

En empirisk undersøgelse af effektiviteten ved telefonkonsultationer i almen praksis



Forskningstræningshold 39 – november 2018

Camilla Lieder Holt
Helle Kold Bødtker Mortensen
Christa Harbo Lindvig

Vejleder: Professor Bo Christensen

Indholdsfortegnelse

Introduktion	3
Formål	3
Metode	4
Praksisbeskrivelse	4
Dataudtræk fra §87	4
Udvikling af spørgeskema	4
Dataindsamling	5
Resultat	6
Diskussion og perspektivering	8
Konklusion	11
Litteraturliste/referenceliste	12
Bilag 1	13
Bilag 2	14
Bilag 3	15
Bilag 4	16
Bilag 5	17
Bilag 6	18

Introduktion

I overenskomsten for almen praksis forpligtes den praktiserende læge til at være telefonisk tilgængelig samlet set mindst en time dagligt.¹ Alligevel er der forskellige måder at organisere sig på når det kommer til telefonkonsultationer.

Omkring 85% af danskerne er årligt i kontakt med deres alment praktiserende læge og mere end halvdelen af befolkningen (55%) havde telefonisk kontakt med deres praktiserende læge i 2013. I faktiske tal svarer det gennemsnitligt til to telefonkontakter pr. borger pr. år.²

I en tid hvor de praktiserende læger bliver færre mens der imidlertid bliver flere patienter og dermed større efterspørgsel på konsultationer,³ er lægetid en mangelvare. Et oplagt spørgsmål er så, hvordan udnyttes tiden bedst og hvordan får man mest sundhed ud af tiden? I Storbritannien har man indført telefonkonsultationer for at imødesee en stor efterspørgsel på tider samme dag. Et studie fandt at indførelse af lægevisiterede akuttider, hvor alle patienter som ringede ind og bad om en tid samme dag i stedet blev ringet op af lægen senere, resulterede i 39% færre konsultationer set over et år.⁴ Desuden fandt man en høj grad af patienttilfredshed ved denne organisation.

McKinstry et al. finder også, at telefonkonsultationer primært sparer lægetid hos patienter som ønsker tid samme dag, men at det sekundært kan resultere i øget arbejdsbyrde, da disse patienter havde flere konsultationer i ugerne efterfølgende, sammenlignet med de som blev set af lægen samme dag.⁵

Reinier A de Groot et al. fandt at ved omorganisering af telefonkonsultationer, reduceredes lægens arbejdstid ved telefonen med 39%. Omlægningen skete fra et system med direkte adgang til lægen i telefontiden, til et "call-back system" hvor opkaldene blev besvaret af praksisassistenter. Opkaldene blev enten håndteret og afsluttet af praksisassistenterne, eller hvis det ikke var muligt, sat på til ringe-tilbage-tider (fremover benævnt RT). På trods af at længden af de enkelte samtaler steg, faldt den samlede arbejdsbyrde med 39%.⁶

Vores hypotese er, at mindre eller ingen skemasat lægetelefontid reducerer arbejdsbyrden og frigiver mere tid for den enkelte læge til at se flere patienter i konsultationen.

Formål

Den overenskomstmæssige aftale om lægernes tilgængelighed pr. telefon løses i de fleste praksisser ved skemalagt telefonkonsultation (fremover benævnt TK).

Vi vil med denne opgave via audits i vores uddannelsespraksisser prøve at belyse, hvor mange af opkaldene i TK der udelukkende er af lægefaglig karakter. Herunder hvor mange der kræver lægehåndtering i telefonen og hvor mange der kan håndteres på alternativ vis via personale eller e-mail.

Med baggrund i disse data vil vi beregne, hvor meget tid der bruges ved telefonen, og hvor meget tid der kan spares ved omlægning af telefontiden.

Ud fra vores resultater og andre undersøgelser vil vi vurdere de forskellige muligheder for at organisere telefonkonsultationen i praksis.

Metode

Vi har foretaget en audit af effektiviteten ved telefonkonsultationer i vores tre uddannelsespraksisser.

Praksisbeskrivelse

Vi er tilknyttet tre vidt forskellige kompagniskabspraksisser, benævnt praksis A, B og C, i forhold til, hvordan TK organiseres, idet der er afsat hhv. 1 times, ½ times og ingen TK dagligt (se tabel 1).

