Specialeuddannelsen i Almen Medicin Dato 21. januar 2010

Forskningstræningsprojekt

**Telefonkonsultationer i Almen Praksis**

**Indholdsfortegnelse**

[Indledning 2](#_Toc251091836)

[Materiale og metode 4](#_Toc251091837)

[Resultater 7](#_Toc251091838)

[Diskussion 14](#_Toc251091839)

[Litteratur og referencer 18](#_Toc251091840)

[Bilag 19](#_Toc251091841)

# Indledning

Presset på almen praksis vokser (1, 5, 6). Denne tendens er ens overalt i I-landene, hvor man generelt ser en aldrende befolkning og en voksende kronikergruppe. Andre faktorer, der er medvirkende til at sætte almen praksis under pres er øget fokus på forebyggelse, højere patientforventninger og reformer, der flytter opgaver fra sekundærsektoren til primærsektoren (1, 5). På det grundlag er såvel antallet af personlige patientkontakter som antallet af patientkontakter via telefon- og e-mail stigende (2).

I 2006 blev der på landsplan afregnet 15.066.019 telefonkonsultationer i almen praksis. I 2008 sås et marginalt fald i antallet af telefonkonsultationer til i alt 14.840.136 (1). Dette fald modregnes dog kraftigt af et stærkt stigende antal e-mailkonsultationer, der i samme periode steg fra 470.845 kontakter til 1.284.336. Alt i alt er der således sket en stigning i det samlede antal henvendelser via telefon og e-mail.

Kigger man isoleret på de telefoniske henvendelser, er der mange måder at håndtere alle disse opkald på. Dog er den praktiserende læge ifølge overenskomsten med sygesikringen forpligtet til at ”kunne træffes telefonisk i dagtiden.....samlet mindst en time dagligt” (3). Dette krav, har man i de fleste praksis valgt at opfylde ved, at patienten kan ringe direkte til lægen hver morgen mellem klokken 08.00 - 09.00, mens resten af dagens telefoniske henvendelser besvares af personalet.

Men bliver lægens sparsomme tid udnyttet optimalt ved denne konsultationsform? Derom er lægernes meninger delte. Nogle praktiserende læger er godt tilfredse med denne løsning. De betragter telefonkonsultationer som en hjælp til at mindske antallet af konsultationer og dermed mindske arbejdsbyrden (4) , og de mener, at en kort telefonsamtale med patienten kan fungere som en god indgangsport til en evt. forestående personlig konsultation og samtidig kan give lægen mulighed for, at lægge et personligt præg ind i den samlede disposition for ugen (5). De mener også, at ”den uvisiterede telefoniske adgang til lægen, giver mulighed for hyppigere kontakter til den enkelte patient og dermed højner kontinuiteten”. Disse læger oplever, at patienterne er meget tilfredse med muligheden for at kunne komme direkte igennem til lægen – uden at der er indsat hjælpepersonale som ”filter” (4). Denne holdning støttes af noget klinikpersonale, der ser telefonkonsultationer som en hjælp til at undgå potentielle konflikter med patienterne, for eksempel når alle konsultationstider er bookede (3).

Andre praktiserende læger erklærer stor utilfredshed med den traditionelle telefonkonsultationstime. Nogle er bekymrede for, at den uvisiterede tilgængelighed via telefonen resulterer i en øget arbejdsbelastning (3), nogle oplever telefontiden som kaotisk og andre igen har en fornemmelse af, at mange af opkaldene drejer sig om tidsbestillinger eller receptfornyelser, som ikke nødvendigvis behøver lægelig vurdering. Endelig betragter nogle læger telefontiden som ”unødvendigt tidsspilde” og mærker også utilfredshed blandt patienterne, der ”oplever ventetiden som et mareridt” (6).

Sammenfattende kan vi konstatere, at afviklingen af telefoniske konsultationer fylder meget i de enkelte praksis, og der er meget delte meninger om effektiviteten af telefoniske patienthenvendelser direkte til den praktiserende læge. På trods af dette er der kun ganske få undersøgelser, der beskriver denne konsultationsform nærmere.

