

Region Syddanmark

Perspektiver på returnerede henvisninger fra sygehusvisitatorer

Baseret på interviews om samarbejde, årsager og alternativer til returnerede henvisninger fra sygehusene i Region Syddanmark til almen praksis

Mette Elkjær, Jesper Lykkegaard, Helle Ibsen, Jens
Søndergaard og Niels Kristian Kjær
03-04-2025

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	2
Indledning	3
Formål og baggrund for rapporten	3
Metode og datagrundlag.....	4
Etik	4
Resultater.....	5
Opsummering af perspektiver.....	12
Diskussion af resultater	14
Referencer	15
Bilag 1: Deltagerinformation	16
Bilag 2: Interviewguide	17
Bilag 3: Koder til tekstanalyse	19

Indledning

Denne rapport beskriver sygehusvisitatorernes perspektiver på samarbejde, årsager til og alternativer til returnerede henvisninger i Region Syddanmark. Data baserer sig på kvalitative interviews udført med 10 visitatorer i perioden juni til august 2024. Rapporten er udarbejdet i et samarbejde mellem Forskningsenheden for Almen Praksis Odense-Esbjerg og Tværsektorielt Forskningscenter Region Syddanmark. Rapporten indgår som en del af projektet "Omfang, årsager, konsekvenser og alternativer til afviste henvisninger af patienter fra almen praksis til sygehuse i Region Syddanmark".

Det samlede projekt omfatter en række arbejdsplaner, der tilsammen kortlægger fænomenets udbredelse samt undersøger oplevelser, erfaringer og holdninger hos de involverede aktører. Projektets arbejdsplaner inkluderer:

1. En litteratursøgning om returnerede henvisninger.
2. En systematisk indsamling af eksisterende viden om returnerede henvisninger.
3. Perspektiver på returnerede patienthenvisninger baseret på interviews med praksiskonsulenter i Region Syddanmark.
4. Perspektiver på returnerede henvisninger baseret på interviews med sygehusvisitatorer.
5. Årsagsanalyse:
 - Kortlægning af henvisningskriterier.
 - Kvalitativ tekstanalyse af returnerede henvisninger sammenholdt med accepterede henvisninger til samme afdeling.
6. Konsekvenser af returnerede henvisninger for patient og henviser: en auditundersøgelse.
7. Workshop med udvikling af løsningsmodeller baseret på undersøgelsens fund og konklusioner.

På baggrund af det overordnede projekt og de samlede arbejdsplaner udarbejdes anbefalinger og indsatser med henblik på at udvikle bedre forløb for henviste patienter. Målet er at styrke samarbejdet mellem sygehuse, psykiatrien og almen praksis.

Formål og baggrund for rapporten

Både almen- og sygehussektoren presses af kapacitetsproblemer blandt andet forårsaget af den stigende andel af ældre og dermed mere syge borgere og befolkningens øgede efterspørgsel efter undersøgelser og behandling. Visitationen på sygehuse og i psykiatrien returnerer et stigende antal af praktiserende lægers henvisninger af patienter til ambulante forløb (1-5). I 2021 blev 6% af alle henvisninger til somatikken og 13% til psykiatrien afvist i Region Syddanmark (1). Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget for almen praksis i Region Syddanmark har derfor givet opdrag og bevilling til dette projekt.

Formålet med arbejds pakken, denne rapport omhandler, er at afdække og forstå muligheder og begrænsninger i samarbejdet omkring henvisninger mellem almen praksis og sygehusenhederne med afsæt i individuelle kvalitative interviews med visitatorer på sygehusenhederne i Region Syddanmark.

Metode og datagrundlag

Dette kvalitative, semistrukturerede interviewstudie omfattede telefoninterviews med sygehusvisitatorer i perioden juni til august 2024. I alt deltog 10 visitatorer fra psykiatrisygehuset og de fire somatiske sygehuse (afdelingerne: medicinsk, hæmatologisk, endokrinologisk, urinvejskirurgisk, ortopædkirurgisk, neurologisk samt røntgen og skanning). Sygehusvisitatorerne havde i gennemsnit 7 års erfaring (min. 1 – maks. 18 år) i nuværende stilling. Interviewene varede i gennemsnit 31 minutter (min. 21 – maks. 37 minutter).

Som led i den systematiske vidensindsamling om returnerede henvisninger (arbejds pakke 2) udtrykte flere sygehusvisitatorer interesse for at dele deres perspektiver på samarbejdet omkring henvisningsprocessen. De gav derfor tilladelse og udleverede kontaktoplysninger med henblik på et senere interview. En forskningsassistent rekrutterede sygehusvisitatorerne fra disse oplysninger med det formål at repræsentere alle regionens sygehuse, samt kirurgiske og medicinske specialer.

Deltagerne modtog skriftlig deltagerinformation (bilag 1), hvorefter der blev aftalt en dato og et tidspunkt for interviewet. Interviewene blev gennemført med udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide (bilag 2), lydoptaget og indledt med mundtligt samtykke til optagelse og behandling af interviewdata. Efterfølgende blev alle interviews transskriberet til tekstfiler. Interviewdata blev kodet (bilag 3), analyseret og fortolket inspireret af reflektiv tematisk analyse (6,7).

Etik

For at sikre deltagernes anonymitet præsenteres der ikke individuelle, genkendelige karakteristika, ligesom specifikke afdelinger og specialer ikke nævnes. Resultaterne af den tematiske analyse er generelle på tværs af specialer og afdelinger. Der er opnået samlet tilladelse til dataopbevaring og -håndtering i overensstemmelse med gældende regler for projektet (projektnummer RIO/SDU 12.228.).