	TK	Faste læger	Uddannelseslæger	Vikarer	Personale	Tilknyttede patienter
Praksis A	kl. 08.00-09.00 3-4 læger	3 (kompagniskabspraksis)	1	1	1 spl. 2 sekr.	4.753
Praksis B	kl. 08.00-08.30 2 læger	4 (delepraksis med 3 ydernumre)	1	0,5	2 spl. 2 sekr. 0,5 stud.med.	4.900
Praksis C	Ingen	3 (delepraksis med 2 ydernumre)	1	0	2 spl. 1 sekr. 0,5 stud.med.	3.552

Tabel 1. Praksisbeskrivelse. (spl. = sygeplejerske, sekr. = sekretær)

I praksis A sidder alle læger på nær én ved telefonen i TK. Kun to læger i praksis B sidder ved telefonen. I praksis B er TK organiseret således, at opkaldene bliver visiteret og til dels håndteret af 1-2 personaler (sekretærer, sygeplejersker og stud.med.). I praksis C sidder sekretær og/eller stud.med. ved telefonen og håndterer mest muligt og kan ved behov få lægen til at ringe tilbage.

Dataudtræk fra §87

Vi har sammenlignet de enkelte praksissers §87-data fra 2017. Der er siden da ikke ændret på organiseringen af dagsprogrammet for de tre praksisser. Data fremgår af nedenstående tabel (tabel 2). Man kan se at de tre praksisser ligger meget ens ift. antal konsultationer, telefonkonsultationer og e-mails på trods af den forskellige organisation.

	Praksis A	Praksis B	Praksis C
Dagsrelaterede ydelser (% forskel mellem praksis og region)	-7,8	+6,69	+5,10
Konsultationer (0101) pr. sikrede	3,0	3,51	3,76
Telefonkonsultationer (0201) pr. sikrede	1,3	1,25	1,45
E-mailkonsultationer (0105) pr. sikrede	0,9	1,05	0,95

Tabel 2. §87 statistik fra 2017.

Udvikling af spørgeskema

Vi har til undersøgelsen udformet et spørgeskema til afdækning af, hvordan TK bruges i vores tre praksisser, og hvor mange af henvendelserne der var lægefagligt relevante (se bilag 1). Vi søgte svar på, om TK *kun* kunne håndteres af en læge i telefonen eller alternativt kunne håndteres ved andet personale eller pr. e-mail. Desuden ønskede vi at undersøge tidsforbruget på TK for at se,

hvor stor en del af den afsatte tid lægerne faktisk talte i telefon. Ydermere spurgte vi til om henvendelsen var akut, defineret som noget der krævede håndtering samme dag, for at afdække andelen heraf.

Skemaet blev forud testet i klinikken en enkelt dag for at vurdere, om det var overskueligt og entydigt at anvende samt om der var tilstrækkelig tid til at udfylde det. Lægerne ved telefonen udfyldte skemaet den ene dag og kom med feedback. Efterfølgende justerede vi skemaet med tilføjelse af anførsel af kontaktårsagen, for bedre at kunne vurdere indholdet af kontakterne.

Inden brug blev der givet samme mundtlige instruktion til alle læger i brug af skemaet. Instruktionen var påført spørgeskemaet.

Ved praksis B, hvor TK bliver visiteret af praksispersonale, har vi desuden fået personalet ved telefonen til at svare på, hvor mange henvendelser de selv håndterede og afsluttede uden at stille videre til lægen samt hvor mange af disse henvendelser der var akutte (se bilag 2).

For de samme tre dage har vi i praksis A, B og C opgjort mængden af RT. Vi har ikke medregnet RT som var aftalt på forhånd mellem patient og læge, men kun dem hvor patienten henvender sig samme dag med en problemstilling, som kræver at lægen henvender sig telefonisk.

Dataindsamling

D. 25., 26. og 28. september udfyldte samtlige læger ved telefonen i praksis A og B skemaet.

Vi valgte ugedagene tirsdag, onsdag og fredag idet vi skønnede, at undersøgelsen ville være mest repræsentativ, hvis der indgik enten en mandag eller fredag, som vi anser som mere belastet i forhold til antallet af henvendelser i forhold til øvrige hverdage.

Resultat

Praksis A, B og C er forskelligt organiseret, og tidsforbruget på TK og RT er forskelligt. Praksis A har længst TK-tid og bruger derfor mest tid ved telefonen, og de har også færrest RT. Praksis B bruger ikke nær så lang tid ved telefonen, men har flere RT end praksis A. Praksis C har som ventet flest RT (se diagram 1 og bilag 6: tabel 3).

