

Region Hovedstaden

Evaluering af central visitation i Region Hovedstaden

- Samlet rapport på baggrund af delundersøgelser

Juni 2012

REGION

Udarbejdet af Enhed for Hospitals- og Psykiatriplanlægning

Evaluering af central visitation i Region Hovedstaden

Udarbejdet af Enhed for Hospitals- og Psykiatriplanlægning

Koncern, Plan, Udvikling og Kvalitet, Region Hovedstaden

Charlotte Falk Andersen

Nikolaj Mors

Enhedschef: Anne Skriver

© Enhed for Hospitals- og psykiatriplanlægning, Region Hovedstaden, maj
2012

Rapporten findes på www.sundhed.dk

Henvendelser om undersøgelsen kan rettes til:

Enhed for Hospitals- og Psykiatriplanlægning

Kongens Vænge 2

3400 Hillerød

Telefon: 38 66 60 13 / 38 66 60 14

Indhold

1. OPSAMLING.....	4
2. INDLEDNING.....	5
3. RESULTATER FRA SPØRGESKEMAUNDERSØGELSEN.....	6
4. RESULTATER FRA FOKUSGRUPPER OG TELEFONINTERVIEWS	11
5. FORSLAG TIL TILTAG PÅ BAGGRUND AF EVALUERINGEN	15
BILAG 1: FORSLAG FRA FOKUSGRUPPEINTERVIEWS OG TELEFONINTERVIEWS	18

1. Opsamling

Denne rapport samler resultater fra de delundersøgelser (spørgeskemaundersøgelse og kvalitative interviews), der er lavet som et led i evalueringen af central visitation.

Spørgeskemaundersøgelse og kvalitative interviews har overordnet vist, at der især blandt vagtlæger og alment praktiserende læger er stor tilfredshed med CVI. Over 90% har et positivt samlet indtryk af CVI.

Desuden har evalueringen vist, at der blandt speciallægepraksis er knap så stor tilfredshed med CVI som blandt de alment praktiserende læger, samt at der på nogle områder kan laves forbedringer fx med hensyn til information om, hvilken CVI der skal kontaktes, efteruddannelse til personalet hos CVI mv.

På baggrund af evalueringen foreslås 9 tiltag, der anbefales indført efter evalueringen af central visitation. Enkelte af forslagene kræver tilførsel af yderligere midler, og foreslås derfor igangsat i det omfang, der er ressourcer til rådighed:

1. Kompetenceudvikling for ansatte i CVI (0,6 mio. kr.)
2. Fornyset informationsindsats til praksis og lægevagte om brug af CVI (100.000-150.000 kr.)
3. Ensartet procedure for opfølgning på henvisninger med ringe kvalitet
4. Ensartede servicemål for svartid, sagsbehandling mv. samt forbedret telefonsystem blandt andet med henblik på at forbedre svartiden på de tidspunkter på dagen, hvor der er flest i kø (0,5 mio. kr.)
5. Støtte til CVI fra hospitalsafdelinger, herunder kontaktpersoner på hospitalsafdelinger og bookingsvar.
6. Bedre teknisk understøttelse af henvisninger, fx ved at informere om og indføre MedCom tiltag som vedhæftning af filer, bookingsvar mv.
7. Billeddiagnostiske henvisninger via CVI (afklaring af tidshorisont)
8. Klarhed i visitationsretningslinjer til brug for CVI, herunder særligt visitationsproblemer og tvivlsituationer.
9. Belægningsoversigt for det akutte område (0,5 mio.)

2. Indledning

Central visitation blev etableret i Region Hovedstaden 1. maj 2011. Der blev på det tidspunkt oprettet tre, nye centrale visitationsenheder (CVIer) med inspiration fra den eksisterende organisering i planområde Nord, hvor en central visitationsenhed på Hillerød Hospital i en årrække har modtaget og fordelt alle henvisninger fra praksis og lægevagt. Der er således fire CVIer i Region Hovedstaden:

CVI Midt (Herlev Hospital)
CVI Syd (Hvidovre Hospital)
CVI Byen (Bispebjerg Hospital)
CVI Nord (Hillerød Hospital)

CVIernes arbejdsopgaver består i at modtage og fordele alle henvisninger fra praksis og lægevagt til hospitalsafdelingerne. Desuden skal CVI bestille transport efter aftale med den henvisende læge. CVIerne kan desuden være behjælpelige med at omstille lægerne til en anden læge/personale på den modtagende afdeling.

I første kvartal 2012 har Region Hovedstaden, Koncern Plan Udvikling og Kvalitet gennemført en evaluering af central visitation for det somatiske område.

Region Hovedstadens Psykiatri har i 2011 også indført central visitation i psykiatrien (PCVI). PCVI evalueres ved en selvstændig evaluering i 2012 af Enhed for Brugerundersøgelser.

2.1 Fremgangsmåde

Evalueringen består i:

- Spørgeskemaundersøgelse i almen praksis og speciallægepraksis
- Spørgeskemaundersøgelse blandt vagtlæger
- Fokusgruppeinterviews med hospitalsrepræsentanter og CVIer
- Telefoninterviews med alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger.

Der er nedsat en referencegruppe for evalueringen bestående af repræsentanter for praksissektor, CVI'er, hospitalsafdelinger og administration. Referencegruppen har bl.a. bistået med input til spørgeskema og kommentarer til resultaterne af evalueringen.

Der er udarbejdet en delrapport om spørgeskemaundersøgelsen af Enhed for Hospitalsplanlægning og Enhed for Brugerundersøgelser har udarbejdet en delrapport om fokusgrupper og telefoninterviews.

Denne rapport samler resultaterne fra de to del-rapporter, og anbefaler ud fra resultaterne en række udviklingstiltag. For en beskrivelse af, hvordan undersøgelsen er foretaget, henvises til de to ovenstående rapporter.

De områder, fx teknisk udvikling, bookingsvar, vedhæftning af filer mm., som er fremhævet i interviewene, men som allerede er besluttet, behandles ikke i rapporten.

3. Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen gengives her efter de temaer, der blev spurgt til i spørgeskemaet. Under hvert tema er der i punktform foreslået tiltag på baggrund af resultaterne. Enkelte forslag nævnes under flere temaer.

Spørgeskemaet blev besvaret af 354 alment praktiserende læger, 116 praktiserende speciallæger, samt 10 under betegnelsen Andet. Andet dækker primært over vagtlæger. Der er ca. 1000 alment praktiserende læger og ca. 500 speciallægepraksis i Region Hovedstaden. Dvs. at omkring 30-40% af lægerne har besvaret undersøgelsen. Resultaterne skal tolkes og anvendes med forsigtighed. Da det ikke er muligt at lave en bortfaldsanalyse, kan det ikke siges om undersøgelsen er repræsentativ.

