

# Strømlinet proces eller administrativ omvej?

- Evaluering af central visitation i Region Hovedstaden

# **Strømlinet proces eller administrativ omvej?**

**- Evaluering af central visitation i Region Hovedstaden**

Udarbejdet af Enheden for Brugerundersøgelser  
på vegne af Enhed for Hospitals- og Psykiatriplanlægning  
i Region Hovedstaden.

Karen Skjødt Hansen  
Louise Basse

Enhedschef: Marie Fuglsang

© Enhed for Hospitals- og Psykiatriplanlægning og  
Enheden for Brugerundersøgelser, Region Hovedstaden, maj 2012

ISBN: 978-87-91520-89-1

Rapporten findes på Enheden for Brugerundersøgelsers hjemmeside:  
[www.patientoplevelser.dk](http://www.patientoplevelser.dk)

Henvendelser vedrørende undersøgelsen kan rettes til:

Specialkonsulent Karen Skjødt Hansen  
Enheden for Brugerundersøgelser  
Nordre Fasanvej 57  
2000 Frederiksberg  
Telefon: 3864 9959  
E-mail: [karen.s.hansen@regionh.dk](mailto:karen.s.hansen@regionh.dk)

## Indhold

<b>1</b>	<b>INTRODUKTION .....</b>	<b>3</b>
1.1	Baggrund.....	3
1.2	Formål.....	3
1.3	Metode .....	3
<b>2</b>	<b>INTRODUKTION TIL CVI OG VISITATIONSPROCESSEN .....</b>	<b>6</b>
2.1	CVI'erne .....	6
2.2	Visitationsprocessen .....	6
<b>3</b>	<b>FRA PRAKSISSEKTOREN TIL CVI.....</b>	<b>8</b>
3.1	Lægerne henviser via CVI fordi.....	8
3.2	Henvisninger udenom CVI .....	8
3.3	Dobbelthenvvisninger .....	9
3.4	Hvordan kan man omvende skeptikere? .....	10
3.5	Det elektroniske henvisningssystem.....	10
3.6	Den gode henvisning .....	11
3.7	Ønske om henvisning til en specifik hospitalsafdeling.....	12
3.8	Øget afstand mellem praksissektor og hospitalssektor .....	12
3.9	Læge til læge-kontakten .....	13
3.10	Obligatorisk omstilling til læge på hospitalsafdeling .....	13
<b>4</b>	<b>I DE CENTRALE VISITATIONER .....</b>	<b>14</b>
4.1	CVI og deres samarbejdspartnere .....	14
4.2	Ventetid på telefonisk kontakt.....	16
4.3	Ekspeditionstid for henvisninger .....	16
4.4	Bestilling af transport til akutte patienter .....	17
4.5	Retningslinjer for visitation .....	18
4.6	CVI som omdrejningspunkt for alle henvisninger .....	19
4.7	At være ansat i CVI.....	20
4.8	Organisering af CVI .....	21
<b>5</b>	<b>FRA CVI TIL HOSPITALSAFDELING.....</b>	<b>22</b>
5.1	Henvisningsprocessen går hurtigere via CVI.....	22
5.2	Divergerende oplysninger ved akutte henvisninger.....	22
5.3	Kontakt mellem henvisende læge og modtagende hospitalsafdeling.....	22
5.4	Flere akutte indlæggelser .....	23
5.5	Fordeling af patienter til de enkelte hospitaler .....	23
5.6	Patientsikkerhed.....	23
<b>6</b>	<b>KONKLUSION OG FORSLAG TIL FORBEDRINGER .....</b>	<b>25</b>

# 1 Introduktion

## 1.1 Baggrund

Siden 1. maj 2011 har henvisning af patienter fra almen praksis og speciallægepraksis til hospitalerne i Region Hovedstaden foregået via fire Centrale Visitationsenheder (CVI'er). Formålet med at indføre central visitation er at optimere logistikken omkring henvisningsforløb, så alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger og lægevagten ikke behøver at bruge tid på at finde den relevante hospitalsafdeling for patienten.

Ved etablering af CVI'erne blev det betonet, at de ikke skulle anses for færdigudviklede fra starten, men at der skulle gives plads til løbende udvikling. Regionen har derfor iværksat en evaluering af CVI'erne, der kan være med til at pege på mulige udviklingstiltag og samtidig kan anvendes til at rette eventuelle uhensigtsmæssigheder ved henvisningsprocesserne via CVI'erne, som de har fungeret indtil nu.

## 1.2 Formål

Formålet med evalueringen er at belyse:

- Hvordan almen praksis læger og speciallæger oplever processen ved henvisning af patienter til Region Hovedstadens hospitaler via CVI'erne
- Hvordan ledere og medarbejderrepræsentanter fra de fire CVI'er oplever henvisningsprocessen samt arbejdsgange internt i CVI'erne og mellem CVI'erne og hhv. henvisende læger og hospitalerne
- Hvordan et udvalg af visitationskyndige medarbejdere fra regionens 12 hospitaler oplever henvisningsprocessen via CVI

Derudover skal evalueringen indsamle forslag til forbedringer af visitationsprocessen og samarbejdet omkring visitationen fra henholdsvis læger i almen praksis og speciallægepraksis, ledere og medarbejdere fra CVI'erne og visitationskyndige fra hospitalerne.

## 1.3 Metode

Evalueringen består af to dele: En kvantitativ og en kvalitativ undersøgelse. I denne rapport beskrives den kvalitative evaluering, der er baseret på to fokusgruppeinterview med henholdsvis ledere og medarbejdere fra CVI'erne og visitationskyndige fra hospitalerne samt 12 individuelle interview med læger fra praksissektoren.

Ud over de nævnte interview er der også gennemført en spørgeskemaundersøgelse i forbindelse med evalueringen. Spørgeskemaet er sendt til læger fra almen praksis og speciallægepraksis, der sender henvisninger til CVI. Spørgeskemaundersøgelsen afrapporteres af Enhed for Hospitals- og Psykiatriplanlægning i en særskilt rapport.