Resultater

Den systematiske tekstanalyse af interviews med sygehusvisitatorerne identificerede fire centrale temaer (Figur 1):

- Øget specialisering i sundhedsvæsenet indvirker på visitationsprocessen
- Kommunikation i henvisningssystemet - et forældet redskab
- Henvisningen som en klinisk opgave - hvad kan og skal løses
- Gatekeeper for "de rigtige patienter" til specialiseret behandling

I den nedenstående tekst præsenteres resultaterne, understøttet af udvalgte citater, som fremhæves med kursiv og citationstegn.



Figur 1: Illustration af temaer om samarbejde omkring henvisninger

Øget specialisering i sundhedsvæsenet indvirker på visitationsprocessen

Visitatorernes beskrivelse af interne visitationsprocedurer på afdelingsniveau indrammer en øget specialisering i sundhedsvæsenet og derfor i visiteringen af henvisninger. En henvisning modtages i afdelingens "hovedpostkasse" og grovsorteres ved modtagelse oftest af sekretærer til afdelingernes subspecialer med afsæt i hurtig gennemlæsning af teksten og diagnose.

Da det er [specialet] vi taler om, går en grov visitation går ud på at fordele de her henvisninger på, om det nu er en patient, der skal til [sub-speciale 1] eller [sub-speciale 2] eller [sub-speciale 3] og [sub-speciale 4] eller om det er [specialet].

I hvert subspecial er speciallæger med hver deres ekspertområde ansvarlige for visitering af henvisningerne, som foregår efter hver deres systematik. Henvisningerne visiteres til udredning, behandling eller returnering efter forskellige standards, der er mere eller mindre definerede.

Så bruger vi de forskellige standards, ikke tekster, men det, der er lagt ind. Altså, vi skal lægge dem ind under, om det er en pakkepatient, udredningspatient eller til behandling. Det gør vi efter bedste

evne, og så kan vi visitere til fremmøde i ambulatoriet, eller vi kan visitere til vores røntgenkonference. Vi kan visitere til yderligere røntgenundersøgelser, det bruger vi også en del.

Visitatorerne beskriver henvisninger til pakkeforløb ved mistanke om alvorlig sygdom som uproblematisk. De behandles hurtigt, og de fleste henvisninger vurderes som fyldestgørende. Visiteringen på afdelingen, hvor udredningsaktiviteterne er defineret, forløber ligeledes uden problemer. Sekretærene har ansvaret for at booke undersøgelser efter standardiserede aftaler. En visitator beskriver:

Vi har fx et pakkeforløb, hvor hvis man bliver henvist med blod i urinen, så skal de igennem en CT-scanning og en kikkerundersøgelse. Så hvis der kommer en henvisning fra egen læge med blod i urinen, så tager en af vores forløbskoordinatorer, som er sekretær, så tager hun den henvisning og booker til en røntgenundersøgelse og en kikkerundersøgelse.

Det opleves på tværs af afdelingerne som tidskrævende at håndtere alle henvisningerne. Visitationsprocessen er integreret i afdelingernes daglige arbejde og skal balancere mellem kerneopgaver og de gældende tids- og kvalitetsmål. En visitator beskriver, hvordan der er afsat specifik tid i ambulatoriet til visitationen for at sikre overholdelse af kvalitetskrav og rettidig indkaldelse af patienter:

Så derfor har vi lagt tid ind i ambulatoriet, så alle i sektoren faktisk kan visitere... vi har mange kvalitetsmål, som vi skal opfylde. Og derfor er vi nødt til at gøre det på den måde, for ellers får vi simpelthen ikke indkaldt folk til tiden.

Visitatorerne peger på, at henvisningssystemet rummer en række dilemmaer, der afspejler spændingsfeltet mellem almen praksis' brede faglige spændvidde og specialafdelingernes specifikke krav. På den ene side er der forståelse for, at almen praksis står over for en kompleks opgave, hvor de skal navigere i henvisningskrav på tværs af mange specialer, uden at have detaljeret kendskab til hver enkelt afdelings specifikke guidelines. Som en visitator bemærker, er det urealistisk at forvente, at praktiserende læger kan følge en detaljeret vejledning for hvert specialområde:

At de skal henvise ikke bare til [specialet], men også til øjensygdomme og medicinske sygdomme og alt muligt andet. Så de kan jo ikke lave en specifik kagebog for hver enkelt område. Det vil de jo ikke kunne magte.

Samtidig fremhæves af visitatorerne en anden problematik i henvisningsprocessen, nemlig den ressourcekrævende og komplekse sagsgang, hvor en henvisning ofte gennemgår flere led og gentagne vurderinger. Fra den praktiserende læges første udformning til endelig visitation involverer processen flere aktører, herunder sekretærer og speciallæger, hvilket kan resultere i tidskrævende kommunikation og unødvendige flaskehalse. Flere visitatorer påpeger, at der bruges betydelige ressourcer på en individuel returnering af henvisninger, hvor der gives gode råd og alternative forslag. En visitator beskriver, hvordan selve visitationen kan tage blot 30 sekunder, mens det kan tage 5-10 minutter at returnere en henvisning med tilhørende vejledning. Dette rejser spørgsmålet om, hvorvidt systemet kan forenkles og optimeres, så både kvalitet og effektivitet opretholdes. En visitator beskriver:

Jeg tænker på vores ... ressourcer. Det giver jo rigtig mange ... berøringer på den her henvisning. Først en praktiserende læge som skriver, så en sekretær, der vurderer, om henvisningen skal til den ene eller anden sektor. Så er der en speciallæge i den sektor, der skal sætte sig ned og kigge på det.

Og sige, at vi mangler oplysninger. Så skal vi skrive et brev. Så er der en sekretær, som skriver et brev og sender til den praktiserende læge, som skal kigge på det én gang til. ... Det kunne være rigtig fedt, hvis det blev slanket, det system.