For at belyse emnet forud for eventuelle organisatoriske ændringer i praksis, ønsker vi derfor på baggrund af en registreringsskemaundersøgelse blandt fire udvalgte praksis, at undersøge følgende:

1. Fordelingen af henvendelsesårsager ved telefonkonsultationer fordelt på 6 kategorier
	* Akut sygdom
	* Ikke akut sygdom
	* Prøvesvar
	* Tidsbestillinger
	* Receptfornyelse
	* Andet
2. Konsekvensen af henvendelsen fordelt på 4 kategorier
	* Afsluttet
	* Sat til konsultation/besøg
	* Henvist til samarbejdspartner
	* Andet
3. Vurdering af om de enkelte henvendelser kunne varetages af andet personale

# Materiale og metode

Undersøgelsen er gennemført som en tværsnitsundersøgelse i fire udvalgte praksis, hvor forfatterne er tilknyttet som uddannelseslæger. De fire udvalgte praksis har alle uvisiteret telefontid om morgenen mellem klokken 08.00 - 09.00. Data er indsamlet ved hjælp af registreringsskemaer, der blev udarbejdet specifikt med henblik på denne undersøgelse. Alle læger blev mundtligt og skriftligt vejledt i udfyldelse af skemaet. For hver henvendelse skulle lægerne sætte ialt tré krydser. Først skulle de ved afkrydsning forholde sig subjektivt til, om opkaldet omhandlede akut opstået sygdom, ikke akut opstået sygdom, prøvesvar, tidsbestilling, receptfornyelse eller ”andet”. Nærmere definition af begreber blev fravalgt. Dernæst skulle de ved afkrydsning forholde sig subjektivt til konsekvensen af den enkelte henvendelse, indenfor kategorierne: afsluttet, sat til konsultation/besøg, henvist til anden samarbejdspartner eller ”andet”. Også her blev nærmere definition af begreber fravalgt. Endelig skulle de, igen subjektivt og ved afkrydsning, tage stilling til om opkaldet kunne have været klaret af andet praksispersonale. Det blev i den skriftlige vejledning fremhævet, at man underforstået ønskede en vurdering af om opkaldet krævede en lægelig vurdering. Begrebet ”andet praksispersonale” blev defineret som: relevant ikke-lægeligt personale, eventuelt en tænkt praksisopsætning med visiterende sygeplejerske.

Registreringsskemaer med vedhæftet skriftlig information og vejledning i skemaets udfyldelse (bilag 1 og 2) blev udleveret til de fire udvalgte praksis. Lægen skulle på skemaet anføre sine initialer og lægehusets navn/placering. Efterfølgende blev der indhentet oplysninger om de enkelte lægers alder og anciennitet i praksis samt antal patienter. Lægernes identitet og karakteristika er således kendt af forfatterne. De enkelte lægers delvise anonymitet vil således kunne brydes ved at koble data.

**Inklusionskriterier**: alle indkomne opkald til læger i de udvalgte praksis i telefontiden mellem klokken 08.00 - 09.00 på to valgfrie mandage eller tirsdage i september måned 2009.

**Eksklusionskriterier**: ingen opkald blev på forhånd udelukket.

Beskrivelse af de fire forskellige praksis med oplysning om praksisform, beliggenhed, ansat personale og antal patienter samt lægekarakteristika i form af køn, alder og anciennitet i almen praksis fremgår af nedenstående praksisbeskrivelse.

**Praksisbeskrivelse**

**Praksis 1**: Kompagniskabspraksis i Varde. Praksis består af: To faste læger og én uddannelsesamenuensis (Fase 3, almen blok). Praksis har ansat to sekretærer, én laborant og én sygeplejerske. Praksis har cirka 4500 patienter.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Stilling | Køn | Alder | Anciennitet |
| Kompagnon 1 | M | 60 år | 25 år |
| Kompagnon 2 | K | 37 år | 3 år |
| Uddannelsesamenuensis | K | 40 år | 0 år |

Lægekarakteristika for den undersøgte praksis i Varde.

**Praksis 2**: Kompagniskabspraksis i Bramming. Praksis består af: Tre faste læger og én uddannelsesamenuensis (Fase 2, almen blok). Praksis har ansat tre sekretærer og tre sygeplejersker. Praksis har cirka 5300 patienter.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Stilling | Køn | Alder | Anciennitet |
| Kompagnon 1 | M | 65 år | 34 år |
| Kompagnon 2 | M | 55 år | 12 år |
| Kompagnon 3 | M | 49 år | 5 år |

Lægekarakteristika for den undersøgte praksis i Bramming.