Interviewundersøgelsen er udført af Enheden for Brugerundersøgelser på vegne af Enhed for Hospitals- og Psykiatriplanlægning i Region Hovedstaden. Enhed for Hospitals- og Psykiatriplanlægning har stået for rekruttering af interviewpersoner. Enheden for Brugerundersøgelser har udarbejdet interviewguides til interviewene, gennemført interviewene samt foretaget analysen og afrapporteringen af disse. Interviewene er afholdt i løbet af februar og marts 2012.

### Fokusgruppeinterview

Fokusgruppeinterview er en kvalitativ evalueringsmetode, hvor flere deltagere kan fortælle om egne oplevelser, erfaringer og vurderinger samtidig med, at de kan blive inspireret af hinandens input, spørge ind til hinandens udtalelser, supplere hinanden og diskutere de emner, der er bragt på banen.

Der er afholdt ét fokusgruppeinterview med en leder og en medarbejder fra hver af de fire CVI'er, og ét fokusgruppeinterview med personale fra hospitalsafdelinger, der modtager henvisninger fra praksissektoren via CVI. Under sidstnævnte fokusgruppeinterview var deltagerne delt i to grupper undervejs i interviewet for at sikre, at antallet af deltagere var tilpas begrænset, til at alle kunne komme til orde under interviewet. Deltagerne fik dog en fælles introduktion og opsamling, hvor de hørte, hvad de hver især var kommet frem til.

Deltagerne i interviewet med CVI'erne blev rekrutteret ved, at lederne fra de fire CVI'er blev bedt om hver især at udpege en medarbejder fra deres CVI, der kunne deltage i fokusgruppeinterviewet.

I forbindelse med fokusgruppeinterviewet med medarbejdere fra de modtagende hospitalsafdelinger, blev hvert hospital i Region Hovedstaden bedt om at udpege en repræsentant fra deres hospital. Deltagerne har ansættelse som overlæge, fuldmægtig, afdelingsledelsessekretær, lægesekretær, (klinisk) afdelingssygeplejerske og sygeplejerske, men af hensyn til deres anonymitet benævnes de med fællesbetegnelsen "visitationsskyndig på hospitalsafdeling" i rapporten.

Med udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide er deltagerne blevet bedt om at fortælle om deres erfaringer med henvisningsprocessen via CVI og deres bud på, hvordan processen kan forbedres. Under interviewet blev deltagerens forbedringsforslag noteret på post-it-sedler. Efterfølgende prioriterede deltagerne, hvilke forslag de mente, der var henholdsvis vigtigst og mindst vigtigt at gennemføre.

Begge fokusgruppeinterview var af to timers varighed. Interviewene blev afholdt i Enheden for Brugerundersøgelses lokaler på Frederiksberg Hospital.

### **Individuelle interview**

Der blev afholdt 12 individuelle telefoninterview med læger, der sender henvisninger til CVI – fem interview med læger fra speciallægepraksis og syv interview med læger fra almen praksis. Af den sidstnævnte gruppe arbejdede to af lægerne også som vagtlæger. Interviewene varede ca. 30 minutter.

De individuelle interview skulle oprindeligt anvendes til at få uddybet nogle af pointerne fra spørgeskemaundersøgelsen<sup>1</sup>. Af praktiske hensyn lod det sig imidlertid ikke gøre at gennemføre spørgeskemaundersøgelsen inden de individuelle interview. Derfor blev de individuelle interview i stedet en mulighed for at høre de henvisende lægers uddybende mening om CVI og få deres syn på problemstillinger og forslag, der blev rejst under fokusgruppeinterviewene.

De 12 læger, der deltog i individuelle telefoninterview, er udpeget af Lægeforeningen i Region Hovedstaden via Koncern Praksis i Region Hovedstaden. Flere af de udpegede læger deltager også i fagpolitisk arbejde i øvrigt, og de udgør ikke et repræsentativt udsnit af læger i almen praksis og speciallægepraksis i Region Hovedstaden. Dette er dog mindre vigtigt, fordi interviewene suppleres af en spørgeskemaundersøgelse, hvor alle læger fra praksissektoren har mulighed for at deltage.

### **Analysemetode**

Under interviewene har deltagerne givet deres samtykke til, at interviewet er blevet lydoptaget for at muliggøre en korrekt citering af de givne udsagn. Efterfølgende er resultaterne af interviewene refereret i et konklusionsskema, og der er foretaget en meningskondenserende analyse, hvor de interviewedes meninger er blevet tematiseret og sammenfattet.

---

<sup>1</sup> Spørgeskemaundersøgelsen afrapporteres af Enhed for Hospitals- og Psykiatriplanlægning i en særskilt rapport.

I den følgende præsentation af undersøgelsesresultaterne underbygges konklusionerne af citater, der giver indblik i interviewpersonernes oplevelser med og holdninger til central visitation i Region Hovedstaden. Interviewpersonerne er anonyme i undersøgelsen, hvilket betyder, at deltagernes navn og specifikke ansættelsessted ikke vil fremgå af denne rapport. Efter hvert citat er angivet, hvor interviewpersonen befinder sig i henvisningsprocessen ("henvisende læge i almen praksis/speciallægepraksis", "medarbejder hos CVI" eller "visitationskyndig på hospitalsafdeling").

I præsentationen af resultaterne skelnes ikke mellem de fire CVI'er, da målet med evalueringen ikke er at sammenligne CVI'erne individuelt. I øvrigt siger CVI'ernes samarbejdspartnere, at de har vanskeligt ved at udtale sig om forskelle mellem de fire CVI'er, da de oftest primært samarbejder med én CVI.