Kommunikation i henvisningssystemet - et forældet redskab?

Visitatorerne oplever henvisningssystemet som ineffektivt, ressourcetungt og forældet. Systemet forudsætter, at praktiserende læger har detaljeret kendskab til henvisningskravene på tværs af specialer, hvilket kan skabe udfordringer. En visitator fortæller:

Et af de problemer, eller de udfordringer der er i samarbejdet, er nogle strukturelle udfordringer. Og måske også fordi, at vores sundhedssystem er jo skruet sammen i, at der er sådan en forventning om, at praktiserende læger ved præcis, hvad det er, de henviser til.

Nogle afdelinger forsøger at indhente manglende oplysninger direkte fra patienterne, men dette afvises af andre afdelinger af juridiske årsager og for at undgå uklarhed om ansvarsfordelingen. Grundlæggende anses henvisninger som envejskommunikation uden mulighed for dialog. Visitatorerne efterlyser større fleksibilitet i vurderingsprocessen, da de i dag kun kan acceptere eller afvise henvisninger. De oplever systemet som velfungerende, når den praktiserende læge kender problemstillingen, men når der er tale om sjældne eller komplekse tilfælde, bliver henvisningerne ofte mangelfulde. En visitator beskriver:

Når det er noget, der er meget langt fra, hvad en praktiserende læge ser ofte, så er det ofte meget mangelfulde henvisninger. Og det er jo ikke, fordi de gør det i ond tro, ude i praksis... det er jo, fordi de ikke ved, hvilke oplysninger, vi har behov for, for at vi kan finde den rigtige placering til patienten herinde.

Korrespondance nævnes som en mulig løsning, hvor praktiserende læger kan søge råd, men visitatorerne påpeger, at manglende systematik gør det uforudsigeligt, hvornår og hvordan en korrespondance behandles. Den kan let overses eller nedprioriteres blandt andre opgaver. En visitator siger:

Vi skal prøve at øve os i at bruge korrespondancer. Og at de praktiserende læger også lærer, at man kan sige til patienterne at jeg ved ikke lige, hvad der sker her, men jeg spørger på sygehuset, og så må jeg vende tilbage, hvis de synes, eller sådan et eller andet. Det er vi simpelthen nødt til, for vi kan ikke tage dem alle sammen ind.

Visitatorerne anerkender, at det kræver en kulturændring og bedre rammer for dialog. De oplever ofte, at det er vanskeligt at få kontakt til en praktiserende læge ved spørgsmål til en henvisning.

Visitatorerne opfordrer til, at almen praksis i tvivlstilfælde kontakter speciallægerne frem for at sende en henvisning. Speciallægetelefonen fremhæves som en effektiv måde at styrke dialogen og undgå unødvendige henvisninger, hvilket både kan spare ressourcer og forbedre samarbejdet. En visitator deler en oplevelse:

Indimellem bliver jeg faktisk ringet op på den her specialist telefon... hvor jeg så lidt forundret pludselig er med i en patientkonsultation ... [i almen praksis], ikke. Og når jeg lige vænner mig til det,

så synes jeg faktisk det er en smaddergod ide, ikke, og på den måde, så er det jo meget mere, jeg tænker jo meget mere noget omkring 'shared-care' ikke.

For at optimere henvisningsprocessen understreger visitatorerne vigtigheden af større gensidig forståelse mellem almen praksis og sygehusafdelingerne. Mens der ofte fokuseres på, at afdelingerne skal forstå de praktiserende lægers arbejdsvilkår, ser visitatorerne også et behov for større bevidsthed i almen praksis om sygehusenes kapacitet og begrænsninger. En visitator påpeger:

Så tænker jeg, det kunne også være, at man skulle fortælle dem, hvordan det foregår inde på et sygehus. Hvad er det for nogle betingelser vi har at arbejde under. Hvorfor er det, at vi ikke bare kan tage alt ind. Så jeg tror, det er vigtigt, at vi på en eller anden måde nærmer os hinanden og sætter os sammen fortæller, hvorfor vi gør, som vi gør.

Vidensdeling og feedback på afviste henvisninger efterlyses, da visitatorernes vurderinger ofte sker uden opfølgende dialog.

Man kan jo sagtens netop tage fejl ikke? Altså det kan jo sagtens være at, ja, at det skal vi lige kigge på igen, så jeg synes egentlig ikke, at jeg får særlig meget feedback... på mine afvisninger..... fordi det er jo lige så meget en vurdering, som alt muligt andet.

Der lægges generelt vægt på ordentlighed og høflighed i kommunikationen omkring henvisninger. Almen praksis betragtes som kollegaer, og visitatorerne forsøger at give gode råd i stedet for blot at afvise henvisninger.

Vi prøver, og vi taler også om, at vi skal være gode til lige at skrive, hvorfor vi afviser, så vi ikke bare trykker afvis. Men lige skrive, hvorfor det er, vi afviser og eventuelt, hvis vi har et forslag til, hvad man ellers skulle gøre.

Flere afdelinger har indført faste kriterier for afvisning af henvisninger, hvor alle returneringer ledsages af et forslag til alternative løsninger samt kontaktinformation til afdelingens supervisor.

Henvisningen som en klinisk opgave – hvem definerer, hvad der kan og skal løses?

De visiterende læger ser en henvisning som en klinisk opgave. Den øgede specialisering og et kommunikationssystem, der ikke er fulgt med udviklingen fordrer en forventningsafstemning i samarbejdet omkring, hvem gør hvad, altså en afklaring af rollefordeling. En visitator nævner det optimale mål:

Altså man kan sige, at i den ideelle verden, så var der jo ikke nogen henvisninger, som vi afviste, fordi alle henvisninger var sendt om patienter, som opfyldte målene... De kriterier, som vi stillede for at blive indkaldt. Så der er i virkeligheden to tanker. Der kan man måske godt sige, at det kunne også være, at vi skulle gå i dialog og snakke om, hvad er det for nogle kriterier, vi i virkeligheden ønsker.