Desuden blev der udsendt en kort version af spørgeskemaet til Lægevagten via Lægevagten's direktion. Dette skema blev besvaret af 346 vagtlæger. Der er i alt omkring 530 vagtlæger i Region Hovedstaden, dvs. at svarprocenten er ca. 65%.

Samlet indtryk og information om CVI

Over 90% af alment praktiserende læger og vagtlæger har et positivt samlet indtryk af central visitation, mens godt 56% af speciallæger har et positivt samlet indtryk af CVI'erne.

Den information der er givet til praksissektoren forud for åbningen af CVI i foråret 2011, vurderes positivt af over 85% af alment praktiserende læger, og godt halvdelen af de praktiserende speciallæger.

Imidlertid viser spørgsmål om blandt andet henvisningsprocessen, at der fortsat er usikkerheder forbundet med kontakt til CVI. I de kvalitative kommentarer til spørgeskemaet foreslog lægerne blandt andet en fornyet informationsindsats med en række konkrete tiltag.

- På baggrund af dette foreslås det, at der sker en fornyet informationsindsats til praksissektor og lægevagt om central visitation.

Henvisningsproces, herunder tidsforbrug og fejl-henvisninger

Resultaterne viser, at alment praktiserende læger generelt vurderer, at det er blevet nemmere at sende henvisninger siden etablering af CVI. Særligt elektive henvisninger (84%) vurderes af almen praksis positivt.

Speciallægerne vurderer henvisningsprocessen lidt mere blandet, idet en tredjedel mener det er blevet nemmere at henvise og lidt over en tredjedel, at det er blevet sværere. Hertil kommer også, at speciallægerne ikke sender særlig mange akutte henvisninger, hvorfor der er en del, der har svaret ”Irrelevant”.

Blandt alment praktiserende læger vurderes det at tidsforbruget er reduceret, og der er en tendens til, at vurderingen er bedre for de elektive end akutte henvisninger.

Desuden er der en tendens til, at især speciallægepraksis vurderer der er kommet flere elektive fejl-henvisninger.

I tråd med disse resultater har de kvalitative interviews vist, at nogle speciallæger sender henvisninger direkte til afdelingerne udenom CVI. Dette fordi de har oplevet, at henvisninger blev sendt forkert, og er usikre på om henvisningsprocessen fungerer via CVI. Nogle læger oplever desuden, at hospitalsafdelingerne ikke bakker op om CVI, men at afdelingerne opfordrer til direkte henvisning. Nogle læger foreslår blandt andet mere åbenhed om, hvordan arbejdsgangene og ekspeditionstiden er i CVI, mere specialespecifik betjening i CVI og kontaktpersoner for CVI i afdelinger og omvendt.

- Det foreslås, at der igangsættes en fornyet informationskampagne om central visitation mhp. på at fremme åbenhed om arbejdsgange mv.
- Der sættes fokus på at fremme hospitalsafdelingernes støtte til CVI.

Kontakt til CVI

Inden for de spørgsmål der handler om kontakt til CVI, er der en tendens til, at mellem 30-40% af både alment praktiserende læger og speciallæger mener det er uklart, hvilken CVI de skal kontakte. Denne tendens gør sig mest gældende i forhold til de akutte henvisninger, hvor omkring 40% af begge grupper, mener det er uklart, hvilken CVI de skal kontakte. Derudover har 52% af vagtlægerne svaret, at det ikke altid er klart, hvilken CVI de skal kontakte.

Resultatet viser, at der bør informeres yderligere til Lægevagten og praksissektor om, at den lokale CVI altid skal kontaktes, og at denne sørger for at

videreformidle henvisningen. Denne information skal særligt gælde akutte henvendelser. Informationen bør også omhandle den regel, at for akutte henvendelser skal der altid ringes først til CVI og derefter sendes henvisning, og for elektive henvendelser sendes blot elektronisk henvendelse.

Der er desuden en del spørgeskemakommentarer der peger på særlige tvivlsområder, -specialer og -diagnoser. Der nævnes fx henvisninger på tværs af planområder til specialfunktioner, til kompliceret sygdom/uklare diagnoser, patienter i grænsezoner mellem planområder, hyppige funktionsflytninger, fusioner. Desuden nævnes områder hvor visitationen adskiller sig fra planområde-inddelingen, eller med særlige retningslinjer for akutte og elektive patienter, fx pædiatri, obstetrik, øre-næse-hals afd. neurologi, urologi, nefrologi, rygpatienter, maligne lymfomer, geriatri, kardiologi, håndkirurgi, trombektomi og botox.

- Det foreslås, at der igangsættes en fornyet informationskampagne om central visitation for at fremme åbenhed om arbejdsgange mv.
- Det foreslås, at der skal klarhed om visitationsretningslinjer for problematiske specialer og diagnoser mv. (se ovenfor).
- Det foreslås at igangsætte kompetenceudvikling til personalet i CVI.

Telefonbetjening – serviceniveau, svartid og omstilling fra CVI

Med hensyn til telefonbetjening er alment praktiserende læger og vagtlæger meget positive overfor serviceniveauet. Således har over 95% svaret, at serviceniveauet er godt eller meget godt. At serviceniveauet er højt ses desuden af de mange positive tilkendegivelser, der er blandt kommentarerne om en servicemindet og hjælpsom betjening hos CVI. Speciallægepraksis er igen lidt mindre positive, idet 81% har svaret, at serviceniveauet er godt eller meget godt.

Derimod er der nogen utilfredshed med telefonsvartiden, idet omkring 65% af vagtlæger og alment praktiserende læger vurderer svartiden er tilpas. 35% af de alment praktiserende læger vurderer svartiden er for lang. 47% af speciallægerne kontakter ikke CVI pr. telefon.

Ligeledes er der med hensyn til omstilling fra en CVI til en anden CVI plads til forbedring. 50% af de alment praktiserende læger mener det fungerer godt eller meget godt, når de skal stilles om fra CVI. Der er dog en del læger der har svaret, at spørgsmålet er irrelevant i forhold til deres behov ved henvisninger.

Kommentarerne viser, at der er behov for ensartede procedurer hos medarbejderne med hensyn til omstilling. En del kommentarer udtrykker, at det er forskelligt om CVI medarbejderne tilbyder omstilling til relevant afdeling, eller anden CVI. Mange læger er ikke klar over, at muligheden er der.

