

## Befolkningens bruk av spesialisthelsetjenester

I Tidsskriftet nr. 22/2002 gir Tor Iversen & Gry Stine Kopperud uttrykk for mistanke om at privat spesialistpraksis ikke oppfyller helsepolitiske målsettinger (1). Sentrale helseadministratorer griper umiddelbart tak i dette og lover på lederplass sterkere sentral styring av de private spesialistene (2). Vi mener at Iversen & Kopperuds data og analyser gir for svakt grunnlag for en slik konklusjon.

Forfatterne finner at befolkningen i fire av 18 fylker har statistisk signifikant høyere forbruk av private spesialisttjenester enn befolkningen i Finnmark. Siden Finnmark har den laveste spesialistdekningen, kan dette funnet knapt overraske. Langt riktigere ville det vært å parametrisere fylkesvariabelen etter «means»-metoden, for å se om noen av fylkene skiller seg ut fra landsgjennomsnittet. Vi tipper at forfatterne da ikke vil finne statistisk signifikans.

For øvrig finner forfatterne akkurat det man kunne håpe, at sjansen for spesialistkonsultasjon er størst hos dem med kronisk sykdom og dårligst selvopplevd helse. Men de konkluderer med at ulike faktorer påvirker bruken av private og offentlige spesialisthelsetjenester. Vi ser ikke at det er dekning for dette. For å kunne trekke en slik konklusjon måtte de ha kjørt de to konsultasjonstypene inn i samme statistiske modell, ikke nøyd seg med å sammenlikne regresjonsparametrene og deres signifikans på tvers av modellene. Vi kan heller ikke se at det er dekning for konklusjonen om at kontroll av kronikere med middels god selvopplevd helse er en sentral arbeidsoppgave for de privatpraktiserende spesialistene. Her har nemlig parameterestimaten i de to aktuelle modellene sterkt overlappende konfidensintervall (vi antar at det forfatterne refererer til som standardavvik dreier seg om standardfeil). Vår mistanke om at dette er en feilslutning underbygges for øvrig av tabell 1, som viser at for både private og sykehusbaserte spesialister er det de med god og de med meget god helsetilstand som dominerer i klientellet, 70–73 % for begge grupper vedkommende, og 52–54 % med varig sykdom/lidelse (1).

Forfatterne finner *ikke* sammenheng mellom tilgjengelighet til privatpraktiserende spesialister og bruken av slike. Det skulle vel være en indikasjon på at det er behovet og ikke tilgjengeligheten som styrer bruken? Andre forhold som kan tenkes å ha betydning, f.eks. brukernes syn på kvalitet, inklusive ventetid, når det gjelder spesialisttjenester privat og i sykehus, sier ikke datamater-

rialet noe om. Derimot finner forfatterne at personer som har god tilgjengelighet til sykehusleger, har større sannsynlighet for å ha konsultert privat spesialist. Dette kanskje noe overraskende funnet forklarer de med at sykehuslegene sikkert driver privat på fritiden. Det forfatterne måtte mangle av statistisk forståelse, tar de således igjen gjennom mer eller mindre fantasifulle ad hoc-forklaringer uten dekning i data.

Oslo

Torgeir Bruun Wyller  
Knut Laake

Geriatrisk avdeling  
Ullevål universitetssykehus

### Litteratur

1. Iversen T, Kopperud GS. Befolkningens bruk av spesialisthelsetjenester. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2199–203.
2. Hellandsvik P. Kan spesialistene brukes bedre? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2178.

### T. Iversen & G.S. Kopperud svarer:

Torgeir Bruun Wyller & Knut Laake har en litt bråkjekk kommentar til vår artikkel om befolkningens bruk av spesialisthelsetjenester (1). Deres første innvending dreier seg om fylkesvise forskjeller i bruken av private spesialisthelsetjenester. De finner det ikke overraskende at Finnmark skiller seg ut med få spesialistkontakter. Samtidig tipper de at vi ikke vil finne noen geografisk variasjon hvis vi anvender en annen undersøkelsesmåte. Det er uklart for oss hva «means»-metoden, som de anbefaler, innebærer. Vi har imidlertid utført ANOVA-analyser av antall besøk hos privatpraktiserende spesialister. Disse analysene sammenlikner variasjonen mellom fylker med variasjonen innad i fylkene. Vi forkaster (5 % signifikansnivå) nullhypotesen om fravær av fylkesvis variasjon.

Deres andre innvending er at vi ikke kan slutte at ulike faktorer påvirker bruken av offentlige og private spesialisthelsetjenester siden vi har to separate statistiske modeller. Vi valgte binomiske logit-modeller av pedagogiske hensyn. Vi har også analysert problemstillingen med utgangspunkt i en multinomisk logit-modell med åtte alternative tilstander (ingen kontakter, kontakt med privat spesialist, kontakt med poliklinikk, innleggelse, kontakt med både privat spesialist og poliklinikk, kontakt med både privat spesialist og innleggelse, kontakt med både poliklinikk og innleggelse og til slutt alle tre kontakter). Vi estimerer da hvordan forklaringsvariablene påvirker sannsynligheten for hver tilstand i forhold til referansetilstanden, som er ingen kontakter. Resultatene av-

viker bare ubetydelig fra de resultatene vi presenterte i artikkelen. Kronisk sykdom påvirker både sannsynligheten for besøk hos privat spesialist og for besøk på poliklinikk positivt. Meget god helse, god helse og middels helse påvirker alle sannsynlighetene for besøk på poliklinikk negativt, mens ingen statistisk signifikant effekt av helsetilstandene kan påvises for besøk hos privat spesialist. På samme måte som i artikkelen finner vi positiv effekt av tilgjengelighet på sannsynligheten for besøk hos privat spesialist og ingen effekt av tilgjengelighet på besøk i poliklinikk eller innleggelse.

Bruun Wyller & Laakes tredje innvending retter seg mot vår konklusjon om at tilgjengelighet til private spesialister påvirker bruken av disse når resultatene faktisk viser en effekt av tilgjengelighet til sykehusleger. I diskusjonen i vår artikkel bruker vi 27 linjer på dette problemet. La oss likevel repetere hovedpunktene. Dersom vi utelater tilgjengelighet til sykehusspesialister fra analysene, blir effekten av tilgjengelighet til private spesialister statistisk signifikant. Denne ustabiliteten i signifikante effekter gir mistanke om multikolinearitet. Dette kan skyldes at mange sykehusleger også har private deltidspraksiser, og utdypes nærmere i artikkelen.

Oslo

Tor Iversen  
Gry Stine Kopperud  
Senter for helseadministrasjon  
Universitetet i Oslo

### Litteratur

1. Iversen T, Kopperud GS. Befolkningens bruk av spesialisthelsetjenester. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2199–203.

## Kan spesialistene brukes bedre?

I Tidsskriftet nr. 22/2002 har Tor Iversen & Gry Stine Kopperud en interessant artikkel om befolkningens bruk av spesialisthelsetjenester (1). Administrerende direktør i Helse Midt-Norge, Paul Hellandsvik, setter i en lederkommentar søkelyset på en bedre utnyttelse av de privatpraktiserende spesialister og stiller spørsmål om hvorvidt nåværende bruk av driftsavtaler er med på å realisere spesialisthelsetjenestens overordnede mål (2).

Mangelfull kunnskap om innholdet i de private spesialistpraksisene gjør en sammenlikning med den offentlige spesialisthelsetjenesten vanskelig. Nye rapporteringssystemer som gir samme informasjon som sykehusenes poliklinikk-datasystemer, vil i fremtiden gjøre dette mulig (2).