Den gode henvisning beskrives som en henvisning med fyldestgørende problematik, hvor det er tydeligt, hvilken mistanke almen praksis gerne vil have belyst. Henvisninger visiteres med afsæt i objektive, kliniske fund og undersøgelsesresultater om patienten. Der tages hensyn til alvorlighedsgraden af sygdommen i visiteringen af henvisninger. Patientens sociale, psykiske og geografiske situation er oftest ikke en del af en vurdering af en henvisning. En visitator fortæller:

Altså hvis det er på sygehuset, så skal vi jo se patienter, der har en sygdom. Det er jo også en udfordring, vi er jo ikke en social institution. ... det skal være omsorgsfuldt, men vi er ikke omsorgslæger. Vi er jo delt op, vi har jo ortopædkirurger, karkirurger, neurokirurger osv. Det er jo de lægelige specialer, der er på sygehuset.

På nogle afdelinger er der stor fleksibilitet, og guidelines opfattes som en rettesnor. Her lægges der vægt på, at informationerne giver et samlet symptombillede.

Så henvisningerne er ikke på den måde standardiserede. Men det er klart, at dem, der kigger på dem, er jo eksperter inden for deres område, og de ved jo, hvad der skal være opfyldt, for at en patient opfylder kriterierne for at komme ind i vores butik.

Visitatorerne er styret af en tidsramme, når en henvisning accepteres, skal patienten modtage besked en tid inden for 72 timer. Dette er udfordrende på de områder, hvor man ikke kan forvente, at praktiserende læge har viden om området, og derfor sender en henvisning, der ikke indeholder de nødvendige oplysninger. Her kunne afdelingen godt efterspørge de nødvendige oplysninger ved patienten inden visitering, men begrænses af tidsrammen.

Men så bliver vi jo ramt af nogle regler. Og det er jo, at patienterne har jo ret til at få en indkaldelse, til at få en tid op til to døgn efter, at de er blevet henvist. Eller tre døgn, det kan jeg ikke huske.

Visitatorerne fortæller, hvordan udredningsgarantien influerer på det antal af henvisninger, de modtager på afdelingen. De kan opleve, at en søsterafdeling ikke kan udrede deres patienter indenfor 4 uger, og for at honorere den regionale garanti får de et øget antal henvisninger og patienter. En visitator fortæller:

Og vi bliver hængt op på udredningsgaranti tiden på sygehuset, så det vil sige, at uanset hvad årsagen til henvisningen er, så skal vi have udredt patienten inden for 30 dage. Det kan vi tidsmæssigt og ressourcemæssigt ikke, men det står vi til at have ansvar for i løbet af hver 14. dag, hvor direktionen inviterer til tavlemøde.

Visitatorerne nævner på tværs af specialer forskellige kriterier for henvisninger, der findes bl.a. hos Sundhed.dk, Nationale specialeselskaber, Specialrådet, Regionens hjemmeside og Sundhedsstyrelsen. Nogle afviser, hvis henvisninger skønnes at omhandle problemstillinger, hvor de ikke opfylder de kriterier, der er beskrevet i en tilhørende retningslinje.

Hvis det er, at de henvisningskriterier, der for eksempel står på sundhed.dk ikke er opfyldt, så bliver de returneret. Og der bliver de ikke returneret med et eller andet sødt brev om, hvordan og hvorledes.

Visitatorerne oplever, at nogle henvisninger mangler et klart formål i forhold til patientens livsfase, mens andre henvisninger vurderes som unødvendige. De beskriver situationer, hvor almen praksis føler sig presset til at "gøre noget" for patienten, selvom de ved, at chancen for accept er lille. Visitatorerne i disse afdelinger fortæller, at de får mange henvisninger, som betyder, at de skal være skarpe på henvisningskriterierne og skærpe kravene til, at den rigtige information er givet i henvisningen.

Så det vil sige, at hvis der mangler det skema, og der ikke er mærket på prostata, eller hvad det nu er, så skriver vi tak for henvisningen. Der er en standardtekst i henhold til den og den guideline, så er der et link dertil. Så returnerer vi henvisningen, fordi der mangler oplysninger.

Det kan have en betydning for, at en henvisning tilgodeses uden at opfylde kriterierne, at almen praksis har haft kontakt til en specialist, der beder om udredning. Visitatorerne opfordrer til at bruge diagnostisk center ved komplekse uafklarede patienter, men er også villige til at støtte almen praksis i udredning og diagnostik ved en åben dialog om dette. Der opfordres til, at almen praksis kommunikerer tydeligt, når de har brug for hjælp. En visitator fortæller:

Jamen hvis I [almen praksis] er på bar bund, så skriv det til os ... Så er det jo ikke sådan, at vi siger, nej. Det er jo ikke på den måde. Og lige sådan, hvis vi beder om, at vi rigtig gerne vil have, at du tager en bestemt blodprøve, eller at du får lavet en ultralyd af eller et eller andet, og når egen læge så skriver, at "jeg har stadigvæk problemer", så tager vi den jo også ind.

Visitatorerne problematiserer, at henvisningerne er meget forskellige, samt at nogle er teksttunge, med overflødig information, således at der går en del tid med at sidde og lede efter de rigtige oplysninger. Der efterspørges større ensartethed i henvisninger.

Jo, altså jeg håber på... at der kommer nogle mere standardiserede henvisninger... vi bruger meget tid på at... lede efter de rigtige oplysninger...et af mine store problemer i øjeblikket, det er, at nogle praktiserende læger, de kopierer bare hele deres medicinliste og alting. Og det tager så lang tid for os at læse.