## 2 Introduktion til CVI og visitationsprocessen

### 2.1 CVI'erne

Den 1. maj 2011 blev der oprettet central visitation (CVI) for læger i praksissektoren, der ønsker at henvise en patient til et hospital i Region Hovedstaden. Der er oprettet en CVI i hvert af de fire planområder Nord, Midt, Byen og Syd. De fire CVI'er er placeret på områdehospitalerne Hillerød, Herlev, Bispebjerg og Hvidovre Hospital, og organisatorisk hører de under akutmodtagelsen på værtshospitalet og referer ledelsesmæssigt til afdelingsledelsen i akutmodtagelsen.

Figur 1: Planområder i Region Hovedstaden



### 2.2 Visitationsprocessen

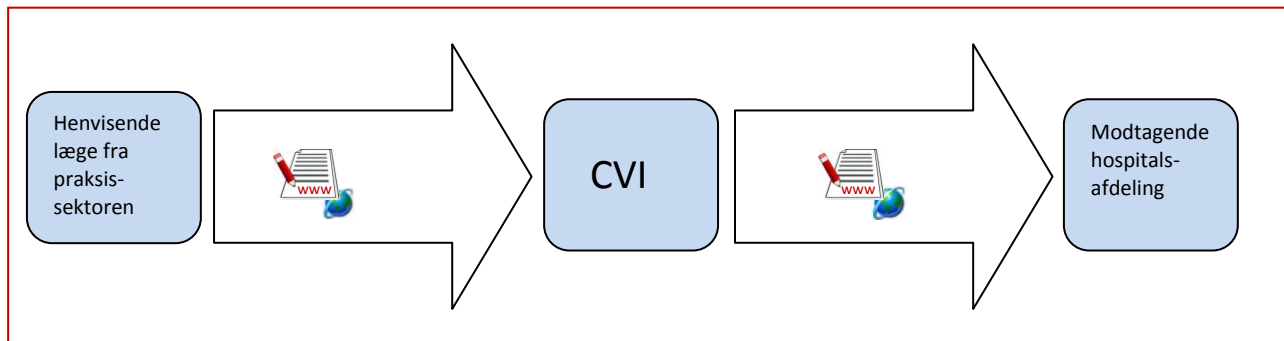
#### Henvisninger via CVI

Alle henvisninger af patienter fra praksissektoren til hospitalerne i Region Hovedstaden sendes som hovedregel via en af de fire CVI'er. Hver CVI har sit eget telefon- og lokationsnummer<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Entydigt nummer der angiver, hvor en henvisning skal sendes hen. Alle hospitalsafdelinger har deres eget lokationsnummer, som tidligere skulle skrives på henvisninger fra praksissektoren.

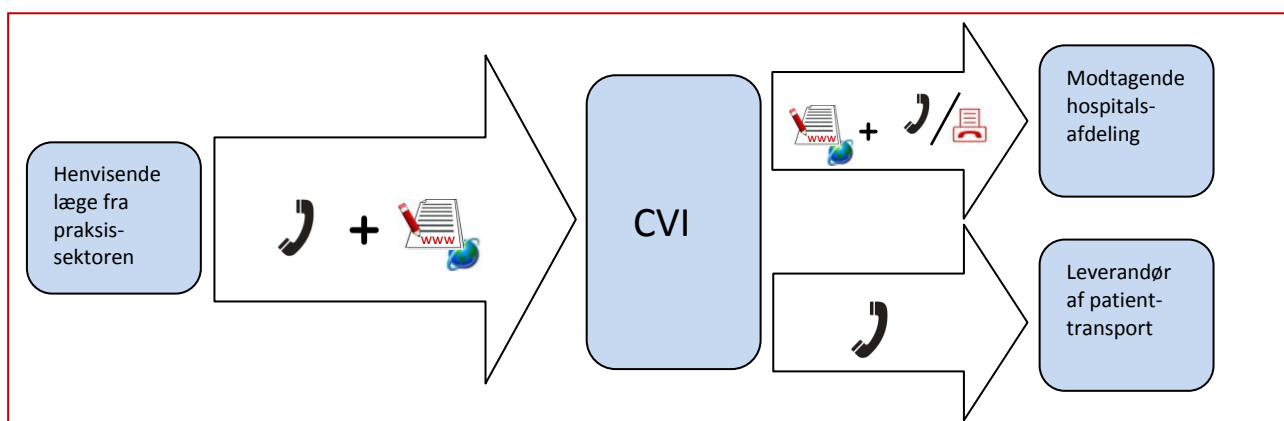
*Elektive* (planlagte) henvisninger sendes elektronisk til CVI i det planområde, hvor patienten har bopælsadresse. CVI videresender henvisningen til den korrekte hospitalsafdeling.

Figur 2: Den elektive henvisnings vej via CVI



Ved *akutte* henvisninger skal henvissende læge ringe til CVI i det planområde, hvor patienten har opholdsadresse. Herefter sender lægen en elektronisk henvisning til den pågældende CVI. Ved akutte henvisninger skal CVI desuden bestille transport til patienten. Dette aftales i forbindelse med den telefoniske kontakt mellem den henvissende læge og CVI. Hvis patientens diagnose gør, at patienten skal behandles i et andet planområde, end dér hvor opholdsadressen er, er det CVI's opgave at omstille lægen til den CVI, hvor patienten skal behandles.

Figur 3: Den akutte henvisnings vej via CVI



Har den henvissende eller modtagende læge brug for at komme i kontakt med en læge på modtagende afdeling, kan CVI formidle kontakten, eller henvissende læge kan kontakte afdelingen direkte. Henvisningerne skal dog altid sendes via CVI.

### Henvisninger uden om CVI

Selvom hovedreglen er, at henvisninger sendes via CVI, findes der nogle undtagelser. Henvisninger til psykiatrien, diagnostisk radiologi og henvisninger fra læger på Bornholm til Bornholms Hospital sendes ikke via CVI. Ikke akutte henvisninger til Region Hovedstadens Psykiatri sendes til Psykiatriens centrale visitation (PCVI), der åbnede den 1. juni 2011. Henvisninger til diagnostisk radiologi sendes direkte til en billeddiagnostisk afdeling via afdelingens lokationsnummer. Henvisninger fra Bornholm til afdelinger uden for Bornholms Hospital sendes til CVI Byen.