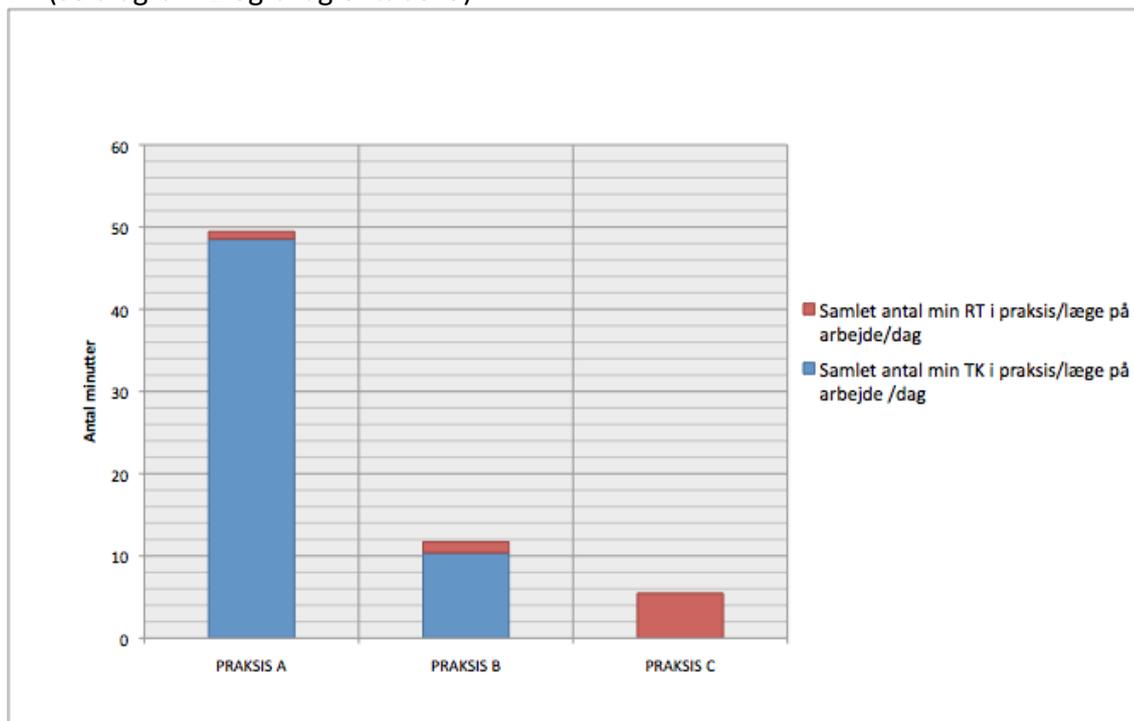


Diagram 1: Ugentlig samlet antal minutter pr. læge på arbejde i praksis ved TK/RT.

I praksis A og B blev der dagligt håndteret sammenlagt hhv. 34,67 og 12,33 pt. i TK. Dette svarer til henholdsvis hhv. 13,0 og 7,4 pr. læge ved telefonen.

Lægerne angav estimeret tidsforbrug for hver enkelt TK de håndterede. Samlet giver det gennemsnitligt 36,0 min dagligt pr. læge ved telefonen pr. dag for praksis A ud af de skemalagte 60 min og 14,67 min for praksis B ud af de 30 skemalagte min. Altså blev kun hhv. 60% og 49% af TK effektivt udnyttet.

Gennemsnitligt antal RT pr. dag for praksis A, B og C var hhv. 1, 2,33 og 6 (bilag 6: tabel 4).

Lægerne i praksis A og B vurderede at hhv. 51% og 46% af henvendelserne i TK var akutte, defineret som noget der krævede at blive håndteret samme dag (bilag 6: tabel 5). Desuden vurderede de at hhv. 52% (praksis A) og 27% (praksis B) af henvendelserne var problemstillinger, som *kun* kunne løses af en læge i telefonen og hhv. 29% og 59% kunne håndteres ved øvrigt personale alene.

Hvis personalet kunne konferere med en læge vurderedes det, at de kunne have håndteret hhv. 18% og 10% i praksis A og B og hhv. 12% og 5% kunne have været håndteret via e-mail.

For at kunne sammenligne de tre praksisser, har vi beregnet tidsforbrug for hhv. TK og RT pr. sikrede tilknyttet praksis (bilag 6: tabel 6).