Gatekeeper for "de rigtige patienter" til specialiseret behandling

Visitatorerne reflekterer over sundhedssystemets grundlæggende struktur og tilgang til behandling. Der er en anerkendelse af, at systemet i høj grad bygger på at identificere og behandle specifikke sygdomme. Som en visitator udtrykker det, er det først, hvis en patient har en sygdom, som systemet kan hjælpe med, at de får adgang til behandling.

Men vores sundhedssystem er bygget op på, at du fejler en sygdom. Og hvis du er heldig som patient, at du har en sygdom, som vi kan hjælpe med, så har vi godt tilbud til dig.

Visitatorerne har fokus på, at afdelingens ressourcer anvendes effektivt, så de rette patienter får adgang til specialiseret behandling. Antallet af patienter skal afstemmes med kapaciteten, så der er plads til dem, der har det største behov. Det er ikke et specialiseret tilbud til alle. Visitatorerne oplever visitering som en kompleks opgave, hvor det er afgørende, at de specialiserede ressourcer fordeles til de patienter, der har mest gavn af dem.

Det må være vores alles interesse, både os, der sidder herinde, på en højt specialiseret enhed, og praktiserende læger, at patienten kommer ind det rigtige sted... hvis vi får en patient forkert ind hos os, så kan det være, vi simpelthen ikke er dygtige nok inden for det område til at regne ud, hvad det ellers er... Og så tænker jeg jo også, at vi alle sammen har et ansvar omkring ikke at lave alt for meget unødvendigt. Og der tænker jeg jo på ressourcerne, men jeg tænker sådan set også på de patienter, der skal igennem nogle ting.

Visitatorerne anerkender udfordringerne ved håndtering af komplekse patienter og understreger behovet for en differentieret tilgang til henvisninger. De foreslår, at praktiserende læger bør vurdere, om en henvisning omhandler et enkeltstående problem eller en mere kompleks problemstilling. Samtidig efterlyses fleksibilitet i tidsfristerne for

komplekse patienter, så der skabes bedre mulighed for en grundigere vurdering, eksempelvis gennem spørgeskemaer eller strukturerede interviews, der kan bidrage til en mere målrettet visitation. En visitator fortæller:

Vi skal få den praktiserende læge til at afgøre, om det her er et entydigt problem, en simpel henvisning, eller om det er en kompleks problem, kompleks henvisning. Og så skal vi droppe den der regel om, at patienterne skal have en besked, have en tid inden for to eller tre døgn for komplekse patienter, for der er mulighed for at forholde os til en henvisning, inden vi giver dem en tid. For eksempel ved at lave et spørgeskema, som vi sender ud til patienterne, det er en løsning. Det kan også være, at ringe en patient op.

Visitatorer ser, at komplekse patienter har brug for en tovholder, der kommer omkring hele patienten. Den øgede kompleksitet og stigende ældre patientpopulation anerkendes, men almen praksis ses som dem, der skal holde og have overblikket, som de kan efterspørge og indsamle viden fra de enkelte specialister.

En tovholder er ikke en læge i et ambulatorie, hvis man har både hjertesygdom, tarmsygdom, nyresygdom, lungesygdom, så er tovholderen ikke en, der sidder i et ambulatorie på et sygehus. Jeg tror, man vil opleve, at en praktiserende læge kommer til at sidde som den, der holder snorene, og så sender snorene ud, så nu er der brug for en lungelæge, nu er der brug for en hjertelæge, men at praksislægen bliver nødt til at være den, der skal forestille sig at have overblikket.

Der efterlyses muligheder for at koordinere på tværs af sygehuset blandt de patienter, der henvises til udredning på flere afdelinger. Det ses som u hensigtsmæssigt, at ældre patienter, der ofte har pårørende med, skal komme på sygehuset på tre forskellige tidspunkter. Visitatorerne fortæller om multidisciplinære teams, hvor patienter ses af flere specialister samtidigt, men der stilles spørgsmål ved, om det er den rigtige løsning. En visitator fortæller:

Det er jo sindssygt dyrt. Vi skal jo sætte mange ressourcer af, for at se den ene patient. Og vi får så en god behandling, men spørgsmålet er jo, om det er en løsning for alle patienter.

Visitatorerne i nogle afdelinger beskriver en ændring i kulturen og opgavefordelingen, hvor flere patienter skal behandles i almen praksis, og sygehusenhederne kun skal tage de allerdårligste. Målgruppebeskrivelserne og standardiserede guidelines beskrives her som "skjold", der legitimerer en returnering. Tidligere accepterede sygehusenhederne i højere grad sygehusbehandling i et livslangt kronisk forløb. Dette er nu ændret til behandlingspakker, hvor patienter afvises hvis de ikke passer i pakkerne og afsluttes, når pakkerne ikke indeholder yderligere behandlingstilbud. En visitator beskriver, hvordan disse patienter nu følges alene i almen praksis:

Og det vil jo sige, at når vi ligesom synes vi ikke kan rykke mennesker mere, så kommer de jo tilbage til egen læge og kommunale samarbejdspartnere... Og det vil sige det, vi ikke længere kan finde ud af eller det vi ikke længere kan rykke ved, det sidder de praktiserende læger med ... grundlæggende alene, og de har ikke kompetencerne.

Det kan være en svær opgave at visitere henvisninger og tilbyde behandling inden for de ressourcer til rådighed. En visitator fortæller, hvordan henvisningen screenes for at finde andre behandlingsmuligheder end afdelingens, og hvordan dette værdisæt og perspektiv kan stride imod det lægelige perspektiv:

Selvom det fremstår lidt komplekst, så sidder jeg og leder efter argumenter for at kunne afvise, så jeg siger, kunne de ikke tage at gå i gang med at behandle denne her ... Og så kan jeg ligesom spille patienten til hjørne, ikke? Så jeg læser hele tiden med et andet perspektiv end det, som jeg egentlig et eller andet sted som læge gerne vil. Nemlig hvordan kan jeg hjælpe det her menneske?

