

Om helsetjenesten

Telefontilgjengelighet hos fastlegen

Sammendrag

Bakgrunn. Vi ønsket å kartlegge telefontilgjengeligheten ved 100 tilfeldig utvalgte fastlegekontor, og definere en standard som det enkelte legekontor kan sammenlikne seg med.

Metode. I en uke registrerte Telenor alle anrop til hvert kontor, hvor mange som ble besvart, forble ubesvart eller ikke kom gjennom. Gjennomsnittlig ventetid på svar og samtaletid ble også registrert. Kontorene fikk tilsendt hver sin rapport, sammenliknet med gjennomsnittet. En tilgjengelighetsindeks ble kalkulert ved å dividere andel besvarte anrop med gjennomsnittlig holdetid (ventetid + samtaletid). Bakgrunnsvariabler for hvert legekontor ble innhentet gjennom spørreskjema.

Resultater. Det var i gjennomsnitt 266 anrop (95 % konfidensintervall (KI) 219–312 anrop) per uke per 1 000 personer på liste. 66 % (95 % KI 61–71 %) av disse ble besvart. Gjennomsnittlig ventetid på svar var 25 sekunder (95 % KI 20–30 sekunder), samtaletiden 119 sekunder (95 % KI 111–127 sekunder). I løpet av et år besvarer fastlegekontorene 7,0 anrop (95 % KI 6,4–7,5 anrop) per person på liste. Tilgjengelighetsindeksen viste stor variasjon, men var stort sett uavhengig av registrerte bakgrunnsvariabler.

Fortolkning. Undersøkelsen bekrefter at noen fastlegekontor har dårlig telefontilgjengelighet, men sammenliknet med tidligere registreringer er tilgjengeligheten bedret til tross for en meget sterk økning i pågangen. Strukturelle forhold ved legekontorene kan i liten grad forklare variasjonen i telefontilgjengelighet. Trolig spiller interesse, serviceinnstilling og holdninger en vesentlig rolle.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Hogne Sandvik

hogne.sandvik@isf.uib.no

Steinar Hunsbår

Seksjon for allmennmedisin
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen
Kalfarveien 31
5018 Bergen

Brukerundersøkelser har vist økende tilfredshet med primærlegetjenesten etter innføring av fastlegeordningen, men det er misnøye med telefontilgjengeligheten (1–3).

Fastlegene skal prioritere sine egne listepasienter, og «fremmede» pasienter vil oftere enn før bli avvist. Pasientene har færre alternativer å velge mellom. Dette stiller større krav til fastlegenes tilgjengelighet enn hva som var vanlig før fastlegeordningen trådte i kraft (4). Det kan også forklare at pasienter rapporterte større problemer med telefontilgjengelighet i fastlegeforsøket enn i konvensjonelle praksistyper (5).

Formålet med denne undersøkelsen var å kartlegge telefontilgjengeligheten ved et tilfeldig utvalg norske fastlegekontor. Ved å inkludere et større antall, kan vi dessuten definere en gjennomsnittsstandard som enkeltkontor senere kan sammenlikne seg med.

Materiale og metode

Studien ble gjennomført høsten 2003. Vi sendte ut 240 invitasjoner til et tilfeldig utvalg norske fastlegekontor, og fikk svar fra 147. Seks adresser var ugyldige, slik at svarprosenten var $147/234 = 63$. Ett kontor ønsket ikke å delta, 42 var ikke målbare av ulike tekniske grunner, 100 ble inkludert, og fire svarte for sent.

Invitasjonen bestod av et spørreskjema som legekontoret måtte returnere for å bli inkludert. Her innhentet vi opplysninger om antall leger, antall kurative legedager per uke, antall medarbeiderdager per uke og listelengde. Listelengden ble supplert og kontrollert mot Rikstrygdeverkets fastlegeoversikt (6). Samme kilde ble brukt til å registrere listelengde og antall leger for de kontorene som ikke svarte.

Vi innhentet også opplysninger om praksis når pasientene ønsket å snakke med legen på telefon, om samtalen vanligvis ble satt over til legen selv om han var opptatt

med en annen pasient, om han hadde egne telefontider eller ringte tilbake på et høvelig tidspunkt. Vi spurte om kontoret hadde diskutert telefontilgjengeligheten sin i løpet av det siste halvåret, og hvor bra de mente den var. Her kunne man velge mellom fem svaralternativer: meget bra, bra, brukbar, dårlig, meget dårlig.