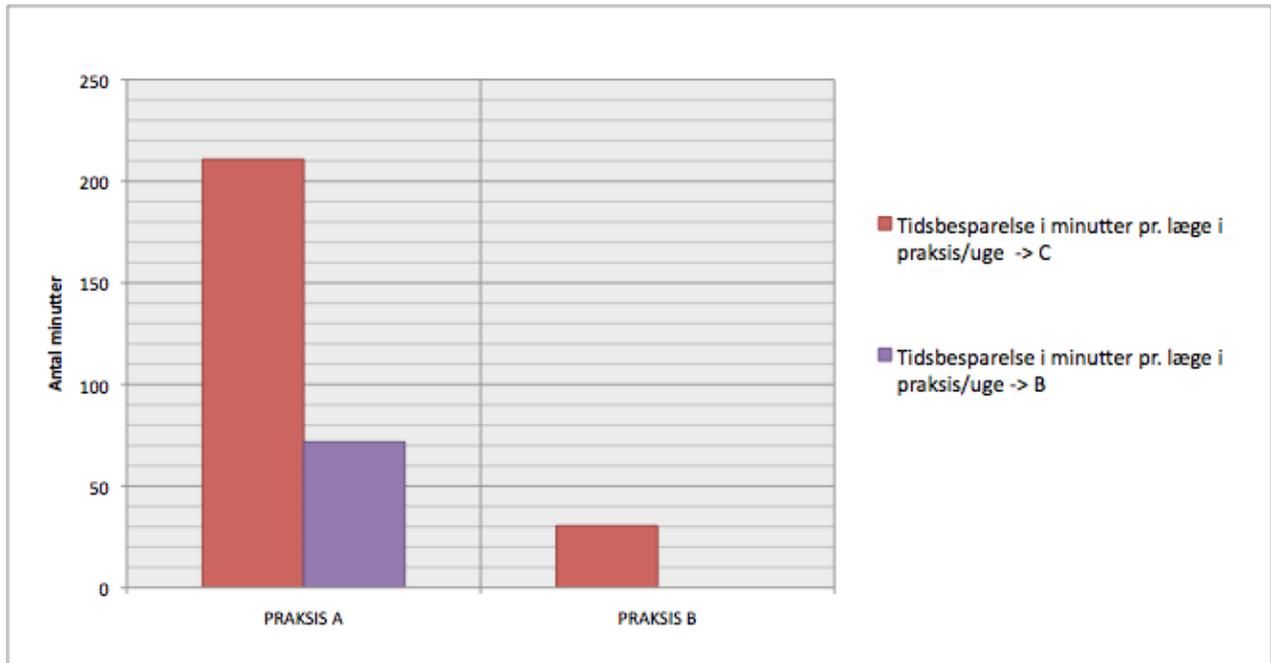


Diagram 2: Mulig tidsbesparelse i minutter ved omlægning af TK.

For at beregne tidsbesparelse ved en eventuel omorganisering, bruger vi praksis C (model C) som reference for, hvordan det kunne se ud, hvis man afskaffede TK og praksis B (model B), hvis man reducerer TK og indfører visitation ved personale.

Vi antager at patienter tilknyttet praksis A og B, ville have samme frekvens af RT da de er demografisk sammenlignelige (§87, tabel 2).

En mulig tidsbesparelse ved omlægning til model C beregnes til 210 min. pr. læge pr. uge i praksis A, og 30,4 min pr. læge pr uge i praksis B (diagram 2). Dette svarer til en besparelse på hhv. 85% og 60% af det samlede tidsforbrug på telefonkonsultationer.

I spørgeskemaet oplyste lægerne i praksis A, at 29% af opkaldene ville være kunnet håndteret af øvrigt personale. For at vurdere den mulige tidsbesparelse, som praksis A ville kunne opnå ved at omlægge til praksis B's model, antages at alle 29%, ville være blevet håndteret af det visiterende personale. Således kan der udregnes at praksis A ville spare 72 min. pr. læge samlet set (diagram 2).

Man kan desuden beregne, hvilke økonomiske konsekvenser afskaffelse af telefontiden kan have. Hvis vi antager, at man i stedet for én times TK ville have minimum 4 konsultationer, svarer det til en indtjening på mindst 569,76,- (jf. honorartabel pr. 1. oktober 2018). Der vil antaget være en merudgift til en sekretær ved telefonen den første time på estimeret 250,-. Hvis vi antager, at den indtjening der ellers ville være ved TK i stedet kommer ved at personalet håndterer det samme antal telefonkonsultationer og øvrige bliver håndteret ved læger i RT, forbliver det samlede honorar ved telefonkonsultationer uændret. Det vil som minimum betyde en merindtjening på 319,76,- dagligt pr. læge.

Diskussion og perspektivering

Vores audit viser, at man ved omlæggelse af praksis A til model C kan spare 210 min. pr. læge pr. uge, svarende til en tidsbesparelse på 85%. Vi finder at ca. halvdelen af henvendelserne bliver vurderet som akutte og at kun omtrent halvdelen af tiden afsat til TK bliver udnyttet effektivt.

Ved beregninger finder vi at man minimum kan opnå en økonomisk gevinst ved at omlægge fra TK til konsultationer på omkring 320,- dagligt pr. læge.

Vi vurderer at de tre patientpopulationer kan sidestilles, idet der er tale om praksisser der ligger forholdsvis nært geografisk og alle i mindre byer med antageligt sammenlignelig patientsammensætning i forhold til aldersgrupper, etnicitet og socialklasser. Ved sammenligning af §87-udtræk er praksisserne ligeledes sammenlignelige mht. antal ydelser i form af konsultationer, telefonkonsultationer og e-mail konsultationer.