**Praksis 3**: Kompagniskabspraksis i Ansager. Praksis består af: Tre faste læger og én uddannelsesamenuensis (Fase 2, almen blok). Praksis har ansat én sekretær, én laborant og én sygeplejerske. Praksis har cirka 4000 patienter.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Stilling | Køn | Alder | Anciennitet |
| Kompagnon 1 | M | 64 år | 33 år |
| Kompagnon 2 | M | 54 år | 16 år |
| Kompagnon 3 | K | 58 år | 21 år |

Lægekarakteristika for den undersøgte praksis i Ansager.

**Praksis 4**: Samarbejdspraksis i Ribe. Praksis består af: Otte faste læger, én amenuensis (mhp. overtagelse af ydernummer) og én uddannelsesamenuensis (Fase 2, almen blok). Praksis har ansat seks sekretærer, tre laboranter og tre sygeplejersker. Praksis har tilsammen 13600 patienter.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Stilling | Køn | Alder | Anciennitet | Antal patienter |
| Læge 1 | K | 36 år | 3 år | 1460 |
| Læge 2 | K | 50 år | 12 år | 1913 |
| Læge 3 | M | 58 år | 22 år | 1925 |
| Læge 4 | K | 46 år | 18 år | 1587 |
| Læge 5 | K | 37 år | 1 år | 0 (vikar hos læge 6) |
| Læge 6 | M | 70 år | 33 år | 1600 |
| Læge 7 | M | 50 år | 12 år | 1650 |
| Læge 8 | K | 54 år | 17 år | 1750 |
| Læge 9 | M | 62 år | 17 år | 1730 |

Lægekarakteristika for den undersøgte praksis i Ribe.

Efter indsamling af data blev henholdsvis skemaer og henvendelser nummereret. Data blev indtastet som en matrix i et Excel regneark. Et kryds blev registreret med et ettal og manglende afkrydsning blev registreret med et nul. I matrixen fremgår skemanummer for hver henvendelse. Relevante data er fremkommet ved at beregne sum og koble tallene til hinanden i procent. Figurer og tabeller er ligeledes lavet ved anvendelse af simpel statistik i Excel.

Konfidensintervaller er søgt beregnet ud fra formlen:

*ħ* ± 1,96 √ *ħ*(1-*ħ*)/n

Hvor: n = stikprøvestørrelsen, *ħ* = andel i stikprøven og hvor 1,96 = Z værdi ved 95 % konfidensinterval

Vores data opfylder dog ikke helt eksakt kriterierne for anvendelsen af denne formel, idet talvariationen overstiger den for fomlen gældende. Tallene for 95%-konfidensintervallerne er derfor beregnet ved hjælp af statistikprogrammet SAS.

# Resultater

18 læger deltog i undersøgelsen. Ud over de faste læger deltog en uddannelsesamenuensis i praksis 1 og en amenuensis/vikar i praksis 4.

De 18 læger udfyldte ialt 34 skemaer. Fire læger udfyldte kun ét skema hver. Ialt blev 510 opkald registreret. Tre opkald udgik på grund af forkert afkrydsning (nonvalide data). De tre opkald der udgik var fra tre forskellige læger.

**1. -3.** viser resultaterne, jævnfør de tre kategorier vi ønskede belyst, nemlig henvendelsesårsager, konsekvens af henvendelsen og vurderingen af hvorvidt opkaldet kunne varetages af andet personale.

**4.** omhandler sammenhængen mellem henvendelsesårsag og konsekvensen heraf.

**5.** omhandler sammenhængen mellem henvendelsesårsag og vurdering af hvorvidt opkaldet kunne varetages af andet personale.