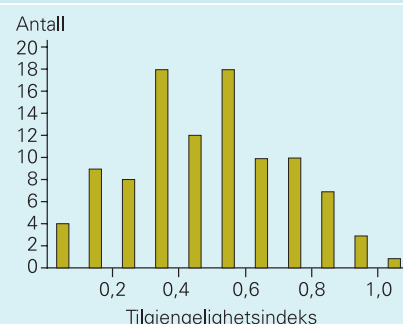
Vi kartla om man hadde talemaskin/køordner på sentralbordet, og hvor lenge automatisk telefonsvarer var koblet inn hos dem som brukte dette. Vi spurte også om man hadde eget telefonnummer for øyeblikkelig hjelp, hemmelig telefonnummer, telefaks eller epost, og hvor mange henvendelser man i så fall mottok via disse kanalene.

Antall telefonlinjer ble kartlagt i forbindelse med Telenors trafikkteiling som ble gjort i midten av november (uke 46). Disse tellingene gav detaljerte oversikter over antall anrop gjennom hele døgnet, sammen med hvor mange anrop som ble besvart, forble ubesvart, møtte opptattsignal eller «sperr». Sperr er avviste anrop som følge av manglende linjekapasitet. Gjennomsnittlig ventetid på svar og samtaletid ble også registrert. Tilsvarende ble det registrert antall utgående anrop med tilhørende holdetid. Svar fra talemaskin eller automatisk telefonsvarer er inkludert i samtaletiden. Slike maskiner vil vanligvis medføre kortere ventetid og lengre samtaletid. Summen av ventetid og samtaletid (holdetiden) er derfor det beste grunnlaget når alle kontorene skal sammenliknes.

I tilbakemeldingen til legekontorene ble det, sammen med den individuelle rapporten fra Telenor, gitt en sammenlik-

! Hovedbudskap

- Til tross for økende tilfredshet med fastlegeordningen er mange brukere misfornøyd med fastlegenes telefontilgjengelighet
- Måling hos 100 tilfeldige fastlegekontor viser at to av tre anrop besvares
- Det er økende telefontrafikk hos fastlegene, og stor variasjon i tilgjengeligheten
- Målbare, strukturelle forhold ved legekontorene forklarer ikke variasjonen i tilgjengelighet

Figur 1

Fordeling av de 100 legekantorene etter telefontilgjengelighet

ning med gjennomsnittstall for alle de 100 deltakerne. Denne omfattet antall anrop (justert for listelengde) innenfor normal arbeidstid (kl 0800–1530), fordelt på besvarte, ubesvarte, opptatte og sperr. Gjennomsnittlig ventetid, samtaleid og holdetid ble også rapportert i denne sammenlikningen.

Tre måneder senere fikk de inkluderte legekantorene et nytt spørreskjema hvor vi spurte om rapporten hadde ført til noen tiltak fra kontorets side, og i så fall hvilke. Vi spurte også hvor bra de nå syntes telefonilgjengeligheten deres var, med de samme svaralternativene som i det første invitasjonsbrevet.

Medarbeiderfaktor ble definert som antall medarbeiderdager per uke dividert med antall kurative legedager. Antall besvarte anrop per person på liste per år ble beregnet ved å multiplisere uketallene med 52. En tilgjengelighetsvariabel ble konstruert ved å dividere andel besvarte anrop (prosent) med holdetiden (sekunder). Denne variabelen var tilnærmet normalfordelt (fig 1) og ble analysert i forhold til bakgrunnsvariablene ved legekantorene. I tillegg til sammenlikninger ved hjelp av t-test, khikvadrattest og Pearsons korrelasjonskoeffisient ble det gjort en lineær regresjonsanalyse med telefonilgjengeligheten som avhengig variabel og følgende forklaringsvariabler: kommunens innbyggertall, listelengde, antall leger, kurative legedager per uke, medarbeiderdager per uke, antall telefonlinjer, bruk av talemaskin/køordner og antall timer som automatisk telefonsvarer var koblet inn. Det ble også utført tilsvarende regresjonsanalyser med holdetid og andel besvarte anrop som avhengig variabel. Statistisk signifikans ble satt til $p < 0,05$.