- Der foreslås kompetenceudvikling for ansatte i CVI

- Der foreslås en fælles telefonstatistik for at overvåge og forbedre svartid på spidsbelastningstidspunkter, samt forbedret og ens telefonsystem for de 4 CVI'er. 0,5 mio. kr. foreslås til budgettet for 2013.
- Der foreslås information til praksis om servicemål for svartid og omstilling

Information fra CVI

Ca. 75% af de praktiserende læger har svaret, at den information de får om henvisningsforløb og kontakt til en læge på modtagende afdeling er enten god eller meget god. En del læger mener, at der godt kan informeres bedre om henvisningsforløbet og kontakt til en læge på modtagende afdeling. Angående patienttransport er over 90% af vagtlæger og alment praktiserende læger tilfredse med den information CVI giver om bestilling af patienttransport.

Der er stor tilfredshed med den telefonbetjening CVI giver. Dog ønskes der for nogle bestemte specialer en bedre feedback om, hvilken afdeling CVI forventer, at patienten henvises til.

- Der foreslås kompetenceudvikling for ansatte i CVI
- Der foreslås en fornyet informationsindsats om CVI'erne

Forskelle mellem CVI'erne

Lægernes samlede indtryk er som tidligere beskrevet, overordnet set positivt. Der er nogen variation imellem CVI'erne. Generelt er der en tendens til at CVI Nord, der har været etableret i en årrække, vurderes mest positivt. CVI Byen og CVI Nord er yderpunkter i forhold til det samlede indtryk. For de læger der oftest benytter CVI Byen har 75% svaret, at de har et positivt samlet indtryk, mens det for CVI Nord er 94% positive.

På spørgsmålet om, hvorvidt det er blevet nemmere eller sværere at henvise efter etablering af CVI'erne, vurderes CVI Nord og CVI Syd generelt lidt mere positivt end CVI Midt og CVI Byen. Ca. en fjerdedel af de læger, der oftest henviser via CVI Midt og Byen, mener det er blevet sværere at henvise.

Med hensyn til tidsforbruget vurderes CVI Nord generelt bedst, idet mellem 66-70% vurderer de bruger mindre tid end før CVI blev etableret. For CVI Midt og CVI Byen er det ca. 1/3 der vurderer de bruger mindre tid for akutte henvisninger, og knap halvdelen der vurderer de bruger mere tid for elektive henvisninger.

- Særligt for områderne Byen og Midt bør der fokuseres på at informere praksissektor og lægevagt om svartid, servicemål og arbejdsgange.

Forskelle i CVI'ernes telefonbetjening

Der er i spørgeskemaet spurgt til henholdsvis svartid, omstilling og serviceniveau.

Der er især tilfredshed med serviceniveauet både for almen praksis, speciallægepraksis og lægevagt.

Med hensyn til svartid har CVI Nord og CVI Syd begge resultater på knap 80% af de læger der har svaret, der vurderer at svartiden er tilpas. CVI Midt og CVI Byen ligger lidt lavere på omkring hhv. 50% og 35% af de besvarende, der vurderer at svartiden er tilpas.

Med hensyn til omstilling fra CVI, er der knap 60% af de læger der har svaret, der oftest bruger CVI Syd som vurderer, at det fungerer godt eller meget godt, mens det for CVI Nord er ca. 50% og CVI Byen ca. 45%. CVI Midt ligger lidt lavere, idet ca. 32% mener omstilling fra CVI til CVI fungerer godt eller meget godt.

Lægernes kommentarer til telefonbetjeningen hos CVI indeholder blandt andet forslag til ekstra bemanning på spidsbelastningstidspunkter samt bedre tilbud om omstilling til hospitalsafdeling eller anden CVI. I kommentarerne er der stor ros til alle CVI'er, dog nævnes behov for forbedret medicinsk viden og forslag om nøglepersoner inden for bestemte specialer.

- Der foreslås kompetenceudvikling for personalet i CVI

Kræftpakker, forskellige typer af speciallægepraksis og kommentarer

Med hensyn til håndtering af kræftpakker er der variation mellem CVI Nord, hvor 75% af de besvarende læger mener CVI håndterer kræftpakker godt eller meget, mens CVI Byen ligger lavest med 48%. Der er dog mellem 20-40% af lægerne, der har svaret, at spørgsmålet er irrelevant eller ikke kan vurderes.

Der er desuden blevet kigget på forskelle i vurderinger fra forskellige typer af speciallægepraksis. Desværre er antallet af svar for de enkelte specialer dog ikke nok til at generalisere. For dermato-venereologi og otologi er der flere negative end positive besvarelser i forhold til samlet indtryk af CVI. En forklaring kan være, at disse specialer også er de, der oplever det ringeste udbytte af CVI, da de oftest kun har kontakt til en eller to afdelinger. Disse specialer er typisk også de, hvor der ønskes undtagelser og mulighed for at sende henvisninger direkte til afdelinger uden om CVI, og hvor afdelingerne i mindre grad bakker op om CVI.

Kommentarerne fra lægerne viser, at der er ønsker om bedre elektronisk info om CVI, integration i lægesystemet, bestemt procedure for angivelse af frit valg af sygehus, bedre tilbud om omstilling til afdeling/anden CVI.

- Der foreslås fælles, regionale procedurer for gennemgang og ekspedition af hjerte- og kræftpakker, svartid og omstilling
- Der foreslås en fornyet informationsindsats om CVI (ovenstående) til praksissektor og lægevagt
- Det foreslås at der arbejdes videre på at forbedre teknisk understøttelse af henvisninger, blandt andet via Med Com og/eller Danske Regioner.
- Det foreslås at der gøres en indsats for at forbedre afdelingernes støtte til CVI, frem for at lave undtagelser inden for bestemte specialer

4. Resultater fra fokusgrupper og telefoninterviews

Ved evalueringen af central visitation er der foretaget et fokusgruppeinterviews med visitationskyndige medarbejdere fra hospitalerne, og ét med ledere og medarbejdere fra de fire CVI'er. Derudover er der foretaget 12 individuelle telefoninterviews med læger fra praksissektoren og vagtlæger.

Fokusgrupper og telefoninterviews har bekræftet, at lægerne overordnet er positive over for CVI'erne. Samtidig er der i forbindelse med interviewene fremsat en række forbedringsforslag. Disse er gengivet i bilag 1 sammen med kommentarer til hvert enkelt afsnit.

Nogle af forbedringsforslagene kræver en ledelsesmæssig beslutning og økonomisk tilførsel for at blive realiseret, mens andre kan indføres umiddelbart. Enkelte af forslagene er allerede indført, hvorfor det må bero på manglende information og viden, at der ikke er kendskab til dem.

