

# Svag studie om primärvårdspreferenser

Är det de friska, som är i majoritet, som i demokratisk anda skall ha större inflytande än de huvudsakliga brukarna, dvs de sjuka, när det gäller utformningen av primärvården?

Jonas Hjelmgren, Anders Anell och Sara Nordling vid IHE (Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi) har med ekonomisk hjälp av Sveriges Kommuner och Landsting gjort en enkätundersökning av befolkningens preferenser beträffande primärvård: »Hur vill befolkningen att primärvården ska organiseras? En studie baserad på 'Discrete Choice' metodik (DCE)« [www.ihe.se/publiceringar/IHE%20e-rapport%202006\\_1.pdf](http://www.ihe.se/publiceringar/IHE%20e-rapport%202006_1.pdf).

**Studien har två frågeställningar:** Hur värderar befolkningen en personlig läkare jämfört med ett primärvårdsteam att vända sig till vid sjukdom? Hur värderar befolkningen att själv välja läkare/team jämfört med att bli tilldelad en vårdgivare?

Undersökarna är hälsoekonomer, vilket kan förklara varför studien utöver sedvanlig enkätmetodik görs även med »discrete choice«-metodik, en metod där olika förändringar i svarsalternativen värderas i pengar.

Definitionen av egen fast allmänläkare är den gängse; dock utelämnas att allmänläkaren är specialist. Definitionen av » eget fast sjukvårdsteam « är att patienten är listad hos ett fast sjukvårdsteam med flera läkare och sköterskor med olika specialistkunskaper. Vem patienten får träffa beror på vårdbehovet.

Författarna har valt att inte göra ett representativt urval av befolkningen utan har lika många respondenter från storstadsområde som från övriga landet. De gör sedan i vissa analyser en stratifiering mellan landsbygd och stad. I resultatredovisningen används ofta totaluppgifter, vilket sannolikt är summan av de

båda respondentpopulationerna. Dessa totaluppgifter är inte representativa för totalbefolkningen eftersom respondenterna sannolikt är snedfördelade med övervikt för storstadsområdena. Man kan således inte generalisera till totalpopulationen på det sätt som undersökarna gör.

Författarna är nöjda med svarsfrekvensen 58 procent, men kommenterar eller analyserar inte bortfallet utöver konstaterandet att bortfallet är större i storstadsbefolkningen. Enkäten är ganska komplicerad att besvara, och den som är gammal och sjuk kan ha svårt att fylla i den, vilket i så fall påverkar totalresultatet. Om undersökarna hade stratifierat för exempelvis sjukdom hade de kunnat kontrollera denna biasrisk.

**Storstadsborna förefaller friskare** (55,5 procent) än invånarna i övriga landet (45,9 procent). Skillnaden är påtaglig, men inte värderad statistiskt. 62,9 procent av storstadsborna och 67,9 procent av invånarna i övriga landet hade besökt läkare i primärvården det senaste året; inte heller dessa skillnader är statistiskt bearbetade.

På en femgradig skala värderade respondenterna de fem studerade primärvårdsegenskaperna, från 3,6 för kort väntetid, 3,4 för inflytande, 3,1 för val av läkare till 2,8 för låg patientavgift.

**Önskemål om primärvårdsmodell** visade betydande skillnader mellan storstad och övriga landet. Egen fast läkare föredrog 32,6 procent i storstad mot 43 procent i övriga landet. Sjukvårdsteam önskade 45 procent i storstad mot 29,4 procent i övriga landet. Det fanns således betydande skillnader mellan storstad och övriga landet, men ingen statistisk analys har utförts.

Man summerar dessutom storstad och övriga landet, med ovan nämnda risk för bias, och konstaterar att skillnaderna var små; 38,2 procent föredrar fast läkare och 36,6 procent föredrar team. Statistisk beräkning saknas.

**I den del av studien som värderar betalningsviljan** för olika alternativ lämnar undersökarna stratifieringen och bearbetar totalmaterialet i en regressionsanalys. Utan att beakta problemen med de båda populationerna kommer man till följande ekonomiska resultat:

De svarande är villiga att betala 224 kr för att få inflytande över vården, 164 kr för valmöjlighet och 111 kr för en dags

kortare väntetid. Respondenterna är inte villiga att betala något för att få antingen fast läkare eller team! I en subgruppsvariabelanalys finner man att den som redan har fast läkare är äldre och sjukare och upplever att team är mindre fördelaktigt, medan den som är förvärvsarbetande och har nära till akutmottagning anser att sjukvårdsteamet är mer fördelaktigt. Valet av variabler kan diskuteras. Kontinuitet är dock en primärvårdskvalitet som helt utelämnats och man har i stället valt en dåligt definierad inflytandevariabel.

**Således har denna redan flitigt citerade studie** den stora svagheten att den inte är representativ för totalbefolkningen, vilket gör resultaten obrukbara i praktiken. Man har inte definierat allmänläkare och alternativet på ett jämbördigt sätt. Det finns påtagliga skillnader såväl i sjukdomsförekomst som i preferenser i de två populationerna, vilket inte har beaktats i analysen. Det djärva greppet att använda ekonomisk betalningsberedskap i enkäten är spännande, men leder undersökarna in i svårigheter att dela upp materialet på ett meningsfullt sätt.

**Undersökarna menar** att det är logiskt att den som är äldre och vårdbehövande har en större önskan om fast läkarkontakt, medan den som förvärvsarbetar önskar teamkontakt. De har dock inte bemödat sig att belägga detta i sitt material. Dessa önskemål från olika målgrupper är viktiga att beakta och avgörande för planering av primärvården.

Det är lovligt att man frågar befolkningen om inställningen till olika primärvårdsmodeller. Men frågan är om de friska, som är i majoritet, i demokratisk anda skall ha större inflytande än de huvudsakliga brukarna, dvs de sjuka, när det gäller utformningen av primärvården? Att konstruera två primärvårdssystem, som författarna framkastar, förefaller vara en både onödig och kostsam lösning.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Offentliganställd allmänläkare i Skåne; medlem i terapigrupp hjärta-kärl för läkemedelsrådet i Skåne; ordförande i SFAM (Svensk förening för allmänmedicin) i Skåne.*



**STAFFAN GYLLERUP**

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

Nästa sida: Replik och slutreplik

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 olikstora 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