Desuden varetager CVI ikke visitation imellem hospitaler eller hospitalsafdelinger. Henvisning af patienter fra andre regioner til hospitaler i Region Hovedstaden sendes som hidtil direkte til den pågældende afdeling, altså uden om CVI.



### 3 Fra praksissektoren til CVI

Præsentationen af resultaterne er så vidt muligt inddelt efter henvisningsprocessen. Det vil sige, at først præsenteres resultater vedrørende praksissektoren, dernæst præsenteres resultater vedrørende CVI og til slut præsenteres resultater vedrørende de modtagende hospitalsafdelinger. Visse problemstillinger berører flere led i processen og ville derfor kunne beskrives i flere kapitler, men nævnes hvor det vurderes at give bedst mening.

#### 3.1 Lægerne henviser via CVI fordi...

Hovedparten af de interviewede læger fra praksissektoren fortæller, at de bruger CVI, når de skal henvise patienter til en hospitalsafdeling, og de oplever, at det fungerer rigtig godt. Lægerne fremhæver især, at det er meget nemmere at henvise nu, og at henvisningsprocessen er blevet meget mere strømlinet, fordi der kun er ét lokationsnummer, som henvisningerne skal sendes til. En speciallæge siger:

*Jeg har været rigtig glad for, at det er kommet. Det befrier os for en masse administrativt bøv. (Henvisende læge i speciallægepraksis)*

Det administrative bøv er fx at bestille transport til akutte patienter, men også at finde den korrekte afdeling i en tid, hvor hospitalerne omstruktureres, og afdelinger flytter rundt. En praktiserende læge udtaler:

*Regionens veje var blevet så uoverskuelige for den praktiserende læge. Det sad vi og brugte en masse tid på, og så gættede vi alligevel forkert og sendte henvisningerne det forkerte sted hen. [...] Den her specialisering, som man nu har lavet – som i øvrigt er rigtig fornuftig – hvor man samler funktionerne, det medfører, at når man ser det fra almen praksis, så går patienterne på et utal af hospitaler. Og når man så oven i købet ændrer planerne undervejs og lægger sammen og flytter, så er det uoverskueligt for den praktiserende læge at finde ud af, hvor henvisningen skal sendes hen. Så det, at jeg kan sende ét sted, og her er der nogen, der har helt styr på de aktuelle visitationsretningslinjer, det er fornemt. Det sparer min tid.*

(Henvisende læge i almen praksis)

Lægerne fra praksissektoren fremhæver, at etableringen af CVI betyder, at de sparer tid og ressourcer på at finde den korrekte afdeling og bestille transport til akutte patienter.

#### 3.2 Henvisninger udenom CVI

Der er dog også læger, der fortæller, at de foretrækker at henvise direkte til hospitalsafdelingerne – udenom CVI. Lægerne fra praksissektoren nævner i den forbindelse, at der er stor forskel på at være læge i almen praksis og speciallægepraksis, fordi speciallægerne ofte kun samarbejder med få hospitalsafdelinger. Dette gælder specielt speciallæger inden for specialer som eksempelvis oftalmologi eller dermatologi, hvor speciallægen i realiteten kun har én eller få hospitalsafdelinger at henvise til.

En privatpraktiserende dermatolog, der foretrækker at henvise uden om CVI, fortæller, at hun har oplevet, at hendes henvisning blev sendt til den forkerte afdeling via CVI. Hun mener, at CVI's ressourcer i stedet skal anvendes på de tilfælde, hvor der er tvivl om henvisningen:

*Hvorfor kan vi ikke bare sende den [henvisningen] direkte ud til plastikkirurgerne eller direkte til hudlægen? Jeg kan godt forstå, at man gerne vil tælle henvisningerne, [...] men det behøvede jo ikke at være sådan, at min henvisning til plastikkirurgisk skulle hen og ekspederes af nogle i CVI, når nu jeg selv ved, hvor patienten skal hen, så kunne CVI have tid til at lave dem, der ikke vidste det.*

(Henvisende læge i speciallægepraksis)

En anden læge fra speciallægepraksis forklarer, at han har et godt og velfungerende samarbejde med de hospitalsafdelinger, som han plejer at henvise til. Han kender personalet i den lokale visitation og er tryk ved deres håndtering af henvisningerne. Han synes, at det gamle system er så velfungerende, at han foretrækker

dette og betragter CVI som en overflødig omvej. Dog har CVI været en god hjælp i de få tilfælde, hvor han skulle sende akutte henvisninger:

*Jeg synes også, at det er rart, hvis vores henvisninger ligesom går den rette vej i systemet, men det er en lille smule administrativt omløb, som jeg ikke synes, jeg har brug for – undtagen i de akutte tilfælde, hvor jeg gerne vil have hjælp til transport og noget praktisk.*

(Henvisende læge i speciallægepraksis)

Problemstillingen vedrørende henvisninger udenom CVI forstærkes af, at nogle af lægerne i praksissektoren oplever, at hospitalsafdelingerne ikke bakker op om henvisningsprocessen via CVI. En speciallæge fortæller:

*Samarbejdet mellem hospitalsafdelingerne og CVI, synes jeg, ikke virker optimalt. Jeg vil ikke være for kritisk over for de afdelinger, jeg samarbejder med, men de sætter ikke CVI særlig højt. Det er måske også derfor, jeg arbejder, som jeg gør [henviser udenom CVI], fordi de siger: "Du kan da godt bruge CVI, men du kan også lade være".*

(Henvisende læge i speciallægepraksis)

Han fremhæver, at hospitalsafdelingerne også skal bakke op om henvisningsprocessen via CVI, hvis lægerne i praksissektoren skal motiveres til at sende deres henvisninger via CVI.