For en introduktion og detaljeret gennemgang af fokusgrupper og interviews henvises til rapporten for Enhed for Brugerundersøgelser.

Organisering af henvisninger

Under dette tema er der blandt andet rejst forslag om, at CVI skal være omdrejningspunkt for alle henvisninger og have viden om alle henvisninger fra praksis, samt have overblik over ledig kapacitet i afdelingerne. I dag går radiologiske henvisninger ikke via CVI. Det er dog planen, at de radiologiske henvisninger også skal sendes via CVI, så snart det er organisatorisk og teknisk muligt.

Det vurderes at være relevant, at afdelingerne giver CVI besked om henvisninger, der ukorrekt er fremsendt udenom CVI. Dette som led i at fremme samarbejdet mellem hospitalsafdelinger og CVI, hvor der i alle led af organisationen skal opfordres til at medvirke til, at henvisningsproceduren via CVI overholdes.

På nuværende tidspunkt vurderes der ikke at være behov for, at CVI har overblik over ledig, elektiv kapacitet i afdelingerne. Det giver dog aktuelt god mening at arbejde videre med en belægningsoversigt på det akutte område til CVI'erne for at udnytte den akutte kapacitet på tværs af hospitalerne i et samspil mellem afdelinger og CVI. Af samme grund er der fra administrations side bragt et ønske om akut belægningsoversigt ind i budgetprocessen for 2013.

Endelig skal der sikres koordination mellem CVI og Akut-telefonen mht overblik over ventetider.

Den gode henvisning

Det er foreslået, at de henvisende læger skal have mere information om henvisningers indhold, således at disse kan blive endnu bedre, og om at CVIerne skal indsamle uklare henvisninger og sende henvisninger retur.

Det vurderes at være relevant, at de henvisende læger skal have mere information om den gode henvisning. Dette i forlængelse af PKO-ordningens projekt "Den Gode Henvisning" og den regionale vejledning om indhold i henvisninger. CVIerne laver allerede nu opsamling på uklare henvisninger i samarbejde med praksiskonsulenten, men CVIerne kan med fordel lave fælles retningslinjer for, hvilke henvisninger der skal følges op, herunder hvilke der fx skal kontaktes personligt med brev, opringning eller lignende.

Den elektroniske henvisning

I forbindelse med elektroniske henvisninger er det i interviewene foreslået, at der skal være plads til at skrive mere i henvisningen, mulighed for at vedhæfte dokumenter, flere obligatoriske felter, mere specialespecifikke henvisninger og mere tydelig markering af pakke-henvisninger.

Flere af disse tekniske forslag er allerede under implementering. Under forudsætning af, at de enkelte lægesystemer tilpasses en MedCom-løsning, vil antallet af tegn i henvisningen tre-dobles inden udgangen af 2012. Det samme gælder muligheden for at vedhæfte filer til henvisninger. MedCom er ved at udarbejde en særlig pakkehenviingstabel.

Det vurderes ikke at være en løsning at indføre flere obligatoriske felter. Dog vurderes det, at Region Hovedstaden over for Med Com og Danske Regioner kan udtrykke ønske om, at frit valg af sygehus og henvisning til pakkeforløb, skal kunne markeres med særskilte, valgfrie felter. I dag skal lægen markere "Pakkeforløb" i den rubrik der hedder "Særlige Forhold" som ikke er specielt reserveret til pakkeforløb.

Retningslinjer for visitation

Det foreslås i interviewene at skabe klarhed i visitationsretningslinjerne, og at det skal være muligt for CVI at henvide til den afdeling i Region Hovedstaden der har kortest ventetid. Desuden er der forslag om, at patienter genindlægges på samme afdeling som tidligere, og at patientens ønske om en bestemt afdeling skal veje tungere end geografiske hensyn.

Forslaget om at CVI efter patientens ønske skal henvide til den afdeling, der har kortest ventetid, kan ikke teknisk lade sig gøre pt., og dette vil kræve ressourcer, også af de enkelte afdelinger. Patientens frie valg af sygehus skal naturligvis respekteres, men det bør derudover holdes fast i, at de gældende visitationsretningslinjer for de respektive specialer, styre til hvilken afdeling henvisningen sendes.

Det kan desuden oplyses, at der i 2011 blev nedsat en gruppe der har til formål at skabe klarhed om visitationsretningslinjer, særligt inden for problema-

tiske specialer, hvor der ofte er tvivl om visitationen. Denne gruppe forventes at genoptage sit arbejde.

Der er ønsker om flere ansatte i CVIerne for at nedbringe ventetiderne. Det er der ikke som udgangspunkt mulighed for.

En måde at imødekomme kommentarerne angående en lang svartid, kan være at beslutte en fælles, regional standard for svartid. Dette fx med inspiration fra Akuttefonen hvor målet er, at 90% af alle opkald skal være taget inden for 2 minutter og der føres statistik over, hvordan dette mål opfyldes – også på forskellige tidspunkter af dagen.

Bestilling af patienttransport

Det er i interviewene foreslået, at læger i praksissektor og Lægevagt skal have information om forskellige typer af patienttransport og en liste over, hvilke diagnoser, der udløser hvilken kørselstype.

Evalueringen viser, at kendskabet til hvilke retningslinjer, der er for kørsel, kan forbedres. En fornyet informationsindsats om central visitation, bør derfor også omhandle information om kørselstyper og bestilling heraf. Der oprettes kørselskontorer på akuthospitalerne i løbet af 2012 og 2013, og disse skal tænkes ind med hensyn til information om kørsel.

Det vurderes ikke relevant og muligt, at udarbejde en liste til CVI over, hvilke diagnoser der udløser forskellige kørsler (A, B, C, D). Kørselstypen vurderes i den enkelte situation efter patientens behov, og der kan inden for den samme diagnose være stor forskel på kørselsbehovet.

Endelig er det foreslået, at der bør tilbydes kompetenceudvikling til personalet i CVI med henblik på at forbedre spørgeteknikken til forskellige kørselstyper over for lægerne. Dette vurderes at være en god idé.

Organisering af arbejdet i CVI

De interviewede har foreslået følgende:

- efteruddannelse i hvilke afdelinger der har hvilke funktioner
- erfaringsnetværk mellem medarbejdere fra forskellige CVIer
- ændret bemanning på særlige tidspunkter
- regelmæssig gennemgang af henvisninger
- hurtigere videresendelse af akutte henvisninger.