Vi har forsøgt at optimere spørgeskemaet mest muligt ved test i klinikkerne inden brug, og mener at vi kom frem til overskuelige skemaer, som vi desuden instruerede grundigt i brugen af.

Dataindsamlingen foregik kun over tre dage, som var udvalgt efter hvilke vi fandt mest repræsentative. Hvis vi ikke har fået repræsentative dage med, vil vi få hhv. under- og overestimeret mængden af TK. Derudover er der også sæsonvariation, således at der er mere travlt på telefonen i influenzasæson end i fx en sommerferie. Dette har vi ikke justeret for. Hos praksis A og B hvor TK-tiden er fastlagt, vil det ikke have indflydelse på vores beregninger, men i praksis C har det indflydelse på, hvor mange RT der er pr. dag, særligt fordi disse stadig skal kunne håndteres i løbet af dagen, uden at der er skemalagt tid til dette. I særligt travle perioder vil dette medføre at lægens dagsprogram belastes tidsmæssigt, hvis der ikke er taget højde herfor ved ekstra afsat tid til RT.

På to af undersøgelsesdagene sad forfatterne selv med ved telefonen, men vi har valgt ikke selv at indgå i undersøgelsen, hvorfor vi ikke har udfyldt skemaer. Vi tæller derfor heller ikke med som en læge ved telefonen men stadig som værende på arbejde. Dette for at undgå at vi kunne påvirke resultatet af undersøgelsen. Det fremstår derfor som om, at der var færre læger ved telefonen, end der reelt var. Havde vi indgået i undersøgelsen, ville vi formentlig fremkomme med et endnu større tidsforbrug i gennemsnit for lægerne ved telefonen og dermed også en større mulig tidsbesparelse.

I forhold til RT har vi medregnet dem, der blev håndteret af forfatterne, da vi mener at det er mest retvisende.

Ved gennemlæsning af skemaerne så vi, at flere læger for enkelte TK har sat flere krydser. Således både kryds ved "KUN ved læge i telefonen" og for samme pt. kryds ved "Ved e-mail" eller "ved øvrigt personale". I sådanne tilfælde har vi valgt at se bort fra det første kryds. På den måde er antallet af "KUN ved læge i telefonen" for praksis A reduceret med 4 krydser. Dette betyder at det fremstår, som om flere vil kunne håndteres af øvrigt personale end der oprindeligt er krydset af, således at tidsbesparelsen ved omlægning fra modellen i praksis A til praksis B kan være overestimeret.

Ved de endelige udregninger bruger vi praksis C som reference for, hvor mange RT en praksis uden TK har. Vi har undervejs korrigeret for antallet af patienter tilmeldt praksis. Hvis praksis C ikke er repræsentativ med antallet af RT, vil det naturligvis føre til at man enten under- eller overestimerer den mulige tidsbesparelse. Af §87-udtrækket (tabel 2) fremgår det, at praksis C ikke

skiller sig væsentligt ud mht. antallet af telefonkonsultationer ift. regionsgennemsnittet. Det er dog ikke muligt af udtrækket at se, hvor mange af disse konsultationer der foretages af hhv. personale og læge, men vi har ingen grund til at antage at praksis C's personale adskiller sig væsentligt fra øvrige praksis ift. kompetencer.

I beregningerne af sparet tid ved omlægning fra praksis A's til praksis B's model, har vi benyttet den oplysning som praksis A anførte i skemaerne, nemlig at ca. 29% af henvendelserne vil kunne håndteres ved øvrigt personale. Forudsætningen for at man således kan spare 72 min pr. uge sv.t. 29% af den samlede tid er, at praksis A udnytter hele telefontiden. Vi har ud fra skemaerne vist, at de reelt bruger mindre tid ved TK end skemasat, hvorfor den samlede besparelse er et udtryk for minimumsbesparelsen og formentlig er underestimeret. Dog er det daglige indtryk fra praksis A at lægerne taler med patienter i hele TK og at varigheden af de enkelt TK er underestimeret.

Ved afskaffelse af TK er der mulighed for at se flere patienter i konsultationen. Dette vil give en større indtjening til praksis og mulighed for at nedbringe ventetiden på konsultationer.

Det er påfaldende, at der er så stor forskel på praksis A og B, i forhold til hvor stor en andel af TK der angives til at kunne håndteres ved personalet alene, og hvor stor en andel der vurderes *kun* kan løses af en læge i telefonen. Således angives andelen der kan håndteres af personale alene til 29% i praksis A mod 59% i praksis B. Dette kan bero på, at patientkulturen er forskellig praksisserne imellem. I praksis A, hvor det er muligt at kontakte lægen direkte pr. telefon hver dag, vil flere patienter formentlig vælge denne mulighed, frem for at sende lægen en e-mail. Endelig kan det være at lægerne i større grad i praksis A bruger TK til at give svar på prøver og til opfølgning frem for ved fremmøde i konsultation.