Visitatorerne understreger, at vurderingen af henvisninger ikke bør afhænge af patientens sociale ressourcer. En ressourcestærk patient kan måske få en yderligere undersøgelse privat, men det ændrer ikke nødvendigvis patientens sundhedstilstand, og det ville kræve, at visitatoren havde taget fejl i sin vurdering. På samme måde ser en visitator ikke forskel på at returnere en henvisning for en direktør eller en kontanthjælpsmodtager, da vurderingen af henvisningen bør baseres på medicinske kriterier, ikke på patientens økonomiske situation. En fortæller:

Hvis vi returnerer en henvisning på en ressourcestærk patient og svag patient, som har nøjagtig samme diagnose, så har vi taget stilling til, at det her skal der ikke ske mere ved. Så kan det godt være at den ressourcestærke patient går privat og får en ny skanning osv., men det gør jo ikke at deres sundhed er bedre. Det kræver, at jeg har taget fejl.

Visitatorerne er opmærksomme på uligheden mellem offentlige og private behandlingstilbud, især når patienter søger private klinikker efter at have fået afslag på behandling i det offentlige. De påpeger, at de private klinikker ofte har et økonomisk incitament til at tilbyde behandling og derfor er mindre tilbøjelige til at afvise patienter, hvilket kan føre til en skævvridning i udredningen. Som en visitator bemærker, kan private klinikker vælge de lettere undersøgelser og overlade de mere komplekse tilfælde til det offentlige system, hvilket skaber en ulige fordeling af ressourcer og behandlingskrav:

Private klinikker har ikke økonomisk incitament til at afvise undersøgelser overhovedet. Så det betyder, at de tager de lette undersøgelser, bruger ressourcer, og så har vi til gengæld mere vanskelige undersøgelser.

Opsummering af perspektiver

Den øgede specialisering i sundhedsvæsenet kan have både fordele og udfordringer for visitationsprocessen. Henvisninger stratificeres tidligt, hvor sekretærer grovsorterer dem efter diagnose, og derefter tager speciallæger stilling til, om patienten skal udredes, behandles eller om henvisninger skal returneres. Balancen mellem effektivitet og ressourceforbrug er en central problematik. Selvom visitation ofte kan tage under et minut, kan returnering med vejledning være tidskrævende og udfordrende. En standardisering af visitationskriterier på tværs af subspecialer kan muligvis reducere usikkerhed og lette arbejdsgangen.

Specialisering kan udfordre almen praksis, da praktiserende læger skal navigere i forskellige krav på tværs af specialer. En tættere dialog mellem primær- og sekundærsektoren samt brugen af digitale vejledninger kunne lette denne proces. Teknologi, herunder digitale beslutningsstøttesystemer og forbedrede elektroniske henvisningssystemer, kan potentielt effektivisere visitationen og gøre processen mere strømlinet. For at optimere systemet kan en øget standardisering og teknologisk

understøttelse være nødvendige, ligesom bedre kommunikation mellem sektorer kan være med til at sikre en mere effektiv patienthåndtering.

Henvi­ningssystemet betragtes af mange som ineffektivt og ressourcetungt. Et af hovedproblemerne er, at systemet forudsætter, at praktiserende læger har detaljeret kendskab til de specifikke krav i forskellige specialer, hvilket kan føre til mangelfulde henvisninger. Dette kan skabe frustration blandt visitatorer, især når det drejer sig om sjældne og komplekse tilfælde, hvor henvisningen som oftest ikke har den nødvendige information. Henvi­ninger er envejskommunikation, hvilket betyder, at der sjældent er mulighed for at afklare uklarheder gennem dialog.

En mere fleksibel vurderingsproces kan muligvis forbedre systemet, hvor visitatorer ikke kun kan acceptere eller afvise henvisninger. Korrespondance kan være en løsning, men manglende systematik i håndteringen gør det vanskeligt at forudse, hvornår og hvordan spørgsmål besvares. En kulturændring, hvor både praktiserende læger og specialister bedre forstår hinandens arbejdsvilkår, kunne være med til at optimere samarbejdet og effektiviteten. Øget vidensdeling og feedback, især når henvisninger returneres, kunne også være en vigtig del af løsningen, for eksempel gennem temadage, hvor erfaringer og læring deles mellem sektorerne.

Henvi­ninger påvirkes ikke kun af kliniske kriterier, men også af de strukturelle rammer i sundhedsvæsenet. Den øgede specialisering kræver en tydeligere rollefordeling mellem almen praksis og sygehusafdelinger. Manglende eller utilstrækkelig information er dog et konstant problem, især når praktiserende læger ikke har den nødvendige viden om specialiserede områder. Tidsrammerne for udredning, som f.eks. udredningsgarantien, kan forværre situationen ved at medføre et øget antal henvisninger, som er vanskelige at håndtere inden for de givne tidsfrister.

Udvælgelsen af de "rette patienter" til specialiseret behandling kræver en nøje vurdering af både sygdomsgrad og behandlingsbehov. Sundhedssystemet er opbygget til at behandle specifikke sygdomme, og adgang til specialiseret behandling tilbydes, hvis systemet har et passende tilbud til patienten. Effektiv ressourceanvendelse betyder, at patienter, der har størst gavn af specialiseret behandling, bør prioriteres. Der er også et behov for fleksibilitet i vurderingen, især for komplekse patienter, hvor praktiserende læger bør vurdere, om henvisningen vedrører en simpel eller kompleks problemstilling. Almen praksis spiller en vigtig rolle i at holde overblikket, især når det drejer sig om patienter med flere samtidige sygdomme, og det er nødvendigt at skelne mellem patienter, der skal behandles i det specialiserede system, og dem, der kan få hjælp andre steder, som i kommunale eller sociale systemer.