De fleste af ovennævnte punkter kræver beslutning og opbakning fra lederne for CVIerne. Det vurderes at være relevant at personalet i CVI tilbydes kompetenceudvikling inden for specialeplanlægning, placering af funktioner, behandlingsoversigt på sundhed.dk, frit valg af sygehus, pakke-henvisninger, servicemål mv. for CVI.

Spørgsmålene om hvorvidt personalet skal deltage i erfaringsnetværk, om der skal være specialespecifik betjening, oplæring af nøglepersoner i bestemte specialer, skal være flere på vagt på spidsbelastningstidspunkter beror på en

beslutning fra akuthospitalerne, og en vurdering af hvordan CVIerne lever op til servicemålene.

Dertil kan oplyses, at der allerede nu er online information om CVI på Sundhed.dk, hvor der kan findes lokationsnumre, optageområder, telefonnumre mv. Dog tyder de mange kommentarer på, at denne information ikke er nået ud.

Organisering af CVI

Et forslag der går igen i interviews og spørgeskema-kommentarer er forslaget om, at der kun bør være én CVI i regionen.

Formålet med evalueringen har været at forbedre og understøtte arbejdet i de nuværende CVIer. Da CVI blev etableret blev det besluttet at oprette en CVI i hvert planområde for at skabe en passende afvejning mellem at samle henvisningsopgaverne, samtidig med at det geografiske kendskab og kendskabet til læger og afdelinger fastholdes. De tre nyetablerede CVIer har arbejdet et år, og det vurderes at de fire CVIer skal fastholdes og udvikles. Dette blandt andet på grundlag af de mange positive kommentarer fra vagtlæger og alment praktiserende læger, der viser, at der eksisterer et godt samarbejde mellem dem og CVIerne. Desuden er der i evalueringen fremkommet en række konstruktive forslag til at styrke de eksisterende CVIer, som vil blive igangsat i forlængelse af evalueringen.

CVI og samarbejdspartnerne

En række forslag omhandler et styrket samarbejde mellem CVI og de henvisende læger på den ene side, og hospitalsafdelingerne på den anden side. Der er forslag om Åbent Hus arrangementer, online-information og via e-mail, kontaktpersoner i CVI for hver hospitalsafdeling, og omvendt kontaktpersoner i afdelingerne for CVI, samt støtte fra hospitalsafdelingerne til CVI ved at afvise uklare henvisninger og melde tilbage om utilsigtede hændelser.

CVIerne har allerede afholdt Åbent Hus arrangementer. Det vurderes at være nyttigt at igangsætte en fornyet informationsindsats. Med hensyn til forslag om kontaktpersoner i CVI for afdelinger og omvendt, kræver dette ledelsesmæssig opbakning fra CVIerne, men forslaget vurderes at kunne styrke samarbejdet med de kliniske afdelinger, og opbakningen til CVI. Det vurderes at være et drastisk tiltag, hvis de kliniske afdelinger pålægges at afvise henvisninger sendt udenom CVI, men til gengæld en god idé at melde tilbage til CVI om disse samt eventuelle utilsigtede hændelser.

Det er desuden foreslået, at der skal skabes mere gennemsigtighed i fordelingen af patienter mellem hospitaler. Er der udfordringer i forhold til fordelingen af patienter, må dette i første omgang drøftes mellem de pågældende hospitalsdirektioner, og overordnet bør det i informationen til de kliniske afdelinger understreges at henvisningerne fordeles efter optageområder.

Kontakt mellem praksissektor og hospitalsafdeling

I interviewene er der fremkommet en række forslag om en forbedret kontakt mellem praksis og hospitalsafdeling. Det drejer sig blandt andet om, at CVIerne efter ønske skal oplyse om mulighed for omstilling og tilbyde omstilling til hospitalsafdeling, annullering af obligatorisk lægekontakt inden for nogle specialer, kommunikationssystem mellem hospitaler og praksissektor, og svar fra hospitalsafdelinger til henvisende læge, samt et track and trace system til henvisninger.

Obligatorisk lægekontakt dækker over, at der inden for nogle specialer er tradition for, at henvisende læge skal kontakte hospitalsafdelingen inden henvisning. Dette gælder blandt andet for neurologi.

CVIerne kan omstille til de kliniske afdelinger ved behov. Kommentarer og interviews viser dog, at mange læger ikke kender til denne mulighed eller ikke får det tilbudt. Det bør derfor være en del af informationen til lægerne, at omstillingsmuligheden eksisterer, og være en generel praksis, at der omstilles til en hospitalsafdeling ved behov.

Det er ikke beskrevet, hvordan et kommunikationssystem mellem henvisende læger og hospitaler kan udformes, og det vurderes at der allerede eksisterer muligheder for kontakt i de eksisterende systemer, fx via omstilling. Det er dog en medvirkende faktor til at kontakten fra henvisende læge til hospitalsafdelingerne opleves ringe, at ikke alle hospitaler fuldt ud har implementeret bookingsvar endnu. Bookingsvar er en mulighed for, at hospitalerne via bookingsystemet kan sørge for, at henvisende læge får besked om, at henvisningen er modtaget og patienten indkaldt. Når denne procedure er implementeret, forventes det at kunne betyde, at henvisende læger oplever større grad af feedback og kan give svar til patienterne, når de spørger.

Endelig er der foreslået en slags track and trace system for henvisninger. Dette kræver en afdækning af tekniske muligheder og økonomiske ressourcer. Det er vurderingen, at dette ikke er relevant på nuværende tidspunkt.

5. Forslag til tiltag på baggrund af evalueringen

Det foreslås at indføre nedenstående 9 tiltag på baggrund af evalueringen som vurderes at styrke CVIernes ekspertise i forhold til at fremme patientsikre henvisningsforløb, ensartede servicemål. Desuden forventes tiltagene at kunne styrke samarbejdet med hospitalsafdelinger, praksissektor og lægevagt til CVI.

Forslagene er et sammendrag af alt det input, der er kommet via både spørgeskema, fokusgrupper og telefoninterviews. Enkelte af forslagene forventes at medføre mer-udgifter. Disse beløb bringes ind i budgetprocessen for 2013. Forslagene er i prioriteret rækkefølge:

1. Kompetenceudvikling for ansatte i CVI

Det foreslås at afsætte 0,6 mio. kr. til kompetenceudvikling for personalet i CVI'erne. Kompetenceudvikling skal besluttes af CVI-lederne. Forslagene peger på, at der blandt andet bør fokuseres på at fremme kendskab til visitationsretningslinjer, spørgeteknik til patienttransport, funktionsplacering på hospitalerne, behandlingsoversigt på Sundhed.dk, oplære nøglepersoner i bestemte specialer, signatur på henvisning, omstilling, samt frit valg af sygehus. Desuden er der forslag om erfaringsnetværk på tværs af CVI'er, og kontaktpersoner for hver afdeling i CVI.