**1. Henvendelsesårsag**

Fordelingen af henvendelsesårsager for de registrerede opkald fremgår af figur 1. Andelen af opkald der ifølge de praktiserende lægers vurdering vedrører henholdsvis akut opstået sygdom og ikke akut opstået sygdom, er tilnærmelsesvis ens og udgør henholdsvis 36% og 42%. Opkald hvor henvendelsesårsagen er et prøvesvar udgør 12% af alle opkald. Henvendelsesårsager der er direkte sygdomsrelaterede, det vil sige summen af opkald vedrørende akut opstået sygdom, ikke akut opstået sygdom samt prøvesvar, udgør i alt knap 90% af alle telefonopkaldene, eller 9 ud af 10 opkald. Dermed følger, at kun 9% af opkaldene ikke direkte kan relateres til sygdom, idet blot 1% vedrører tidsbestillinger og 8% omhandler receptfornyelser. 2% (n=12) af alle opkald vedrørte ”andet”, hvorfor der ikke er foretaget yderligere analyser.

Konfidensinterval: [31,7;40,9] [37,5;46,1] [8,8;14,4] [0,2;2,1] [4,5;8,9] [0,8;3,2]

*Figur 1. Telefonopkald til lægerne i telefontiden fordelt på årsag til henvendelsen. n = 507*

**2. Konsekvens af henvendelsen**

Konsekvensen af de enkelte henvendelser fremgår af figur 2. Det ses her at de praktiserende læger formår at afslutte 38% af alle opkald i telefonen uden yderligere tiltag. 12% af henvendelserne resulterer i henvisning til anden samarbejdspartner. Konsekvensen er således at cirka halvdelen af alle henvendelser bliver afsluttet alene på baggrund af en telefonisk vurdering af lægerne. 43% af alle henvendelser visiteres til en konsultationstid. Andelen af henvendelser der klassificeres som "andet" er her knap 7% (n= 34).

Konfidensinterval: [32,8;41,3] [37,3;45,9] [8,1;13,6] [4,5;8,9]

*Figur 2. Fordelingen af konsekvens af telefonopkaldende. n = 507*

**3. Vurdering af hvorvidt henvendelsen kan varetages af andet personale**

De praktiserende lægers subjektive vurderinger af, hvorvidt de registrerede opkald kan varetages af andet relevant personale i praksis, fremgår af figur 3. Samlet set vurderes det, at kun omkring hvert tredie henvendelse vil kunne varetages af andet personale end lægen selv.

*K*onfidensinterval: [27,1;35,2] [60,1;68,5] [0,0;1,6]

*Figur 3. Fordeling af hvorvidt henvendelsen kunne varetages af andet personale. n = 507*

**4. Sammenhængen mellem henvendelsesårsag og konsekvensen heraf**

Der er ikke foretaget sammenlignende analyse af, hvorvidt de praktiserende læger mener, at henvendelser vedrørende tidsbestilling kunne varetages af andet personale, da der er tale om et meget lille antal henvendelser(n= 6).

Ser man på sammenhængen mellem henvendelsesårsag og konsekvens af henvendelsen (figur 4-7), er der 63% af henvendelserne vedrørende akut opstået sygdom der bliver sat til konsultation. Ved akut opstået sygdom bliver 26% afsluttet, mens 8% viderehenvises. Således håndteres godt hver tredie opkald om akut opstået sygdom telefonisk.

For ikke akut opstået sygdom sættes 42% til konsultation, 35% afsluttes, mens 17% viderehenvises. Således afsluttes hvert andet opkald vedrørende ikke akut sygdom telefonisk.

Når henvendelsesårsagen er prøvesvar, er der i 8% af tilfældene behov for efterfølgende konsultation, mens 58% afsluttes og 14% viderehenvises. 20% rubriceres som andet.

Ved receptfornyelseshenvendelserne bliver 6% sat til konsultation, mens de øvrige henvendelser enten afsluttes eller viderehenvises.

*Figur 4. Konsekvens af henvendelserne ved akut opstået sygdom.*

*Figur 5. Konsekvens af henvendelserne ved ikke akut opstået sygdom.*

*Figur 6. Konsekvens af henvendelserne ved prøvesvar.*

*Figur 7. Konsekvens af henvendelserne ved receptfornyelse.*

**5. Sammenhængen mellem henvendelsesårsag og vurdering af hvorvidt opkaldet kunne varetages af andet personale.**

Ser man på hvilke henvendelsesårsager der vurderes at kunne varetages af andet personale (figur 8-11), fremgår det, at 29% af opkaldende vedrørende akut opstået sygdom kan varetages af andet personale, mens de praktiserende læger vurderer, at det kræver en lægelig vurdering at håndtere det aktuelle opkald i 70% af tilfældene. For ikke akut opstået sygdom ligner tallene meget, idet det her vurderes at henvendelsen kunne varetages af andet personale i 29% af tilfældende, mens der i cirka 71% af tilfældende kræves en lægelig vurdering. For prøvesvar er tallene endnu mere markante. Her vurderes hver fjerde henvendelse at kunne varetages af andet personale.