Resultat

De 100 legekantorene hadde i gjennomsnitt 2,7 leger (95 % KI 2,4–3,0 leger), 10,3 kurative dager per uke (95 % KI 9,2–11,5 dager), en medarbeiderfaktor på 1,3 (95 % KI 1,2–1,4), og en samlet listelengde på

3 494 pasienter (95 % KI 3 073–3 915 pasienter). Tabell 1 viser at legekantor fra store kommuner og med lange lister er overrepresentert, og at solopraksiser er underrepresentert blant de inkluderte. Forholdsvis flere legekantor i småkommuner falt ut fordi de ikke var målbare. Resultatet av trafikkteilingene, fordelt på kontorer med og uten talemaskin, er vist i tabell 2.

45 % hadde eget telefonnummer for akutte henvendelser, og disse rapporterte i gjennomsnitt fem henvendelser per dag på dette telefonnummeret. 79 % hadde hemmelig telefonnummer med seks henvendelser, 79 % hadde faks med to henvendelser, og 11 % hadde e-post med to henvendelser per dag. 43 % brukte talemaskin/køordner og 78 % automatisk telefonsvarer som var innkoblet gjennomsnittlig 6,8 timer (95 % KI 5,6–7,9 timer) per uke.

Ved 14 % av kantorene var det vanlig praksis at de som ville snakke med legen, ble satt direkte over, selv om legen satt i konsultasjon med en annen pasient. Ved 10 % av kantorene hadde legene egne telefontider, og ved 52 % pleide legen å ringe tilbake på et høvelig tidspunkt. Resten av kantorene hadde varierende praksis fra lege til lege.

Den gjennomsnittlige tilgjengelighetsindeksen var 0,49 (95 % konfidensintervall 0,45–0,54, median 0,50, minimum 0,03 og maksimum 1,05). Fordelingen er også vist som et histogram i figur 1. Det var ingen signifikant korrelasjon mellom tilgjengelighetsindeksen og kommunestørrelse, listelengde, antall kurative legedager eller ventetid på ordinær time. Tilgjengelighetsindeksen var også uavhengig av om legekantoret hadde alternative kontaktmuligheter (eget nummer for øyeblikkelig hjelp, hemmelig telefonnummer, faks eller e-post).

Det var en tendens til at kontorer med talemaskin hadde bedre telefonilgjengelighetsindeks enn de andre (0,54 mot 0,46, $p = 0,06$). Det var signifikant positiv korrelasjon mellom tilgjengelighetsindeksen og antall telefonlinjer per 1 000 personer på listen ($R = 0,22$). Det var signifikant negativ

korrelasjon mellom tilgjengelighetsindeksen og økende bruk av automatisk telefonsvarer ($R = -0,20$). Medarbeiderfaktoren viste ingen signifikant korrelasjon med telefonilgjengeligheten.

I regresjonsanalysen var det bare bruk av automatisk telefonsvarer som bidrog signifikant til å forklare variansen i tilgjengelighetsindeksen ($\beta = -0,26$). Ingen av forklaringsvariablene bidrog signifikant til å forklare variansen i holdetid. Tre forklaringsvariabler bidro signifikant til å forklare variansen i andel bevarte anrop: antall telefonlinjer ($\beta = 0,37$), bruk av talemaskin ($\beta = 0,33$) og bruk av automatisk telefonsvarer ($\beta = -0,30$).

Ved 79 % av kantorene hadde man diskutert telefonilgjengeligheten sin i løpet av det siste halvåret. Det var ingen signifikant forskjell i tilgjengelighet mellom dem som hadde diskutert sin tilgjengelighet og dem som ikke hadde diskutert dette.

Deltakernes egen mening om kontorets telefonilgjengelighet før og etter registreringen er vist i tabell 3. De tre dårligste gruppene er slått sammen da bare fire før og seks etter registreringen mente at deres tilgjengelighet var dårlig eller meget dårlig. Andelen som mente at telefonilgjengeligheten deres var brukbar eller dårligere, avtok fra 48 % til 33 % ($p < 0,05$). Det var signifikante forskjeller i tilgjengelighetsindeksen mellom de tre gruppene før registreringen, og mellom de to dårligste gruppene etter registreringen. Forskjellen var bare grensesignifikant mellom de to beste gruppene etter registreringen ($p = 0,07$).