2. Fornyet informationsindsats til praksis og lægevagt om brug af CVI

Der peges på at der bør fokuseres på fornyet information om CVI, da der fortsat er for ringe kendskab til arbejdsgange og regler for henvisning. Det foreslås at afsætte 0,1-0,15 mio. kr. til dette. Dette kunne omfatte forbedret online-information om CVI'erne, Praksisnyt, information via PLO, evt. en video om CVI, Åbent Hus, deltagelse på dialogmøder, integration af postnumre mv. i lægesystem. Desuden bør der informeres på ny om henvisningsretningslinjer (pakkehenvvisninger, servicemål, problemspecialer, info på Sundhed.dk) og "Den Gode Henvisning", samt patienttransport/kørselstyper, og info om hvordan CVI allerede i dag i praksis håndterer henvisninger patientsikkert.

3. Ensartet procedure for opfølgning på henvisninger med ringe kvalitet

Der skal følges op på hvorledes der kan sikres bedre henvisninger. Derfor skal der etableres en ensartet procedure for opfølgning på henvisninger med ringe kvalitet. Det handler dels om hvorledes der følges op på indkomne henvisninger af ringe kvalitet, således at henvisende læge kan få mulighed for fremover at forbedre sine henvisninger. Dels handler det, som nævnt ovenfor, om at udbrede kendskabet til "Den gode henvisning". Tiltaget kræver samarbejde mellem hospitalsafdelinger, CVI'er og PraksisKoordinatorOrdnningen (PKO)

4. Ensartede servicemål og procedurer for svartid, sagsbehandling mv. (0,5 mio. kr. til fælles telefonsystem)

I kommentarer og interviews er der peget på, at det vil være hensigtsmæssigt at fastsætte mere ensartede procedurer for servicemål for telefonventetid. Dette indenfor de eksisterende rammer og i et samarbejde med de involverede akuthospitaler. Desuden skal der arbejdes for at lave ensartede procedurer for håndtering af pakkehenvvisninger, videresendelse af akutte henvisninger samt omstilling. Disse mål og procedurer bør via informationsindsats udmeldes til de henvisende læger.

Desuden foreslås det at afsætte 0,5 mio. kr. til et ens telefonsystem for de fire CVI'er for, at der kan gives mulighed for bedre telefonisk samarbejde mellem CVI'erne og for at der kan laves fælles telefonstatistik efter servicemål og CVI'erne kan få forbedrede muligheder for svarindstillinger mv. Kommentarer og interview peger på, at det kan være hensigtsmæs-

sigt, at CVIernes telefonsystem forbedres blandt andet således, at der med udgangspunkt i servicemålene kan laves fælles telefonstatistik, der viser svartiden i løbet af dagen og er baseret på fælles kriterier for god svartid især på de tidspunkter af dagen, hvor der er flest i kø. Der henvises til akuttelefonens mål om, at 90% af alle kald skal være besvaret inden 2 minutter.

5. Støtte til CVI fra hospitalsafdelinger

Der peges i kommentarerne på, at for at understøtte samarbejdet mellem CVI og afdelinger, bør der blandt andet etableres et system med kontaktpersoner fra hver hospitalsafdeling til CVI. Desuden skal der arbejdes for at implementere bookingsvar fuldt ud, så henvisende læge får besked om, at patienten har fået en tid. CVIerne er allerede i gang med at danne sig overblik over kontaktpersoner på afdelingerne, og det anbefales at dette arbejde fortsætter. Desuden bør de kliniske afdelinger opfordres til/pålægges at melde tilbage til CVI og praksiskonsulent om forkert fremsendte henvisninger og eventuelle utilsigtede hændelser.

6. Bedre teknisk understøttelse af henvisninger

Der er peget på, at forskellige tekniske tiltag til at understøtte henvisningsprocessen bør fremmes, fx ved at indføre MedCom tiltag som vedhæftning af filer, korrespondancemeddelelse, implementere bookingsvar mv. Disse kommentarer tyder på, at mange læger end ikke er klar over, at der allerede arbejdes på at indføre disse tiltag. Der kan derfor være behov for at informere derom.

7. Billeddiagnostiske henvisninger via CVI

I kommentarerne peger de henvisende læger på, at det kan være konstruktivt at sende billeddiagnostiske henvisninger via CVI. Desuden viser evalueringen af der bør skabes klarhed om de aktuelle visitationsregler til klinisk fysiologi og radiologi.

8. Klarhed i visitationsretningslinjer til brug for CVI og henvisende læger

Der er peget på en række specialer, hvor der er uklarhed om henvisningsretningslinjerne og tvivlssituationer. Administrationen vil i regi af den visitationsgruppe der blev nedsat i 2011 gennemgå de specialer og diagnoser, der er nævnt som tvivlstilfælde (se side 7) og foretage tilpasninger i de givne retningslinjer mv.

9. Akut belægningsoversigt CVIerne (0,5 mio. kr.)

For at understøtte CVIernes mulighed for at medvirke til bedre udnyttelse af den akutte kapacitet i samarbejde med hospitalerne, er det foreslået i forhold til budgettet for 2013 at afsætte 0,5 mio. til akut belægningsoversigt.

Bilag 1: Forslag fra fokusgruppeinterviews og telefoninterviews

Forslagene er en samlet liste over idéer fremkommet i forbindelse med interviews. De interviewede har ikke nødvendigvis viden om hvad der allerede i forvejen måtte være af eksisterende tiltag. I anden kolonne er det nævnt hvis der allerede er sat et tiltag i gang.