Kun omtrent halvdelen af henvendelserne i både praksis A og B blev vurderet til at være akutte, og den resterende andel af TK må formodes i stort omfang at kunne omlægges til e-mail. Den reelle andel af henvendelser til praksis A, der kan håndteres uden kontakt til lægen, er således formentlig større end den skønnede, hvorfor den beregnede tidsbesparelse vil være tilsvarende større. At knap halvdelen af opkaldende i TK i praksis B reelt blev håndteret af personalet taler ligeledes for, at de 29% er et lavt skøn.

Man ville forvente, at der i praksis C var en større andel e-mail konsultationer generelt pga. manglende TK, hvilket ikke er tilfældet (jf. tabel 2). Det tyder altså på at man godt kan afskaffe TK uden at andelen af e-mails stiger betydeligt.

Antal ydelser for telefonkonsultationer pr. sikrede er relativt ens i de tre praksisser (jf. §87, tabel 2). Man ville ellers forvente flere telefonkonsultationer i praksis A og til dels praksis B grundet TK. Dette kunne indikere, at personalet i praksis B og C egenhændigt håndterer mange henvendelser pr. telefon med råd og vejledning.

Praksis A havde færrest og praksis C flest RT. Det ses dog, at der uagtet organisationsform vil være henvendelser, der kræver håndtering af lægen over telefonen, idet der i praksis A og B også ses at være RT dog betydeligt færre end i praksis C.

Heraf kan man formode at TK nedbringer antallet af RT og dermed uforudsete opgaver og afbrydelser i løbet af dagen. For den enkelte læge ville det dog kun udgøre estimeret 1,5 flere RT dagligt ved afskaffelse af TK.

Det kan diskuteres om tiden er bedst udnyttet ved TK. Det ses at lægerne kun taler i telefon ca. halvdelen af tiden i TK. Mellem opkaldene kan muligvis håndteres f.eks. epikriser, blodprøver og andet, men formentlig ikke særlig effektivt grundet mange afbrydelser. Omvendt skal ikke skemalagte RT indpasses i et almindeligt dagskema.

Man kunne forudse at afskaffelse af TK og indførelse af telefonvisitation ved personalet, ville føre til flere konsultationer vedrørende akutte henvendelser, som ellers kunne have været afsluttet over telefonen af en læge. Vi finder imidlertid ikke et større antal konsultationer i praksis C sammenholdt med de to andre praksisser, så det lader ikke til at være tilfældet (tabel 2).

En anden konsekvens af afskaffelse af TK er risikoen for, at patienten først henvender sig op af dagen med klager, som kræver akut håndtering, evt. et hjemmebesøg. Lægen har således ikke samme mulighed for at planlægge sin dag fra morgenstunden. Man vil dog uanset hvad aldrig kunne undgå kontakter senere på dagen som kræver håndtering, da akut sygdom jo kan indsætte hele dagen.

Nogle vil nok betragte det som god service, at man hver dag har mulighed for at tale med egen læge. Vi har oplevelsen af, at en praksis med stor andel TK-tid i høj grad anvender denne til planlagt opfølgning og svar på prøver. Således har samme lægen mulighed for at følge op fra dag til dag og komme i dialog med patienten omkring hvordan det går og i fællesskab lægge en plan. En sådan kontinuitet i patientkontakten kan både øge kvaliteten af behandlingen og give lægen en større tilfredshed ved forløbet. I vid udstrækning vil personale dog også kunne give svar på undersøgelser over telefonen, hvis de har de rette kompetencer. Dette kræver naturligvis at personale er tilstrækkeligt fagligt uddannede til at kunne håndtere henvendelserne og fra lægen kræver det tillid til at personalet kan håndtere opgaven på betryggende vis.

Hvis man antager at flere patienter vil kunne håndteres ved TK af en læge i stedet for at skulle møde frem til en konsultation, ville flere patienter undgå at skulle op til lægen og evt. tage fri fra arbejde. I nogle tilfælde vil en konsultation dog give bedre betingelser for god behandling, idet en del kommunikation går tabt, når man ikke kan se patienten og en objektiv undersøgelse naturligvis må undlades. Et studie⁵ understøtter dette idet det viser, at patienter der udelukkende har talt med lægen i telefonen har større tilbøjelighed til efterfølgende at efterspørge en konsultation hos lægen, sammenlignet med patienter der møder til en konsultation.