Det var ti deltakerkontor som ikke besvarte den andre henvendelsen. Disse hadde dårligere telefonilgjengelighet enn de som svarte (0,32 mot 0,51, $p < 0,05$). Det var 13 som hadde ulike innvendinger mot undersøkelsen eller som eksplisitt kommenterte at det var umulig å forbedre telefonilgjengeligheten. Disse hadde også dårligere telefonilgjengelighet enn resten (0,39 mot 0,54, $p < 0,05$).

Av de kantorene som besvarte den andre henvendelsen, var det 38 % som ville iverksette et eller annet tiltak for å forbedre tele-

Tabell 1 Sammenlikning av inviterte og inkluderte legekantor, samt de som ikke var målbare (gjennomsnittsverdier med 95 % konfidensintervall)

	Inviterte (n = 234)	Inkluderte (n = 100)	Ikke målbare (n = 42)
Antall leger per kontor	2,6 (2,3–2,8)	2,7 (2,4–3,0)	2,7 (2,1–3,3)
Listelengde per kontor	3 118 (2 845–3 391)	3 494 (3 073–3 915)	3 172 (2 422–3 922)
Andel solopraksiser (%)	31 (25–37)	20 (13–29)	33 (20–50)
Andel kommuner < 10 000 innbyggere (%)	33 (27–39)	24 (16–34)	50 (34–66)
Andel kommuner 10 000–50 000 innbyggere (%)	32 (26–38)	31 (22–41)	26 (14–42)
Andel kommuner > 50 000 innbyggere (%)	36 (29–42)	45 (35–45)	24 (12–39)

Tabell 2 Resultat av trafikktellinger for alle de 100 legekantorene, og oppsplittet på dem som brukte eller ikke brukte talemaskin (gjennomsnittsverdier med 95 % konfidensintervall)

	Alle (n = 100)	Med talemaskin (n = 43)	Uten talemaskin (n = 56)
Inngående anrop per uke per 1 000 personer på liste	266 (219–312)	202 (172–233)	317 (238–396)
Andel besvarte (%)	66 (61–71)	79 (73–84)	56 (49–63)
Andel ubesvarte (%)	7 (5–8)	5 (3–7)	8 (6–10)
Andel opptatte (%)	5 (2–8)	3 (1–6)	6 (1–10)
Andel sperr ¹ (%)	22 (17–27)	13 (8–18)	30 (22–38)
Ventetid inngående anrop (sek)	25 (20–30)	15 (11–20)	33 (25–41)
Samtaletid inngående anrop (sek)	119 (111–127)	142 (130–155)	101 (92–109)
Holdetid inngående anrop (sek)	145 (136–153)	158 (146–170)	134 (123–144)
Antall besvarte anrop per person på liste per år	7,0 (6,4–7,5)	7,5 (6,9–8,1)	6,6 (5,7–7,4)
Utgående anrop per uke per 1 000 personer på liste	64 (49–78)	69 (51–88)	59 (37–82)
Holdetid utgående anrop (sek)	103 (94–111)	102 (94–110)	103 (89–117)
Telefonlinjer per 1 000 personer på liste	1,4 (1,1–1,8)	1,5 (1,3–1,7)	1,4 (0,8–2,0)

¹ Avviste anrop som følge av manglende linjekapasitet

Tabell 3 Legekantorenes egne meninger om hvor bra deres telefontilgjengelighet er. Gjennomsnittlig tilgjengelighetsindeks med 95 % konfidensintervall

Hvor bra mener dere kontorets telefontilgjengelighet er?	Før registrering	Etter registrering
Meget bra	0,64 (0,55–0,73) (n = 17)	0,64 (0,56–0,73) (n = 24)
Bra	0,52 (0,45–0,60) (n = 35)	0,54 (0,46–0,62) (n = 34)
Bruktbar eller dårligere	0,42 (0,36–0,49) (n = 48)	0,37 (0,30–0,45) (n = 29)

fontilgjengeligheten. Disse kontorene hadde signifikant dårligere tilgjengelighet enn de som ikke så behov for slike tiltak (0,39 mot 0,59, $p < 0,001$). 7 % ville øke linjekapasiteten og 9 % ville øke medarbeiderfaktoren. Andre tiltak som ble nevnt var egen linje for øyeblikkelig hjelp, hjemmeside på Internett, utvidet telefontid, omdisponering av medarbeidere, nedkorting av samtaletiden, forsøk på å styre trafikken til andre tider på dagen og innskjerping av privat bruk av telefonen.