Forslag	Bemærkninger og anbefalinger fra Enhed for Hospitals- og Psykiatriplanlægning
Organisering af henvisningsprocessen	
1. CVI skal være omdrejningspunkt for alle henvisninger, dvs. også henvisninger mellem afdelinger.	Nej, Der er ikke umiddelbart anledning til, at henvisninger mellem afdelinger skulle foregå via CVI.
2. Om henvisninger til billeddiagnostiske afdelinger, herunder henvisninger til pakkeforløb for brystkræft, også skal sendes via CVI.	Ja, Det er planen, at billeddiagnostiske henvisninger (REF02) på sigt skal ske via CVI.
3. Om CVI skal have besked om henvisninger udenom CVI, så CVI kan have overblik over kapacitet på den enkelte afdeling.	Ja, CVI bør af afdelingerne have besked om henvisninger der ukorrekt går uden om CVI. Denne oplysning vil ikke i sig selv gøre, at CVI får overblik over ledig kapacitet i afdelingerne.
4. Om læger fra praksissektoren skal "motiveres" til at henvise via CVI, fx ved hjælp af "Bøder" eller bearbejdning af lægernes tillid til CVI.	Nej, et bødesystem er ikke realistisk, der bør snarere foretages et systematisk arbejde med at informere om CVI og tage kontakt og melde tilbage til læger, der henviser direkte. Hospitalsafdelingerne skal medvirke til dette ved at informere praksiskonsulent og CVI om forkert sendte henvisninger.
Den gode henvisning	
5. Om de henvisende læger fra praksissektoren skal have mere informa-	Ja, i forlængelse af VIP-vejledningen "Den gode henvisning" og som opfølgning på PKO-

tion om, hvordan den ideelle henvisning skal bygges op, og hvad den skal indeholde.	ordningens projekt "Den Gode Henvisning", bør der følges op på, hvordan henvisninger til CVI skal bygges op for at sikre et hurtigt og sikkert henvisningsforløb.
6. Om CVIerne skal indsamle uklare henvisninger med henblik på, at praksiskoordinatorerne gennemgår disse med lægen, der har henvist.	Ja, uklare henvisninger bør indsamles, men der skal være klare, fælles kriterier for, hvornår en henvisning er "for ringe", så der er enighed om, hvilke henvisninger der skal bruges ressourcer på at forbedre, og hvordan det skal ske.
7. Om CVI skal have mulighed for at sende uklare henvisninger og ikke-henvisninger (og anden kommunikation retur til henvisende læge i praksissektoren.)	Ja, det har de allerede, det er muligt.
Den elektroniske henvisning	
8. Om henvisende læge skal have mulighed for at skrive mere i visse felter i den elektroniske henvisning	Er på vej. Antallet af tegn bliver 3-doblet i løbet af 2012.
9. Om henvisende læge skal have mulighed for at vedhæfte dokumenter til den elektroniske henvisning	Er på vej. Forventes i drift i løbet af 2012.
10. Om den elektroniske henvisning skal have flere obligatoriske felter til udfyldelse, fx forældre/værges til børn og mulige allergier	Nej, det vurderes at der er felter nok, og at der er felter der giver mulighed for disse oplysninger bl.a. Særlige Forhold.
11. Om den elektroniske henvisning skal indeholde et felt til "ønske om afdeling".	Ja, det er aftalt at ønske om Frit valg af sygehus markeres under særlige forhold. Region H vil via Danske Regioner/Med Com arbejde for et særligt felt i den dynamiske henvisningsblanket.
12. Om der skal indføres mere specialespecifikke henvisninger.	Nej, men der bør være mulighed for at standardhenvisningsformularen indeholder diagnose/specialespecifikke fraser til at indsætte i henvisningen.
13. Om henvisninger til pakkeforløb skal markeres, så de bliver mere tydelige for CVI ved separat felt til markering eller andet lokationsnummer	Er på vej, MedCom har udviklet en pakkehenvisningstabel hvor CVI integreres. Dette kræver dog at den tages i drift i lægesystemer og at lægerne oplyses om brugen af den. Der er i forvejen en aftale om hvordan pakkeforløb markeres i en henvisning.
Retningslinjer for visitation	
14. Om der skal skabes klarhed i retningslinjerne for visitation	Der er nedsat en arbejdsgruppe der skal rette op på eventuelle uklarheder og retningslinjer for problematiske specialer og diagnoser. Der skal informeres bedre om retningslinjer der ligger på Sundhed.dk
15. Om patienter, der genindlægges, som udgangspunkt skal indlægges på samme afdeling/hospital i stedet for et andet hospital.	Ja, det er hensigtsmæssigt såfremt det kan aftales med henvisende læge.

16. Om patientens ønske om en specifik afdeling skal veje tungere end den geografiske afstand til hospitalet ved akutte indlæggelser.	Ja, med mindre det vurderes at være skadeligt for patientens tilstand.
17. Om det skal være muligt for CVI at henvises til den afdeling i Region Hovedstaden, der har kortest ventetid, hvis patienten ønsker det.	Nej, som udgangspunkt skal plan- og optageområder, samt patientens frie valg, være styrende for henvisningerne. Det vil i givet fald kræve at CVI besidder ventetidsinformation for pågældende afdelinger, samt nødvendige ressourcer til at holde overblik over ventetiden.
Bestilling af patienttransport	
18. Om lægerne i praksissektoren skal have information om, hvad de forskellige typer patienttransport indebærer.	Ja. Kræver informationsindsats. Denne information burde allerede være kendt af lægerne, men evalueringen har vist, at der kan være brug for at informere igen.
19. Om CVI skal have en liste over hvilke diagnoser, der skal transporteres med kørsel 1 og 2.	Nej. AMK/Vagtcentralen beslutter retningslinjer for kørsel. En sådan liste er urealistisk, da samme diagnose afhængig af patientens aktuelle tilstand kan give anledning til forskellig kørselstype. Siddende patienttransport skal koordineres med de kommende kørselskontorer i regionen.
20. Om det skal være muligt at køre akutte patienter direkte til ikke-akutte afdelinger/ambulatorier, hvis patienten tidligere er behandlet dér.	Ja, hvis det aftales med modtagende afdeling, og AMK/Vagtcentralen orienteres om det.
Organisering af arbejdet i CVI	
21. Om de ansatte i CVI skal have sundhedsfaglig baggrund/oplæring, der gør dem i stand til at stille mere uddybende spørgsmål til både henvisninger og typen af patienttransport ved akutte henvisninger.	Ja, der bør finde oplæring sted. Det foreslås at igangsætte kompetenceudvikling for de ansatte. Dette kræver tilførsel af ressourcer og ledelsesmæssig beslutning.
22. Om de ansatte i CVI skal have mere oplæring i hvilke afdelinger, der varetager hvad.	Ja. Dette foreslås også i kommentarer til spørgeskemaundersøgelsen. Kræver ressourcer og ledelsesmæssig beslutning
23. Om de ansatte i CVI kun skal løse opgaver med henblik på at få øget erfaring med opgaverne.	Nej, nøglepersoner i forhold til bestemte specialer kan være en ide. Kræver i givet fald ledelsesmæssig opbakning fra akuthospitalerne.
24. Om ansatte i forskellige CVIer skal mødes sideløbende med henblik på erfaringsudveksling.	Ja, i det omfang det besluttet af CVI-lederne.
25. Om der skal være flere på vagt i CVI med henblik på, at nedbringe ventetid på telefonen.	Dette foreslås også i kommentarer til spørgeskemaet. Kræver ledelsesmæssig opbakning og omorganisering af ressourcer.
26. Om ansatte i CVI skal sætte deres initialer på de henvisninger, de behandler mhp. at den enkelte ansatte i CVI kan få feedback og lære af eventuelle fejl-henvisninger.	Ja, hvis ikke det allerede er praksis. Det bør altid være muligt at identificere, hvilken medarbejder, der har ekspereret en henvisning. Dette kan evt. indgå i kompetenceudvikling.