Ved receptfornyelser er fordelingen anderledes, idet 63% af disse henvendelser vurderes at kunne varetages af andet personale. Således kan 37% af receptfornyelserne, ifølge lægerne, ikke varetages af andet personale.

*Figur 8. Vurdering af hvorvidt henvendelserne om akut opstået sygdom kan varetages af andet personale.*

*Figur 9. Vurdering af hvorvidt henvendelserne om ikke akut opstået sygdom kan varetages af andet personale.*

*Figur 10. Vurdering af hvorvidt henvendelserne om prøvesvar kan varetages af andet personale.*

*Figur 11. Vurdering af hvorvidt henvendelserne om receptfornyelse kan varetages af andet personale.*

*Figur 12. Fordelingen af de enkelte lægers svar på spørgsmålet om, hvorvidt de enkelte henvendelser vurderes, at kunne varetages af andet personale.*

Der ses en spredning fra 0-56% på vurderingerne af, hvorvidt de enkelte henvendelser kan varetages af andet personale. Det vægtede og uvægtede gennemsnit er beregnet og sammenlignet. Disse tal stemmer forholdsvis godt overens: 32,2% og 29,1%.

# Diskussion

**Hovedresultater**

Patienterne henvender sig hovedsageligt vedrørende akut eller ikke akut opstået sygdom og de henvender sig kun i minimalt omfang vedrørende tidsbestillinger og receptfornyelser. Hermed kan vi tilbagevise nogle lægers påstand om, at mange henvendelser, som nævnt i indledningen, drejer sig om netop tidsbestillinger og receptfornyelser. Kigger man nærmere på gruppen af henvendelser vedrørende receptfornyelser (n=39), viser det sig desuden, at godt en tredjedel af disse alligevel krævede lægelig vurdering - og dermed må siges at høre hjemme i den lægelige telefonkonsultation.

Der var lige mange henvendelser vedrørende akut opstået sygdom som ikke akut opstået sygdom. Vi finder det overraskende, at hele 40% af henvendelserne drejede sig om ikke akut opstået sygdom. Ved ikke akut opstået sygdom, er det sandsynligvis endnu mere vigtigt, at patienten kommer til at tale med en person, der har et vist kendskab til den pågældende. Dette er en vigtig udfordring for almen praksis i en tid, hvor den traditionelle sololæge er i stærk modvind(7).

I vores studie fandt vi, at næsten halvdelen af alle kontakterne kunne håndteres via telefonen. Ser man udelukkende på gruppen af henvendelser vedrørende akut opstået sygdom, blev en tredjedel afsluttet via telefonen, hvilket vi synes er en overraskende høj andel. At den praktiserende læge kan afslutte cirka en tredjedel af de akutte henvendelser via telefonen giver et fingerpeg om, at telefonvisitationen er et vigtigt redskab til at mindske presset på konsultationer med personligt fremmøde. Det er tidligere vist, at både læger og patienter i storbyområder er mere utrygge ved telefonkonsultationer, end læger og patienter i landområder (4). Dette resultat er baseret på den antagelse, at praktiserende læger i landområderne i højere grad har personligt kendskab til patienterne. Andelen af henvendelser, der afsluttes via telefonen, er muligvis højere i vores undersøgelse, end den ville være, hvis man lavede en tilsvarende undersøgelse i et storbyområde. Til gengæld er det vel også i landområderne der, på grund af afstandene, er størst gevinst ved at kunne håndtere så mange opkald som muligt via telefonen.