En tredje speciallæge fortæller, at han var skeptisk i forhold til CVI, da den nye henvisningsproces lige var blevet indført. Derfor sendte han akutte henvisninger til pakkeforløb (kræft- og hjertepakker) direkte til den pågældende afdeling i stedet for via CVI.

Hans kollega fra en anden speciallægepraksis siger, at han i starten var usikker på, hvem der havde ansvaret for patienten i processen mellem den henvisende læge og hospitalsafdelingen. Han mener dog, at CVI må have ansvaret for henvisningen, når han har fået en kvittering for modtagelse i CVI ind i sit IT-system. Han har nu indført sin egen form for dobbelttjek i forhold til henvisningsprocessen. Han siger til sine patienter, at de skal kontakte hans praksis, hvis de ikke har hørt noget fra hospitalet inden for en uge.

På lignende vis er der en anden speciallæge, der beder patienterne kontakte hendes praksis, hvis patienterne henvises til en anden afdeling, end den lægen ønsker, de skal behandles på.

Speciallægenes skepsis i forhold til CVI handler altså om, at de er trygge ved den "gamle" henvisningsproces og usikre på, om henvisningsprocessen fungerer via CVI. Desuden vurderer de, at den "nye" henvisningsproces er en unødigt omvej, der øger risikoen for fejl og i øvrigt ikke bakkes op af alle hospitalsafdelinger.

### 3.3 Dobbelthenvvisninger

Flere af lægerne fra praksissektoren fortæller, at de sender/har sendt henvisning på den samme patient både via CVI og direkte til afdelingen, fordi de var utrygge ved, om henvisningen kom frem hurtigt nok. Dobbelthenvvisningerne beskrives også af lægesekretærene i CVI og de visitationskyndige på hospitalsafdelingerne. De fortæller, at dobbelthenvvisningerne skaber en masse ekstra arbejde på hospitalerne, fordi afdelingerne skal bruge tid på at "opklare", at der er tale om den samme henvisning, og at det er vanskeligt at slette allerede oprettede henvisninger i systemet.

De ansatte på hospitalsafdelingerne oplever desuden, at antallet af henvisninger er steget voldsomt, siden CVI er blevet oprettet. De udtaler, at det måske er blevet for nemt for praksissektoren at sende en henvisning via CVI, og at mange læger bruger henvisningerne som et kommunikationssystem til hospitalsafdelingen. Sidstnævnte er u hensigtsmæssigt, fordi det resulterer i ressourcspild hos både CVI og afdelingen. Nogle afdelingsrepræsentanter foreslår derfor, at CVI sender disse henvendelser retur til den henvisende læge, mens andre efterlyser et kommunikationsmodul, hvor praksissektoren kan kommunikere med afdelingen i stedet.

### 3.4 Hvordan kan man omvende skeptikere?

Som det fremgår af ovenstående, er flere af de henvisende læger usikre på, om henvisningsprocessen fungerer via CVI. De fleste af lægerne er blevet overbevist om, at CVI fungerer, fordi de har oplevet dette ved egne henvisninger. Den speciallæge, der konsekvent henviser udenom CVI, udtaler, at han vil begynde at henviser via CVI, hvis han havde sikkerhed for, at hans henvisning blev korrekt ekspederet, eller hvis Region Hovedstaden på en eller anden vis tvang ham til at benytte CVI:

*Hvis det kræves sådan, så må jeg jo gøre det [henviser via CVI]. Hvis Regionen siger, at nu skal vi gøre det, og man får bøde for ikke at gøre det, så må jeg jo gøre det.*

(Henvisende læge i speciallægepraksis)

De skeptiske læger fra speciallægepraksis kan altså ”motiveres” til at henviser via CVI ved hjælp af et økonomisk incitament – eller alternativt ved at de får vished for, at deres henvisninger håndteres korrekt via CVI.

### 3.5 Det elektroniske henvisningssystem

Næsten samtidig med, at CVI blev regionsdækkende, blev det muligt for læger i praksissektoren at sende henvisninger elektronisk til samtlige afdelinger i Region Hovedstaden. Derfor bliver den elektroniske henvisning også nævnt i forbindelse med evalueringen af CVI, selvom de to forhold ikke er direkte forbundet. Generelt er både de henvisende læger og hospitalsafdelingerne, der modtager henvisningerne, godt tilfredse med det elektroniske henvisningssystem. Afdelingerne fortæller, at de modtager meget få henvisninger med post, og at henvisningsprocessen går meget hurtigere, fordi så mange henvisninger modtages elektronisk. De interviewede læger fra praksissektoren nævner også, at det er nemt og hurtigt at sende de elektroniske henvisninger, eksempelvis siger en speciallæge, at det tager 30 sekunder at sende en henvisning.

Der er dog også forslag til forbedring af systemet. Eksempelvis siger nogle læger, at der er felter i henvisningen, hvor der mangler plads til at skrive. Fx fortæller en praktiserende speciallæge:

*Den er bygget fint op, ingen problemer, men der er et kæmpe problem, at tit når du henviser med vanskelige problemstillinger, der er simpelthen ikke plads i anamnesen til at skrive det, jeg gerne vil skrive. Så siger den, at jeg ikke kan sende den, fordi der er for mange bogstaver, så prøver jeg at korte ned [...] Så ender det med, at min henvisning ikke bliver fyldestgørende.*

(Henvisende læge i speciallægepraksis)

Andre læger fra praksissektoren mener dog, at felterne har en passende længde, fordi det ville være *rædselsfuldt* for modtageren at modtage mere. Der er også læger, der efterlyser andre typer af felter; eksempelvis et felt til at skrive forældre/værge ved indlæggelse af børn og et felt til at skrive mulige allergier.