En af de største gener for patienterne har ved Dan-PEP undersøgelser vist sig at være ventetid på at komme i kontakt med en læge.⁷ Der er ofte lange køer på telefonen om morgenen, men ved at patienten kan ringe til personalet over et større tidsrum, f.eks. hele formiddagen, forventes ventetiden i telefonen at nedbringes. Patienten skal så blot være tilgængelig når lægen ringer tilbage. En bekymring kunne da være, om lægen ofte må ringe forgæves. Dette lader dog ifølge et Hollandsk studie ikke til at være et større problem⁶. Da populationen i Holland er sammenlignelig med den danske, vil vi ikke forvente at det forholder sig anderledes hos vores patienter.

Vi fandt en mulig økonomisk gevinst ved omlægning af TK til konsultationstider. Vi antog, at det var nødvendigt med ekstra bemanning med sekretær ved telefonen i samme tidsrum. Det kunne meget vel tænkes, at de telefoniske henvendelser, der tidligere var i TK om morgenen ville blive mere spredt ud over dagen. Derved ville sekretæren evt. kunne betjene telefonen sideløbende med andre funktioner, hvorfor der ikke ville være en merudgift til aflønning. Desuden vil der til de fire ekstra konsultationer, der bliver tid til ved afskaffelse af TK, formentlig også kunne lægges

diverse tillægsydelser og nogle dage ville man have flere konsultationer. Således vil den økonomiske gevinst være større end vi har beregnet.

Konklusion

Vores undersøgelse giver grundlag for at antage, at man kan nedbringe eller helt afskaffe TK, hvis man ønsker at frigive mere lægetid. Vi finder ikke indikationer for, at dette skulle medføre betydeligt flere e-mailkonsultationer eller konsultationer.

Ud fra patienternes perspektiv tyder studier på, at fordele opvejer ulemper ved en sådan omlægning,^{4,7} særligt fordi det kan medføre nedsat ventetid i telefonen. Omvendt kan patienten ikke komme i direkte kontakt med lægen.

Ud fra et økonomisk perspektiv ser det ligeledes ud til, at afskaffelse af TK vil medføre en øget indtjening. Vi vurderer at de undersøgte praksisser er sammenlignelige og repræsentative, men naturligvis ville en større undersøgelse over længere tid og involverende flere forskellige praksisser belyse problemstillingen nærmere.

Omlægning af praksisorganisation kræver grundlæggende, at personalet har de rette kompetencer til at løfte opgaven. Endelig kan lægen have egne præferencer med hensyn til arbejdstilrettelæggelse og indstilling til tilgængelighed, som vægtes højere end både tidsmæssige og økonomiske perspektiver.

Litteraturliste/referenceliste

1. Overenskomst om almen praksis, 2018
2. Sundheds- og Ældreministeriet. Befolkningens kontakter til almen praksis. 2016
3. PLO Faktaark. 2017
4. Jiwa M, Mathers N, Campbell M. The effect of GP telephone triage on numbers seeking same-day appointments. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 390-391
5. McKinstry B, Walker J, Campbell C, Heaney D, Wyke S. Telephone consultations to manage requests for same-day appointments: a randomised controlled trial in two practices. *Br J Gen Pract*, 2002; 52: 306-310.
6. De Groot RA, da Hann J, Bosveld HEP, Nijland A, Meyboom-de Jong B. The implementation of a call-back system reduces the doctor's workload, and improves accessibility by telephone in general practice. *Family Practice* 2002; 19: 516-519.
7. Hove M, Heje H, Olesen F, Vedsted P. Danske Patienter Evaluerer Almen Praksis - Projektafrapportering december 2002 – marts 2006. 2006 (<https://pure.au.dk/portal/files/13216569/DanPEP-rapport.pdf>)

Bilag 3

Spørgeskemaresultater: PRAKSIS A (Lægerne i Skovby)

Dato	25/9	26/9	28/9	Gennemsnitligt
Læger på arbejde	3	4	3	3,33
Læger ved telefonen	2	3	3	2,67
Skemalagte TK	27	35	42	34,67
Varrighed af skemalagt TK	180 min	180 min	180 min	180 min
Telefontid pr. læge på arbejde	60 min	45 min	60 min	55 min
Samlet varighed af TKer	77,75 min	90,75 min	119,5 min	96 min
Udnyttelse af skemalagt TK	42%	51%	64%	45%
"Spildtid" ved telefonen	104 min	89 min	62 min	85 min
Tilbageringninger	3	0	0	
Personale ved telefonen	0	0	0	0
Pt. afsluttet ved personale	0	0	0	0
Patienter håndteret i skemalagt TK i alt (personale+læger)	Samme som kun læge			
Akutte pt. i skemalagt TK (personale+læger)	10	20	23	17,6
KUN ved læge i telefon	17	17	20	18
Ved øvrigt personale efter konf. Med læge	6	6	7	6,3
Ved øvrigt personale	4	10	16	10
Ved E-mail	6	6	0	4