En tredjedel af henvendelserne ville ifølge lægerne kunne varetages af andet praksispersonale. Vi synes det er en overraskende lille andel af opkaldende som lægen mener, at han/hun kan overlade til andre faggrupper. Kigger vi specifikt på henvendelser vedrørende akut opstået sygdom, er det ligeledes kun en tredjedel, der vurderes at kunne varetages af andet personale. Dette på trods af det faktum, at to tredjedele af disse henvendelser bliver sat til konsultation. Når en så stor del af henvendelserne vedrørende akut opstået sygdom bliver sat til konsultation, hvorfor mener de praktiserende læger så alligevel, at de selv bør tage telefonen og sætte patienten til konsultation? En forklaring kunne være, at lægerne mener, at det kræver en lægelig vurdering at tage stilling til, hvorvidt der skal gives tid til konsultation samme dag, om konsultationen skal forudgås af laboratorieundersøgelser eller om der skal gives særlige råd og vejledning til patienten. Alternativt kan det være, at lægen mener, at den pågældende konsultation krævede et personligt kendskab til patienten - et kendskab, som det i de fleste praksis oftest er lægen der er i besiddelse af. Man kan således ikke udelukke, at der kan være tale om et vist moment af tradition og vanetænkning ved lægens vurdering, ligesom lægens generelle holdning til telefonkonsultationer kan spille ind på hans/hendes vurderinger i de enkelte tilfælde.

Hvorvidt lægelig visitering via telefonen vil kunne erstattes af sygeplejersker kan ikke besvares ud fra denne undersøgelse alene. Blot kan man konkludere, at lægerne i denne undersøgelse finder lægelig vurdering påkrævet i hovedparten af henvendelserne, og at således kun hver tredje henvendelse ville kunne varetages af andet praksispersonale. For prøvesvarenes vedkommende er det kun hver fjerde henvendelse, der efter lægernes mening skønnes at kunne varetages af andet personale. Dette må betyde, at lægen i mange tilfælde mener, at han/hun selv bør vurdere og agere på disse prøvesvar. Dette er en vigtig pointe, når man overvejer at forflytte opgaver til ikke lægeligt personale, der eventuelt også skal kunne ordinere prøver.

Kan resultaterne af vores undersøgelse på nogen måde overføres til lægevagten? Det er usikkert, om spektret af de akutte henvendelser i vores studie er identiske med henvendelsesspektret i lægevagten. Umiddelbart ville man også forvente en lavere afslutningsprocent, idet man i lægevagten ikke har samme grad af kendskab til patienten og ikke har samme mulighed for opfølgning som i Almen Praksis. Vi kan derfor ikke umiddelbart overføre vores resultater til lægevagten, og hvorvidt det er en fordel at ansætte sygeplejersker til telefonisk visitation i lægevagten vil kræve yderligere undersøgelser i lægevagtsregi. Det er tidligere vist i udenlandske studier, at antallet af henvendelser, der afsluttes via telefonen er lavere ved sygeplejerskevisitation (8). Endvidere er det vist, at sygeplejersker bruger mere tid til konsultationer end lægerne (1). Hvis disse forhold også viser sig at være gældende i Danmark, vil det have store økonomiske - og praktiske konsekvenser at indføre sygeplejerskevisitation i lægevagten.

**Styrker og svagheder ved studiet**

I dette studie har vi valgt ikke at subklassificere akut opstået sygdom og ikke akut opstået sygdom yderligere, da vi mente, at registreringsskemaet ville blive for omfattende. Det er derfor ikke muligt at afgøre, hvilke tilstande de enkelte henvendelser dækker over. Vi har i stedet i vores registreringsskema inddelt henvendelserne i akutte og ikke akutte problemstillinger. Der er blandt klinikere og forskere ikke enighed om definitionen af ordet ”akut”. Vores registreringsskema skulle udfyldes i umiddelbar tilslutning til telefonkonsultationsprocessen og måtte derfor ikke kræve megen tid at udfylde. På den baggrund – og på grund af generel manglende entydig definition - valgte vi, at lade den enkelte læges egen definition af akut og ikke akut, være den gældende. I en undersøgelse som vores er det jo netop den enkelte læges vurdering, der udgør beslutningsgrundlaget for videre konsekvens af henvendelsen.

Ved registrering af konsekvensen af henvendelsen, har vi anvendt begrebet ”afsluttet”, der på tilsvarende måde heller ikke er entydigt defineret. Vi mener, at en telefonisk henvendelse er afsluttet, når den ikke efterfølges af en direkte aftale om konsultation, men andre læger kunne definere ordet anderledes. Hvis lægerne har haft vanskeligheder ved at rubricere konsekvensen af henvendelserne i enten ”afsluttet” eller ”sat til konsultation”, kunne det være forklaringen på, at hele 7% af henvendelserne er rubriceret som ”andet”.