Diskusjon

Legekantor fra større kommuner var noe overrepresentert, men det har neppe hatt betydning for resultatene. Analysene viste at telefontilgjengeligheten er uavhengig av kommunestørrelsen. En svakhet med Telenors trafikktellinger er at svar fra talemaskin eller automatisk telefonsvarer blir registrert som besvart anrop. En talemaskin øker andelen besvarte anrop, men øker samtidig holdetiden. Tilgjengelighetsindeksen tar hensyn til begge disse faktorene og bør derfor være et valid sammenlikningsgrunnlag på tvers av de ulike teknologiske løsningene.

I likhet med tidligere undersøkelser fant også vi svært stor variasjon i telefontilgjengeligheten (7–10). For en del av deltakerne bekreftet undersøkelsen den utbredte oppfatningen av at telefontilgjengeligheten til

legekantorene er for dårlig (1–3). Men det finnes også mange med god telefontilgjengelighet, og for noen var trafikktellingen en positiv overraskelse.

Denne studien kan ikke gi svar på hva som kan regnes som god telefontilgjengelighet. Siden misnøyen med fastlegenes telefontilgjengelighet er relativt utbredt (1–3), må man anta at god telefontilgjengelighet bør være noe bedre enn gjennomsnittet i denne undersøkelsen, 66 % besvarte anrop og en tilgjengelighetsindeks på 0,49.

I 1989 ble det gjort en opprinningsundersøkelse til 35 avtaleleger i Vestfold (8). Av totalt 863 oppringninger fikk man kontakt innen to minutter i 74 % av tilfellene. Denne undersøkelsen ble gjentatt i 1991, og da var tilgjengeligheten blitt noe dårligere (11). Forfatterne anbefalte 90 % tilgjengelighet innen to minutter som en rimelig standard (8). Fagutvalget i Alment praktiserende lægers forening (Aplf) sluttet seg til dette (12). Da Helsetilsynet i Hordaland gjennomførte en tilgjengelighetsundersøkelse i 2003, vurderte man det som akseptabelt at man fikk svar innen 20 minutter. Alle de 101 oppringte kontorene tilfredstilte dette kravet. Gjennomsnittlig ventetid var to minutter (13).

Tidligere trafikktellinger i regi av Telenor/Legekantorene har gjennomgående avslørt klart dårligere tilgjengelighet enn 90 % besvarte anrop, og det har vært stilt spør-

mål ved om en så høy standard er realistisk og tjenlig for kvalitetssikring i praksis (9, 10). I forbindelse med fastlegeforsøket i Trondheim ble det gjort en trafikktelling ved ti legekantor to måneder før forsøket startet (1993). Etter innføringen ble det gjort målinger ved 25 kontor i 1994 og 1995 (7). Andel besvarte telefoner steg fra 31 % i 1993 til 43 % i 1994 og 48 % i 1995. I vår undersøkelse er resultatet enda bedre (66 %), men det er fortsatt langt igjen til 90 % besvarte anrop.

Vi har beregnet at det er sju besvarte anrop per person på liste per år. Dette er nesten 70 % mer enn hva man, med samme metode, fant i fastlegeforsøket i Trondheim (7). Legekantorene har med andre ord opplevd en sterk økning i telefontrafikken de siste årene. Når økningen i tilgjengelighet vurderes mot denne bakgrunnen, må man kunne si at mange legekantor har gjort en god jobb.