Bilag 4

Spørgeskemaresultater: PRAKSIS B (Lægerne Bjarquesvej)

Dato	25/9	26/9	28/9	Gennemsnitligt
Læger på arbejde	6	5,5 (inkl. Christa)	4,5	5,33
Læger ved telefonen	2	1 (excl. Christa)	2	1,67
Skemalagte TK	6	9	6	7
Varrighed af skemalagt TK	60 min	45 min	60 min	55 min
Telefontid pr. læge på arbejde	10 min	8,2 min	13,3 min	10,5 min
Samlet varrighed af TKer	22,5 min	26 min	25 min	24,5 min
Udnyttelse af skemalagt TK	37,5%	58%	42%	45%
"Spildtid" ved telefonen	37,5 min	19 min	35 min	30,5 min
Tilbagekaldninger	3	2	2	2,33
Personale ved telefonen	1	2	1	1,33
Pt. afsluttet ved personale	6	6	5	5,67
Pt. håndteret i skemalagt TK i alt (personale+læger)	12 (6+6)	14 (9+5)	11 (6+5)	12,33
Akutte pt. i skemalagt TK (personale+læger)	7 (3+4)	7 (4+3)	3 (1+2)	5,67
KUN ved læge i telefon	4	3	3	3,33
Ved øvrigt personale efter konf. Med læge	1	1	2	1,33
Ved øvrigt personale	1	3	1	1,67
Ved E-mail	0	2	0	0,67
Tidsforbrug pr. pt. håndteret i skemalagt TK	5 min pr. pt. (7,5 med personaletid indregnet)	3 min pr. pt. (7 med personaletid indregnet)	5,5 min pr. pt. (8,2 med personaletid indregnet)	4,5 min pr. pt. (7,5 med personaletid indregnet)

Bilag 5

Spørgeskemaresultater: PRAKSIS C (Lægerne i Låsby)

Dato	25/9	26/9	1/10	Gennemsnit pr læge
Faste læger på arbejde	1	2	3	
Uddannelseslæger på arbejde	1 (+ HK)	(HK)	(HK)	
Personale ved tlf	2	2	2	
Tilbageringninger	4	5+4 (+1)	2+1+1	2,8
Konf med lægen		1+2	1	0,7

Antal TK i uge 39: 146

Antal e-mails i uge 39: 86

Bilag 6

	Praksis A	Praksis B	Praksis C
Samlet antal minutter TK i praksis/uge	801	250.5	0
Samlet antal minutter TK i praksis/uge/ 1.000 pt.	169	51	0
Samlet antal minutter RT i praksis/uge	15	35	90
Samlet antal minutter RT i praksis/uge/1.000 pt.	3	7	25

Tabel 3. Tidsforbrug på TK og RT angivet på de forskellige praksismodeller.

	Praksis A	Praksis B	Praksis C
Gns. antal læger på arbejde	3,3	5,3	3,3
Gns. antal læger ved tlf. i TK	2,67	1,67	0
Gns. antal pt. håndteret i TK	34,67	12,33	0
Estimeret samlet varighed af TK pr. læge ved tlf. i min.	36,0	14,67	0
Gns. antal RT for hele praksis	1	2,33	6

Tabel 4. Telefonkonsultationer pr. dag. (Gns. = gennemsnitligt)

	Praksis A	Praksis B
Andel af akutte patienter i TK	17,6 (51 %)	5,67 (46%)
Andel af patienter der KUN kunne håndteres ved læge i tlf.	18 (52%)	3,3 (27%)
Andel af patienter der kunne håndteres ved øvrigt personale efter konference med læge	6,3 (18%)	1,3 (10%)
Andel af patienter der kunne håndteres ved øvrigt personale alene	10 (29%)	7,3 (59%)
Andel af patienter der kunne håndteres ved e-mail	4 (12%)	0,67 (5%)

Tabel 5. Kvalitativ vurdering af TK. Tallene er gennemsnitlige tal over de 3 dage undersøgelsen er udført.

	Praksis A	Praksis B	Praksis C
Samlet antal minutter TK+RT* i praksis/uge	816	285.5	90
Samlet tidsbesparelse i praksis ved omlægning -> model C	695.6	161.3	
Tidsbesparelse i minutter pr. læge i praksis/uge -> C	210.8	30.4	
Samlet tidsbesparelse i praksis ved omlægning -> B	236.6		
Tidsbesparelse i minutter pr. læge i praksis/uge -> B	71.7		

Tabel 6: Mulige tidsbesparelse ved omlægning af TK i Praksis A og B.

*RT estimeres til 3 min (sv.t. gns. af estimeret tidsforbrug ved hver TK).