Hvorvidt den enkelte henvendelse ville kunne varetages af andet praksispersonale er naturligvis også en subjektiv vurdering. Der er stor spredning på besvarelsen af dette spørgsmål. Således varierede andelen af ja-svar fra 0% til 56% med et gennemsnit på 32,2%. Det er ikke muligt ud fra denne undersøgelse at afgøre, hvad der ligger til grund for denne store spredning - om den er relateret til lægens alder, køn, anciennitet i praksis, praksisform eller eventuelt lægens personlige holdning til telefonkonsultationer?

**Sammenligning med eksisterende litteratur**

I vores studie bliver næsten halvdelen af alle telefonkonsultationer enten afsluttet eller viderehenvist via telefonen. Dette stemmer meget godt overens med resultater fundet i et review fra 2004, hvor man undersøgte effekten af telefonkonsultationer på sikkerhed, forbrug af sundhedsydelser og patienttilfredshed. Derefter sammenlignede man karakteristika ved telefonkonsultationerne for henholdsvis sygeplejersker og læger. Man gennemgik i alt ni studier, hvor der var store forskelle i studiedesign. Generelt blev 50% af henvendelserne afsluttet via telefonen, men der sås variationer fra 25,5% til 52% (sygeplejerskevisitation) og fra 52% til 72% (lægevisitation). I tre ud af fem studier fandt man at muligheden for telefonkonsultation ved en læge umiddelbart resulterede i færre konsultationer i klinikken, men 2 studier fandt dog øget incidens af genhenvendelser efter telefonisk konsultation (8).

Det forekommer intuitivt rigtigt, at et personligt kendskab til patienten er endnu vigtigere, når konsultationen foregår via telefonen, end når den foregår ved personligt fremmøde. Dette fremgår netop af et helt nyt skotsk studie, hvor man har undersøgt forskellen mellem telefonkonsultationer og konsultationer ved personligt fremmøde - hvad angår indhold, kvalitet og sikkerhed (3). Her har man lavet strukturerede interviews på 15 fokusgrupper (n=91) der både indeholdt læger og praksispersonale og som var fordelt på både land- og bypraksis. De nøgletemaer, der udsprang af fokusgruppeinterviewene blev bekræftet ved en spørgeskemaundersøgelse (n=582). Konklusionen var, at et personligt kendskab til patienten er endnu vigtigere ved telefonkonsultation end ved konsultation i klinikken samt, at telefonkonsultationer opleves som mest velegnede, når der allerede er etableret en klinisk diagnose.

Spørgsmålet: ”Erstatning af læger med sygeplejersker i primærsektoren” er søgt besvaret ved et review fra 2005, hvor man via gennemgang af 25 artikler har undersøgt indvirkningerne af forskellige sygeplejerske-udførte lægeopgaver (1). Man har undersøgt både patientrelaterede effektmål, kvalitet af konsultationsprocessen samt ressourceforbrug. Resultaterne af studiet var, at der generelt ikke var signifikant forskel mellem læger og sygeplejersker hvad angår patientforløb, ressourceforbrug og udgifter. Dog fandt man, at patienttilfredsheden for 5 studiers vedkommende var større for sygeplejerskekonsultationer end for lægekonsultationer. Man fandt også, at sygeplejerske anvender længere tid pr konsultation, giver mere information og indkalder patienterne hyppigere end lægerne gør. Konklusionen på studiet var, at veluddannede sygeplejerske ville kunne yde lige så høj kvalitet som læger. Resultatet skal dog tages med forbehold, da mange studier indeholdt metodologiske begrænsninger og da follow-up perioderne generelt var 12 måneder eller derunder. Om der vil være økonomiske gevinst ved at anvende sygeplejersker til traditionelle lægeopgaver afhænger af lønforskellen mellem læger og sygeplejersker og kan risikere at blive modsvaret af det øgede tidsforbrug.