Både de visitationskyndige fra hospitalsafdelingerne og en af de praktiserende læger efterlyser mere specialspecifikke henvisninger, således at afdelingerne i højere grad får de ønskede oplysninger fra den henvisende læge. En praktiserende læge fortalte i den forbindelse, at der er et udviklingsarbejde i gang i forhold til udviklingen af ”dynamiske henvisninger”, og at dette formentlig vil resultere i et kvalitetsløft i forhold til henvisningerne fra praksissektoren.

En anden mulighed for forbedring af systemet, som nævnes af mange interviewpersoner, er, at systemet skulle have mulighed for at vedhæfte dokumenter til den elektroniske henvisning, fx prøvesvar og røntgenbilleder. Manglen på denne funktionalitet fremhæves også som noget, der er medvirkende til at gøre CVI overflødig, fordi den henvisende læge alligevel skal sende eller faxe dokumenter til den modtagende afdeling, når de ikke kan vedhæftes til den elektroniske henvisning.

En tredje mulighed for videreudvikling af det elektroniske henvisningssystem ligger i forhold til svar og advisering om, hvor henvisningen befinder sig i henvisningsprocessen. Stort set alle interviewede læger har et ønske om at få at vide, hvilken afdeling patienten er henvist til, og hvornår patienten skal møde, samt en

kopi af udskrivningskortet for patienten. Nogle læger oplever, at de er begyndt at få én eller flere af disse oplysninger fra afdelingerne, men dette sker ikke i alle tilfælde. Manglen på information resulterer også i en del henvendelser til CVI. En af de ansatte i CVI foreslår derfor, at der skal laves en slags "track & trace-system" i stil med dét, der findes hos pakkeposten. Et sådan system kunne sikre, at den henvisende læge altid kunne få information om, hvor en henvist patient befandt sig i henvisningsprocessen, uden at lægen samtidig modtog et hav af meddelelser fra hospitalet.

### 3.6 Den gode henvisning

Både lægesekretærerne i CVI og de visitationskyndige på afdelingerne beskriver, at der findes gode og mindre gode henvisninger. Ifølge de ansatte i CVI er den gode henvisning karakteriseret ved, at der øverst i henvisningen står, hvad den henvisende læge gerne vil. Eksempelvis skal der gerne stå, hvad der er den henvisende diagnose, og eventuelt hvilken afdeling lægen og/eller patienten ønsker, så de ansatte i CVI hurtigt kan få et overblik over, hvor henvisningen skal sendes hen.

Lægesekretærerne i CVI fortæller, at henvisninger både kan være for kortfattede og for lange. De kortfattede kan være vanskelige, fordi det er svært at finde ud af, hvad den henvisende læge vil. Andre henvisninger er til gengæld meget lange, og det er tidskrævende for lægesekretærerne i CVI at skulle læse flere sider, inden de finder ud af, hvad den henvisende læge gerne vil. I én af CVI'erne har de en kurv, hvor de vanskelige elektive henvisninger lægges, således at overlægen i Akutmodtagelsen kan se dem igennem og måske finde frem til, hvor henvisningen skal sendes hen.

Uklare henvisninger fra praksissektoren kan måske skyldes, at lægerne i praksissektoren ikke har fået information om, hvordan de helst skal udfylde en henvisning, der skal sendes via CVI. Fx fortæller en speciallæge, at der er tradition for at beskrive hele patientens sygehistorie i begyndelsen af henvisningen, og først til sidst skrive den henvisende diagnose – som en slags konklusion på patientens sygehistorie. CVI'ernes ønske om at få henvisningsdiagnosen først i henvisningen ligger således langt fra den måde, han sædvanligvis udfylder en henvisning.

Flere af interviewpersonerne – både læger fra praksissektoren, ansatte i CVI og visitationskyndige på hospitalsafdelingerne foreslår, at de henvisende læger får mere information om, hvordan den ideelle henvisning er udfyldt. I nogle CVI'er har lægesekretærerne samlet de "vanskelige" henvisninger sammen til praksiskoordinatoreren, med henblik på at praksiskoordinatoreren kunne gennemgå den med den læge, der havde sendt den pågældende henvisning og lære ad den vej.

Én af de praktiserende læger mener, at CVI skal have mulighed for at sende en henvisning retur til praksis, eller ringe for at få en uddybning, hvis henvisningen er for uklart formuleret. Han udtaler følgende:

*Det vil også gøre, at jeg vil oppe mig i forhold til at gøre det bedre i næste henvisning, så jeg slip for de henvendelser.*

(Henvisende læge i almen praksis)

Blandt CVI'erne er der også et ønske om at have mulighed for at sende en henvisning retur, hvis den er meget uklart formuleret eller fx indeholder flere diagnoser. De visitationskyndige fra hospitalerne foreslår, at der skal være visse felter på henvisningen, som skal være udfyldt, før henvisningen kan sendes til CVI. De ansatte i CVI anbefaler, at forsiden på henvisningen bruges til diagnose og vigtige meddelelser; og at lægerne i praksissektoren skriver på henvisningen, hvis de faxer bilag, der hører til henvisningen (nu hvor disse ikke kan vedhæftes henvisningen).

Desuden vil medarbejderne i CVI gerne have, at henvisninger til pakkeforløb bliver markeret på én eller anden vis, så det bliver enkelt at sortere dem fra og behandle dem før elektive henvisninger. Dette kunne enten være ved at markere dem som subakutte, eller ved at tildele dem et andet lokationsnummer end CVI'ens hovedlokationsnummer.

Hovedparten af interviewpersonerne er således enige om, at der er behov for mere læring omkring den gode henvisning. Dette kan enten være en bred fremadrettet information til praksissektoren om udfyldelse af den ideelle henvisning, obligatorisk udfyldelse af visse felter i henvisningen, eller retrospektiv kontakt til læger, der har sendt en uklar henvisning enten fra CVI eller via praksiskonsulent – eller en kombination af disse initiativer.