Få av bakgrunnsvariablene hadde noen avgjørende innflytelse på telefontilgjengeligheten. I likhet med Vestfoldundersøkelsen fant vi en viss sammenheng mellom tilgjengelighet og antall telefonlinjer (11). Mer overraskende var det at vi ikke fant noen sammenheng mellom telefontilgjengelighet og medarbeiderfaktor. Bruk av talemaskin vil naturlig nok øke andelen besvarte anrop, men hadde ikke signifikant innflytelse på tilgjengelighetsindeksen, som også tar hensyn til holdetiden. Bruk av automatisk telefonsvarer signaliserer dårlig tilgjengelighet, og fagutvalget i Aplf har også frarådet bruk av dette hjelpemidlet (12).

Det synes altså å være andre faktorer enn de rent strukturelle som er avgjørende for telefontilgjengeligheten. Trolig spiller serviceinnstilling, interesse og holdninger en vel så stor rolle. Deltakernes reaksjoner i forbindelse med oppfølgingsrunden kan til en viss grad underbygge denne teorien. Tilgjengeligheten var klart dårligere hos dem som unnlot å svare, hadde innvendinger mot selve undersøkelsen eller uttrykte at det ikke var mulig å forbedre telefontilgjengeligheten.

Objektive trafikktellinger kan øke motivasjonen for å iverksette lokale tiltak, særlig når man kan sammenlikne seg med et representativt landsgjennomsnitt. Trafikktellinger kan også være et aktuelt redskap dersom kommunene velger å benytte seg av sin rett til å stille krav til fastlegenes telefontilgjengelighet (14). En ulempe er at slike undersøkelser er kostbare å gjennomføre. I 2003 var Telenors normalpris for en ukes registrering 7 440 kr per kontor.

Konklusjon

Undersøkelsen bekrefter at noen fastlekantorer har dårlig telefontilgjengelighet. Men sammenliknet med tidligere registreringer er tilgjengeligheten bedret til tross for en meget sterk økning i pågangen.

Strukturelle forhold ved legekantorene kan i liten grad forklare variasjonen i telefon-tilgjengelighet. Trolig spiller interesse, serviceinnstilling og holdninger en vesentlig rolle.

Studien er finansiert av Norges forskningsråd, og inngår som en del av rådets nasjonale forskningsbaserte evaluering av fastlegeordningen.

Litteratur

1. Lian OS, Wilsgaard T. Pasienterfaringer i primærlegetjenesten før og etter fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 655–8.
2. Grytten J, Skau I, Carlsen F. Brukertilfredshet i allmennlegetjenesten før og etter fastlegereformen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 652–4.
3. TNS Gallups kommuneundersøkelse 2003. www.tns-gallup.no/arch/_img/189702.pdf (13.9.2004).
4. Bø T. Legeforeningen: Fastlegene må kunne nås mer på telefonen. Aftenposten 24.8.2002.
5. Kvamme OJ, Sandvik L, Hjortdahl P. Praksisform, legekarakteristika og pasientvurdert kvalitet i norsk allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2499–502.
6. Rikstrygdeverket. Fastlegeoversikt – liste over alle fastleger i en kommune. fastlege.trygdeetten.no/FastlegeWeb/fastlege/ (13.9.2004).
7. Fjermestad T. Hvordan måle tilgjengeligheten på telefon. Utposten 1996; 25: 186–90.
8. Otterstad HK, Bomann-Larsen P. Primærlegens tilgjengelighet på telefon. En opprinningsundersøkelse fra Vestfold. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 3512–4.
9. Nordby K, Eskerud J. Telefonilgjengelighet i allmennpraksis. Et praktisk eksempel på kvalitetssikring. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 1595–6.
10. Nordby K. Telefonilgjengelighet i allmennpraksis. Oslo: Den norske lægeforening, 2000.
11. Otterstad HK, Bomann-Larsen P. Telefonilgjengelighet til primærleger i Tønsberg og omegn 1989–91. Beskrivelse med forslag til forbedring av kvalitetsfaktoren. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 1597–9.
12. Lømsland T, Bratland SZ, Eskerud J et al. Tilgjengelighet ved primærlegekantorene. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 1395–7.
13. Rapport frå kartlegging av tilgjenge til fastlegar 28. og 29. januar 2003. Bergen: Helsetilsynet i Hordaland, 2003.
14. Rammeavtale mellom Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene. www.legeforeningen.no/index.gan?id=1138 (13.9.2004).