Diskussion af resultater

Resultaterne fra denne rapport, som belyser perspektiver på returnerede henvisninger fra sygehusvisitatorer, vil blive samlet med og analyseret i sammenhæng med resultaterne fra de øvrige arbejdsplaner og anden viden om emnet i det overordnede projekt *"Omfang, årsager, konsekvenser og alternativer til afviste henvisninger af patienter fra almen praksis til sygehuse i Region Syddanmark"*.

På baggrund af det samlede projekt og arbejdsplanerne udarbejdes anbefalinger og forslag til indsatser med henblik på at forbedre forløbene for henviste patienter og styrke samarbejdet mellem sygehuse (inkl. psykiatrien) og almen praksis.

Referencer

1. Øvlisen TB, Tvede I, Martensen MM, Christensen BB. Psykiatrien afviser hver fjerde henvisning. DR Indland. 2022.
2. Rambøll. Undersøgelse af almen praksis' oplevelser af samarbejde med hospitalerne samt kortlægning af hospitalernes tilbud. Region Hovedstaden og PLO; 2022.
3. Bach JB. PLO-undersøgelse: Afviste henvisninger er stadig et problem. Dagens Medicin. 2020.
4. Hildebrandt S.: Praktiserende læger i Region Sjælland får afvist flere henvisninger. Sundhedspolitisk Tidsskrift. 2021.
5. Melbye T. OUH-direktør: Antallet af afviste henvisninger skal ned. Dagens Medicin. 2021.
6. Braun V. and Clarke V.: Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006.
7. Braun V and Clarke V.: Reflecting on reflexive thematic analysis. Qualitative Research in Sport, Exercise and Health. 2019.

Bilag 1: Deltagerinformation

Projektet, *Omfang, årsager, konsekvenser og alternativer til tilbagevisning af henvisninger af patienter sendt til sygehuse og psykiatri fra almen praksis i Region Syddanmark*, udføres i et samarbejde mellem Forskningsenheden for Almen Praksis og Tværsektorielt Forskningscenter Region Syddanmark. Projektet er finansieret af Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget (KEU). Projektet består af en kvantitativ kortlægning og analyse af fænomenets udbredelse og karakter samt en kvalitativ analyse af underliggende mekanismer. Formålet er at udvikle bedre forløb for henviste patienter, så der i fremtiden bliver færre returnerede henvisninger og et endnu bedre samarbejde mellem sygehuse, psykiatri og almen praksis.

Du er blevet inviteret til at deltage i den del af projektet, der omhandler interviews med afsendere og modtagere af henvisninger for at afdække fænomenet. Din deltagelse vil bidrage til at identificere potentielle løsninger til gavn for patienterne og samarbejdet mellem afdelingerne og praksis.

Sådan kommer interviewet til at foregå

Telefoninterviewet vil vare i 20-30 minutter og vi vil ringe dig op på det aftalte tidspunkt. Vi ønsker at få indblik i visitationsprocessen og identificere potentielle løsninger til gavn for patienterne og samarbejdet mellem afdelingerne og praksis. Vi er interesseret i dine erfaringer, oplevelser og synspunkter, så der er ikke rigtige eller forkerte svar.

Formålet er at få indblik i visitationsprocessen og dine erfaringer og synspunkter vil være værdifulde for projektet. Interviewet vil blive optaget på telefonen og derefter transskriberet. Du vil blive bedt om mundtligt samtykke ved interviewet, og du kan til enhver tid trække dit samtykke tilbage.

Opbevaring af personfølsomme data

Til orientering behandler vi dine svar fortroligt og anonymt. Det er kun os der har kendskab til din identitet. Vi sletter dit interview, hvis du efterfølgende anmoder om det. Ellers slettes interviewet når undersøgelsen er færdig, senest efter 3 år.

Nytte, fordele og ulemper ved at deltage i projektet

Ved at deltage i interviewet er du med til at bidrage til udvikling af bedre forløb for henviste patienter, så der i fremtiden bliver færre returnerede henvisninger. Der er ingen ulemper ved at deltage, ud over den tid du bruger på projektet. Resultater formidles i en samlet fælles rapport med indstilling til KEU, hvordan tilbagevisning af henvisninger i Region Syddanmark undgås. Derudover formidles resultater fra det overordnet projekt i en række peer-reviewed videnskabelige artikler.

Yderligere information

Har du yderligere spørgsmål, kan du kontakte:

Tværsektorielt Forskningscenter Region Syddanmark

Mail: Tvaersektorielt-Forskningscenter@rsyd.dk

Bilag 2: Interviewguide

Returnerede henvisninger på sygehusafdelinger i Region Syddanmark

Vi ønsker at få indblik i visitationsprocessen og identificere potentielle løsninger til gavn for patienterne og samarbejdet mellem afdelingerne og praksis. Vi er interesseret i dine erfaringer, oplevelser og synspunkter, så der er ikke rigtige eller forkerte svar.

Samtykke til deltagelse i et forskningsinterview

Til orientering behandler vi dine svar fortroligt og anonymt. Det er kun os der har kendskab til din identitet. Samtalen bliver optaget. Vi sletter dit interview, hvis du efterfølgende anmoder om det. Ellers slettes interviewet når undersøgelsen er færdig, senest efter 3 år. Din deltagelse er vigtig for os, men hvis du under samtalen ønsker at stoppe, kan du til en hver tid sige fra og få din samtale slettet. Giver du samtykke til deltagelse?