### 3.7 Ønske om henvisning til en specifik hospitalsafdeling

Flere af de interviewede specialelæger udtaler, at de var skeptiske i forhold til oprettelsen af CVI, fordi de var nervøse for, at de ikke længere kunne bestemme, hvilken afdeling deres patient skulle henvises til. De begrundes bl.a. dette med, at de gerne vil kunne henviser til en bestemt læge eller afdeling – også uden at der tages hensyn til kapaciteten på afdelingerne. Fx siger en specialelæge:

*[...] det var dét, jeg var nervøs for – at CVI skulle standardisere det. Du ved, vi ved jo som læger, at der er én, som er særligt god til det her, eller den her afdeling er smaddergod, så man gerne vil have, at patienten kommer specielt derhen. Og det har vist sig at kunne lade sig gøre med CVI.*

(Henvisende læge i speciallægepraksis)

Alle de interviewede læger fra praksissektoren oplever dog, at deres ønske om henvisning til en specifik afdeling bliver imødekommet af CVI, hvis dette er praktisk muligt (at afdelingen fx modtager den pågældende type patienter).

De visitationskyndige på hospitalerne anbefaler, at lægerne fra praksissektoren spørger deres patienter, om de ønsker en specifik afdeling, og at der bliver et specifikt felt på henvisningen, hvor den henvisende læge skal tage stilling til, om patienten ønsker en specifik afdeling. Dette gælder også akutte patienter, hvor de mener, at patientens ønske skal veje tungere end den geografiske afstand til nærmeste hospital, da de ikke ønsker, at patienter genindlægges på en afdeling, hvor de tidligere har haft en uheldig oplevelse. Sidstnævnte vil kræve en ændring af de nuværende retningslinjer for visitation.

### 3.8 Øget afstand mellem praksissektor og hospitalssektor

Et par af lægerne fra almen praksis fortæller, at de generelt oplever, at den mentale afstand mellem praksissektoren og hospitalerne er blevet større i de seneste år. Eksempelvis havde mange praktiserende læger tidligere et tilhørsforhold til deres lokale hospital, hvor de kom til Åbent Hus og kendte både de ansatte og de fysiske rammer. Dette kunne være en fordel, fordi lægen dels havde nemt ved at kontakte afdelingerne og dels kunne forklare patienterne, hvad der ventede dem på hospitalet. Én læge siger i den forbindelse, at hospitalerne nu er blevet så specialiserede, at hans patienter går på et utal af forskellige afdelinger, hvoraf der er en del, hvor han aldrig nogensinde selv har været.

På den ene side oplever lægen den øgede specialisering som en fordel i forhold til den sundhedsfaglige kvalitet, men på den anden side oplever han også, at specialiseringen resulterer i øget mental afstand til sygehusvæsenet, der blandt andet kan true den faglige dialog mellem læger i praksissektoren og læger på hospitalsafdelinger. Han siger:

*Efterhånden bliver systemet for stort, og CVI kan blive symbolet på det store system, så der bliver større mental afstand mellem os [praktiserende læger] og vores kolleger på afdelingerne. Den faglige dialog med afdelingen og kollegerne er truet, fordi det bliver lagt i det her administrativt korrekte spor, og så er det bare det man gør. Henvisninger rummer jo dilemmaer, som kunne fortjene en dialog. [...] Det symboliserer en udvikling, som ikke er CVI's skyld, nemlig at hospitalsvæsenet er blevet meget fjernt.*

(Henvisende læge i almen praksis)

Han oplever således, at CVI kan være medvirkende til, at der bliver øget mental afstand mellem lægerne i praksissektoren og hospitalssektoren.

### 3.9 Læge til læge-kontakten

Citatet i foregående afsnit berører en anden problematik i forbindelse med oprettelsen af CVI – nemlig kontakten mellem den henvisende læge i praksissektoren og lægerne på hospitalsafdelingerne. Læger i både almen praksis og speciallægepraksis fortæller, at de kan have behov for at drøfte en eventuel henvisning med en speciallæge på en hospitalsafdeling. De interviewede læger fortæller, at de som regel ringer direkte til en læge på en hospitalsafdeling, hvis de har behov for at drøfte en patient med en hospitalslæge.

Flere af de praktiserende speciallæger siger, at dette fungerer fint, fordi de i de fleste tilfælde gerne vil tale med én bestemt læge, og at der for deres vedkommende er et forholdsvis begrænset antal læger at vælge imellem inden for netop deres udvalgte speciale. De udtaler, at de ikke kunne drømme om at kontakte CVI i denne forbindelse.

De interviewede læger fra almen praksis fortæller også, at de ringer direkte til en læge på en hospitalsafdeling, hvis de har behov for at drøfte deres henvisning med en hospitalslæge. Først efterfølgende kontakter de CVI. Blandt de praktiserende læger er der dog én, der mener, at det ville være mere hensigtsmæssigt, hvis CVI havde mulighed for at omstille den henvisende læge til en speciallæge på en relevant hospitalsafdeling, så lægerne fra praksissektoren ikke skulle ringe to steder hen:

*Når jeg er i tvivl i forbindelse med visitationen, og jeg vil tale med en specialelæge, hvilket der kan være sundt fornuft i at drøfte en evt. indlæggelse med en specialist, inden jeg indlægger. Nogen gange ringer jeg til dem [hospitalslægerne] på forhånd, men faktisk mener jeg, at systemet ville have en styrke, hvis jeg – når jeg drøfter det med sekretæren i CVI, og vi var i tvivl - havde mulighed for at blive stillet videre til en specialist, og så blive stillet tilbage til sekretæren. [...] dels for at sikre, at man henviser relevant og dels for at sikre, at patienten havner det rigtige sted.*

(Henvisende læge i almen praksis)

Han fremhæver dog, at det er vigtigt, at lægen fra praksissektoren stilles tilbage til CVI som den første i køen, således at den henvisende læge ikke skal vente to gange i telefonkøen til CVI.