**Forslag til fremtidig forskning på området**

Af fremtidig undersøgelser er det nødvendigt at afdække kvaliteten, patienttilfredsheden og de samfundsøkonomiske forhold ved telefoniske henvendelser visiteret af ikke lægeligt personale. Endvidere vil det være vigtigt at foretage større studier af lægelig visitation med et mere repræsentativt udsnit af de praktiserende læger og med mulighed for mere specifik afdækning af henvendelsesmønsteret - suppleret med kvalitative studier, der omhandler de enkelte faggruppers – og patienters holdninger og forventninger til telefonkonsultationer. Det vil også være af allerstørste relevans at afdække ovennævnte forhold i lægevagten, der jo i øjeblikket er genstand for hede diskussioner vedrørende organisation. Her tænkes i særdeleshed på diskussionen vedrørende sygeplejerskevisitation. Dette vil kunne danne et beslutningsgrundlag, som basis for en diskussion om en eventuel fremtidig omorganisering af de telefoniske henvendelser til praksis og i lægevagten.

**Konklusion**

Udfra denne undersøgelse kan vi konkludere, at

* patienterne henvender sig hovedsageligt vedrørende akut og ikke akut opstået sygdom, og de henvender sig kun i minimalt omfang vedrørende tidsbestillinger og receptfornyelser.
* knapt halvdelen af henvendelserne afsluttes uden yderligere tiltag via telefonen og en lidt mindre del sættes til konsultation med fremmøde.
* lægerne vurderer, at kun en tredjedel af henvendelserne ville kunne varetages af andet praksispersonale.

# Litteratur og referencer

1. Laurant M, Reeves D, Hermens R et al. Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane Database Syst Rev 2005, (2): CD001271.
2. Dansk Statistik.
3. P.L.O. Landsoverenskomsten 2006, paragraf 39.
4. McKinstry B, Watson P, Pinnock H et al. Telephone consulting in primary care: a triangulated qualitative study of patients and providers. Br J Gen Pract 2009, 209-16.
5. Dittmann L. Lægens og sekretærens telefonarbejde på en almindelig dag i almen praksis. MPL 2003, 81: 693-699.
6. Grinsted P. Praksisudvikling - en udfordring til almen praksis. Practicus Nov 2005, 172-174.
7. Region Syddanmark: Praksisplan på almenlægeområdet, juli 2008.
8. Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. Cochrane Database Syst Rev 2004, (4): CD004180.

**Bilag 1**

Telefonkonsultation - JA eller ??

Telefonkonsultationer er en stor del af en praktiserende læges hverdag. Den obligatoriske konsultationstime mellem 8 og 9 får ofte skyld for at være kaotisk og utilfredsstillende både for patienterne og lægerne. Der er dog vanskeligt at danne sig et overblik over henvendelsesgrund og udkomme af kontakten samt hvorvidt opkaldene evt ville kunne varetages af andet personale. På landsplan drejer det sig om ca ?? mill opkald pr år, og på trods af mængden af opkald forefindes næsten ingen undersøgelser, som belyser denne kontaktform.

Ofte fornemmes stor variation i lægers vurdering af, hvor stor en del af kontakterne, der nødvendiggør en læge i den anden ende af røret...og kan en sådan variation forklares udfra, hvad de enkelte opkald drejer sig om?! Bl.a det; ønsker vi at undersøge. Til brug herfor har vi valgt at anvende vedlagte spørgeskema.

Vejledning i spørgeskema –

Der ønskes en registrering af alle indkomne telefonopkald I lægens telefontid.

For hvert telefonopkald skal der sættes 3 krydser.

Kryds 1: Henvendelsesårsag. (Hvis flere problemstilinger, vælges hovedårsagen)

Vi ønsker den enkelte læges subjektive vurdering af, hvorvidt det drejer sig om akut- eller ikke akut opstået sygdom.

Kryds 2: Konsekvens af henvendelse:

Bliver opkaldet afsluttet i telefonen, bliver pt bedt om at komme til konsultation eller bliver pt viderehenvist til anden samarbejdspartner.

Kryds 3: Vurderer du at dette opkald krævede en lægelig vurdering eller kunne det varetages af andet praksispersonale (hermed menes relevant ikke-lægeligt personale, evt. en tænkt praksisopsætning med visiterende sygeplejerske)

Med venlig hilsen Lene Silberbauer, Maiken Brøndum,

Flemming Gade og Dorte Barrett

# Bilag 2

