val av primärvårdsalternativ samt att olika förekomst av ohälsa råder mellan grupperna. Enligt Gyllerup har vi inte bearbetat dessa skillnader statistiskt då P-värden saknas.

Bortsett från att Gyllerup har gjort en del feltolkningar av resultaten (bl a stämmer det inte att 55,5 respektive 45,9 procent av storstadsbor och landsortsbor är fullt friska) är det stora problemet med hans kritik att den riktar sig mot den deskriptiva delen av vår rapport och inte den analytiska.

I analysdelen har vi med hjälp av multipel regression »statistiskt värderat« hur individens val av primärvårdsmo- dell varierar beroende på ålder, kön, hälsostatus, utbildning m m, och detta på ett mycket bättre sätt än vad P-värden för skillnader i enskilda medelvärden kan åstadkomma. Enligt våra resultat kan vi således inte påvisa att boendevariabeln inverkar på valet mellan allmänläkare eller vårdteam. Vi har då samtidigt beaktat skillnader i hälsostatus, ålder, utbildningsnivå m m. P-värden för denna analys redovisas naturligtvis i vår rapport.

Som Gyllerup mycket riktigt påpekar har vi inte gjort någon fullständig bortfallsanalys. En anledning är att vi förväntade oss en låg svarsfrekvens. Vi var därför mer måna om att få tillräckligt många svar från olika undergrupper (definierat genom bakgrundsvariablerna) genom ett stratifierat urval snarare än att få ett riksrepresentativt urval. Vi hade gärna stratifierat för hälsostatus men ser inte hur det skulle ha gått till inom ramen för en befolkningsenkät av detta slag. En mer ingående diskussion om bortfallet hade helt säkert inte skadat vår trovärdighet. Detta hade dock inte gjort resultaten bättre, och vi redovisar inte heller respondenternas val av primärvårdsalternativ som om de vore representativa för riket.

De procentsatser som Gyllerup hänvisar till återfinns i sektioner av studien

som beskriver data respektive svar på enskilda frågor och är inget som vi själva lyfter fram i vare sig diskussion eller slutsatser. Vår bedömning är också att det finns större problem med den metod vi valt, inte minst att vi studerat vad personer svarar i en enkät (»stated preferences«) och inte deras faktiska beteende (»revealed preferences«). Här hade Gyllerup kunnat ge oss kritik som varit mycket tuffare att bemöta.

Gyllerup menar att vi föreslår »två primärvårdssystem« och att det »förefaller vara en både onödigt och kostsam lösning«. Det förstnämnda är felaktigt eller åtminstone en missuppfattning. Vi föreslår ett enhetligt system som bygger på att befolkningen väljer bland konkurrerande primärvårdsalternativ. Då kan de »huvudsakliga brukarna«, liksom andra, välja den lösning som passar dem bäst. Det är möjligt att ett sådant system kostar mer, i alla fall om man beaktar enbart primärvårdens kostnader. Om ett system med individuella val och flera alternativ i primärvården stämmer bättre överens med befolkningens (och kanske även allmänläkarnas?) preferenser blir det ändå kostnadseffektivt och därmed försvarbart.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Slutreplik:

Resultatet går tyvärr inte att applicera

Hjelmgren och Anell har rätt i att jag inte behärskar »discrete choice«-metodiken. Författarna behärskar emellertid inte hanteringen av sitt material. Man får inte först göra ett urval ur två olika stora populationer och sedan slå ihop dessa utan korrektion för populationsstorleken.

Det bästa hade varit att undersökarna hållit grupperna åtskilda genom hela analysen. Tyvärr går resultatet nu inte att applicera på någon population.

Staffan Gyllerup
specialist i allmänmedicin, med dr,
Helsingborg
staffan.gyllerup@skane.se