Indledning

Kort præsentation af interviewer:

Interviewet forventes at tage op til 20-30 minutter og vi sætter stor pris på din deltagelse. Interviewet foregår sådan, at jeg stiller dig nogle spørgsmål, og jeg vil bede dig om at svare så godt som muligt

- Hvad er din stilling på afdelingen (overlæge, afdelingslæge, læge i uddannelsesforløb)?
- Hvor længe har du været i din nuværende stilling?

Spørgsmål til interview

Tema: Visitationsprocedure/arbejdsgang

Vil du indledningsvist fortælle om visitationsprocedurerne i din afdeling?

- Ca. hvor mange læger håndterer henvisninger?

Hvem er involveret i visitationsprocessen -og hvilken uddannelsesmæssig baggrund har visitatorerne?

Har I på afdelingen kriterier eller guidelines, som I vurderer henvisninger efter?

- Hvis Ja, I hvor høj grad har du plads til fleksibilitet ift. visitering af henvisningen?
- Hvad er arbejdsgangen, hvis der mangler få kliniske eller få tekniske oplysninger på henvisningen?
- Hvis en henvisning indeholder tilstrækkelige kliniske oplysninger til du kan foretage en relevant visitation, men der mangler oplysninger jf. beskrivelsen i jeres kriterier/retningslinjer for henvisninger til din afdeling. Hvad gør du da?

Tema: Samarbejde med Almen Praksis

Hvordan oplever du samarbejdet med almen praksis omkring henvisninger?

- Er der noget der fungerer særligt godt?
- Er der noget, der er udfordrende?

Forekommer returnerede henvisninger på din afdeling?

- Hvis nej? Fortæl om baggrunden for dette
- Hvis Ja? Hvilke årsager er der til returnering? Nævn gerne bredt.
- Returnerer I flere eller færre henvisninger nu end for 4 år siden?

- Hvordan kommunikere I med almen praksis i forbindelse med en returnering? Hvilke overvejelser har I?
- Opfatter du returnerede henvisninger som et problem, hvis ja eller nej hvorfor kan det være/ikke være et problem.

Forekommer omvisitering af henvisninger på din afdeling?

- Ja – har været inde omkring

Tema: Patientperspektiv

De praktiserende læger fortæller om at komplekse, diagnostiske uafklarede patienter kan være svære at henvise.

- Hvad er dine refleksioner herom?
- I hvor høj grad inkluderes patientens symptombyrde, funktionsniveau og sociale situation ved visiteringen?

Der er praktiserende læger, der finder "returnerede henvisninger" problematiske både for patienter og almen praksis.

- Hvad tænker du om denne kritik?
- Har du forslag til bedre proces omkring henvisninger?

Der er praktiserende læger der udtrykker at returnerede henvisninger kan øge social ulighed

- Hvad tænker du om dette?

Jeg har et eksempel, hvis du har brug for det:

Det kan være en situation hvor der findes indikation for behandling, som af faglige og juridiske årsager ikke kan foretages i almen praksis, og hvor der ikke findes andre behandlingsmuligheder i det offentlige sundhedsvæsen. Dette leder til at ressourcestærke patienter "går privat" mens svage patienter "efterlades på perronen".

Tema: Informant perspektiv

Er der noget som vi ikke har spurgt om, men som giver indblik i dit arbejde og dine perspektiver omkring visiteringer?

Er der noget, du afslutningsvist vil spørge om?

Mange tak for din tid og dine perspektiver på henvisninger.

Bilag 3: Koder til tekstanalyse

KODER	Forklarende tekst
Adgang til sundhedsydelser	Sociale og geografiske forhold. Private behandlingsmuligheder. Ulighed for patienten. Hvor snæver er tragten.
Forventningsafstemning (faglig tillid og selvforståelse)	Tillid og mistillid fagligt. Hvem gør hvad. Afklaring af rollefordeling.
Henvissningskriterier	Hvem udstikker rammer for henvisningen. Der er patientforløb med meget veldefinerede rammer. Hvad skal der stå i henvisningen – nødvendig information. Information om: specialets retningslinjer, sundhedsstyrelsen, sygehusledelsen eller afdelingens egne.
Informationskanaler	Alle de måder vi kommunikere. Overordnet niveau omkring kommunikationsveje – eksisterende og nye (ønsker). Holdninger til henvisningssystemet.
Interne visitationsprocedure af afdelingsniveau	Hvordan bliver henvisninger håndteret? Hvor meget fleksibilitet har visitator.
Kommunikation omkring henvisninger	Alt direkte kommunikation omkring henvisning. Både skriftlig og mundtlig kommunikation og afvisningstekster.
Opgavefordelingen	Hvilke opgaver skal løses i praksis og hvilke på sygehuse. Ændringer (måske historisk).
Patientansvar ift. behandling og det sociale ansvar	Hvornår føler man ansvar for at løse en problematik. Et ansvar for information til patienten. Hensyn og ansvar for udsatte patienter.
Patientrelationen	Det vil være svære at afvise, hvis patienten var fysisk i rummet. Distancen i henvisning. Behandlingsforpligtelsen afhænger måske af relationen. Mundtlig eller skriftlig kommunikation.
Patientforløb standardiserede	Standardforløb. Fordele og ulemper. Er der nogen, der ikke passer i kassen? Udsagn om pakkeforløb.
Prioritering af afdelingens ressourcer	
Rådgivning	Specialistkompetencer og telefonrådgivning, undervisningsmateriale, rådgivningsrum (afvisningstekster, kodes under kommunikation omkring henvisninger)
Samarbejde	Mellem almen praksis og visiterende enhed og mellem sektorer
Organisering og sygehuset rammer	Omvisitering mellem afdelinger. Tidsstyring. Søjleopdeling mellem afdelinger. Samarbejde internt.
Viden om hinanden	Viden om hinandens forudsætninger, muligheder og arbejdsvilkår.