27. Om CVI skal gennemgå henvisninger flere gange dagligt med henblik på hurtigere ekspedition til afdelingerne.	Ja.. Dette gøres allerede. Men der kan muligvis laves en fælles regional standard for, hvor ofte henvisningerne skal gennemgås. Det er en ledelsesmæssig beslutning. Akutte henvisninger og pakkehenvvisninger bør under alle omstændigheder prioriteres
28. Om CVI skal være hurtigere til at videresende akutte henvisninger fra henvisende læge til hospitalsafdelingen.	Kræver ledelsesmæssig opbakning og evt. ressourcer afhængig af målene. Henvisningerne ekspederes pt. så hurtigt som muligt og akutte henvisninger har 1. prioritet. Henvisningen bør sendes til afdelingen, så den er tilgængelig for modtagende læge, før patienten ankommer. Evt. kan fælles servicemål udvikles og udmeldes til praksissektor og hospitalsafdelinger, men det kræver opbakning på tværs af alle fire CVI'er.
29. Om CVI skal have specialespecifik betjening, så hvert speciale kan kontakte én med specifik ekspertise i forhold til deres speciale.	Se også pkt. 23. Specialespecifik telefonbetjening er urealistisk, men eventuelt kan nøglepersoner ifht. bestemte specialer være en idé.
30. Om oversigten om ændringer i hospitalsplanen på sundhed.dk skal opdateres, så CVI kan bruge den som opslagsværk.	Ja, det sker allerede. Oversigten skal opdateres og de ansatte i CVI skal introduceres til den.
31. Om CVI skal have en hjemmeside med relevante opslagsværker.	Sundhed.dk fungerer som sådan. Skal formidles bedre.
Organisering af CVI	
32. Om der i stedet for fire CVI skal være en stor CVI – eventuelt specialeopdelt.	Det vurderes på baggrund af evalueringen at de nuværende CVI'er skal fastholdes og udvikles. En ændring i dette vil kræve beslutning fra Koncerndirektionen.
CVI og deres samarbejdspartnere	
33. Om CVI skal holde Åbent Hus for deres samarbejde i praksis- og hospitalssektoren.	Nej, PLOs repræsentant i referencegruppen har peget på, at der næppe vil komme mange deltagere. Åbent Hus har været afholdt, og hvis der skal afholdes flere arrangementer bør informeres via Praksisnyt om dette.
34. Om der er behov for yderligere information om CVI til deres samarbejdspartnere, fx via e-mail eller informationsvideo på nettet.	Dette foreslås også i kommentarer til spørgeskemaundersøgelsen. Det kræver i givet fald økonomisk tilførsel. KKO bør kontaktes.
35. Om hver hospitalsafdeling skal have en kontaktperson i den CVI, afdelingen hører til.	Ja. Kræver en beslutning fra CVI-lederne og en udmelding til afdelingerne.
36. Om CVI skal have en kontaktperson i alle hospitalsafdelinger, der hører til den pågældende CVI.	Ja, i det omfang der med kontaktperson menes en der kan fremkomme med problemstilling og viden af generel karakter.
37. Om hospitalsafdelingerne skal bakke op om henvisningsprocessen over for lægerne i praksissektoren,	Ja, der bør informeres nogle retningslinjer til afdelingsledelser og især til de medarbejdere der tager imod henvisninger på afdelinger om, at de

fx ved at afvise at modtage henvisninger uden om CVI.	skal bakke op om CVI'erne. Afdelingerne bør dog ikke afvise konkrete henvisninger, der allerede er gået direkte til en afdeling.
38. Om hospitalsafdelingerne skal melde tilbage til CVI, og evt. indberette en utilsigtet hændelse, hvis CVI henviser til en forkert afdeling.	Ja, der bør meldes tilbage til CVI – pågældende medarbejdere og leder. Der bør være en fælles procedure for tilbagemelding. Utilsigtede hændelser rapporteres i separat regi.
39. Om der skal være mere gennemsigthed i forhold til fordelingen af patienter mellem hospitaler mhp. at aflive evt. mistanker om favorisering af hospitaler.	Patienterne skal henvises efter planområdeinddelingen, og i respekt for patientens frie valg. Eventuelle udfordringer i forhold til fordeling af patienter drøftes mellem de involverede hospitalsdirektioner.
Kontakt mellem praksissektor og hospitalsafdeling	
40. Om CVI skal kunne stille en henvisende læge om til en speciallæge på en relevant hospitalsafd., hvis der er tvivl om henvisningen.	Ja, omstilling bør tilbydes, det er muligt. Kommentarer til spørgeskemaet efterlyser også dette. De ansatte bør informere hver enkelt læge om muligheden, og bruge den oftere.
41. Om CVI skal være bedre til at oplyse om mulighed for telefonisk kontakt til speciallæge.	Ja, jf. pkt. 40.
42. Om den obligatoriske telefonkontakt mellem henvisende læge og hospitalslæge inden henvisning til visse hospitalsafdelinger skal afskaffes.	Kun hvis dette kan aftales med de pågældende hospitalsafdelinger. Kræver identifikation af disse afdelinger. Neurologi og pædiatri er et par af dem.
43. Om der skal oprettes et kommunikationssystem som læger fra praksissektor kan bruge til at kommunikere med hospitalsafdelingerne.	Der er mulighed for at kontakte hospitalsafdelinger som hidtil. Korrespondancemeddelelser kunne være en mulighed. Status for implementering skal afdækkes.
44. Om modtagende afdelinger skal være bedre til at sende hurtig besked til både patient og henvisende læge i form af modtagelses- eller indkaldelsesbrev.	Nej, bookingsvar til egen læge er under implementering.
45. Om der skal indføres en slags "track and trace" system, hvor praksissektor kan finde oplysninger om status for den enkelte patients henvisningsforløb.	Nej, kræver ressourcer. Med bookingsvar får lægen besked, se pkt. 44.