De ansatte i CVI oplyser i øvrigt, at det allerede nu er muligt at få kontakt til en hospitalslæge via CVI. Der er dog ingen af de interviewede læger fra praksissektoren, der kender til denne mulighed, så måske der i højere grad skal oplyses om dette, hvis lægerne i praksissektoren skal blive opmærksomme på muligheden for at blive stillet om til en hospitalslæge via CVI.

### 3.10 Obligatorisk omstilling til læge på hospitalsafdeling

Nogle af de praktiserende læger fortæller, at det er fast praksis i forhold til nogle hospitalsafdelinger inden for eksempelvis neurologi og pædiatri, at når den henvisende læge ringer til CVI for at indlægge en patient akut, bliver lægen fra praksissektoren stillet om til en læge på den hospitalsafdeling, som de ønsker at indlægge deres patient på. De praktiserende læger oplever, at dette er en tidsrøvende og unødvendig procedure. En praktiserende læge fortæller:

*Hvis jeg skal være helt ærlig, så tror jeg, at nogle afdelinger har haft mistillid til, om det var relevante henvisninger, de ville få fra den praktiserende læge, og de ville gerne lave et ekstra filter, ved at deres bagvagt skulle tale med den praktiserende læge, for at finde ud af om det virkelig var relevant. Og der synes jeg, at man må udvise tillid til, at hvis den praktiserende læge mener, at patienten skal ses på en hospitalsafdeling af en specialist, så er det sådan det skal være. [...] Hvis man ikke er spor i tvivl, så er ingen grund til at spille alles tid med en telefonsamtale.*

(Henvisende læge i almen praksis)

De praktiserende læger oplever således, at den obligatoriske telefonkontakt til visse hospitalsafdelinger er et udtryk for mistillid til de praktiserende lægers faglige vurdering. De anbefaler, at den afskaffes, og at man i stedet fremhæver en generel mulighed for læge til læge-kontakt ved tvivlsspørgsmål.

## 4 I de centrale visitationer

### 4.1 CVI og deres samarbejdspartnere

#### Samarbejdet med lægerne fra praksissektoren

Lægerne fra praksissektoren fortæller alle, at de oplever, at personalet hos CVI er søde, hjælpsomme og kompetente. Fx siger en specialelæge:

*Jeg var skeptisk lige først, men de er enormt hjælpsomme, og jeg har kun pænt at sige om dem.*

(Henvisende læge i speciallægepraksis)

Kun en enkelt speciallæge har oplevet, at en ansat hos CVI "havde en dårlig dag". Medarbejderne hos CVI oplever, at der som regel er en god tone mellem dem og de henvisende læger fra praksissektoren, men de nævner også eksempler på, at medarbejdere er blevet overfuset i telefonen af en læge fra praksissektoren. Dette er blandt andet blevet håndteret ved, at lederen af den pågældende CVI efterfølgende har ringet og taget en snak med lægen.

Nogle af CVI'erne har allerede gjort noget for at forbedre deres samarbejde med lægerne fra praksissektoren. En af lederne af en CVI fortæller, at den pågældende CVI holder et møde hver 3. måned med praksiskonsulenter og repræsentanter fra hospitalerne i planområdet. Disse møder bruges til at udveksle information og tale om best practice. De praktiserende speciallæger er ikke repræsenteret på møderne.

I forbindelse med interviewene med lægerne fra praksissektoren fremgik det også, at der måske er behov for yderligere information om CVI og henvisningsprocessen til denne målgruppe. Eksempelvis var én af lægerne ikke klar over, at det er lægesekretærer, der varetager opgaverne i CVI. Denne information kan være nyttig for lægen at have i baghovedet, så lægen kan tage højde for dette, når vedkommende udfylder sin henvisning. Desuden var flere af de henvisende læger i tvivl om, hvordan de helst skulle udfylde henvisningen. På trods af, at de ansatte i CVI har et ret klart billede af, hvordan "den gode henvisning" ser ud (se kapitel 3.6), er dette tilsyneladende ikke formidlet klart nok til lægerne i praksissektoren. Hvilke oplysninger er eksempelvis minimumsoplysninger, og hvad skal helst stå først i henvisningen?

En speciallæge har fået oplyst, at CVI kun kan se de første tre linjer af en henvisning:

*Hvis vi sender en henvisning på en side, er det ret ligegyldigt, hvad der står til sidst, fordi de kan kun se de første tre linjer. Det vidste vi ikke på forhånd. [...] Nu har jeg lært, at når man bruger CVI, skal man skrive i den første linje, hvilken afdeling patienten skal henvises til.*

(Henvisende læge i speciallægepraksis)

Det er ikke korrekt, at CVI ikke kan se hele henvisningen, men CVI foretrækker, at de vigtigste oplysninger placeres øverst i henvisningen. Måske der er behov for yderligere information om CVI for at rydde eventuelle misforståelser af vejen og oplyse om, hvordan en henvisning skal se ud, hvis henvisningsprocessen skal køre mest gnidningsløst.

De ansatte i CVI har foreslået at holde Åbent Hus for deres samarbejdspartnere i praksissektoren for at give dem øget indblik i CVI, men de interviewede læger fra praksissektoren giver forslaget en lidt blandet modtagelse. Det er hovedsageligt de læger, der er mest skeptiske i forhold til CVI, som udtaler, at de gerne vil deltage i Åbent Hus hos CVI. De læger, som oplever, at deres samarbejde med CVI er godt og problemfrit, siger, at de formentlig ikke vil prioritere at deltage i et sådan arrangement, fordi der er så mange andre arrangementer vedrørende behandling af sygdomme, som de hellere vil deltage i. Én speciallæge nævner, at han formentlig vil tilbyde sine lægesekretærer at deltage i stedet, fordi de varetager klinikkens kontakt til CVI. En

praktiserende læge, der også er praksiskoordinator, foreslår, at information om CVI i stedet bliver del af et andet arrangement:

*Mine kolleger skal følge med i et utal af faglige problemstillinger, og alle mulige specialer er vilde med at få dem til møder, så sådan nogle administrative ting, de kommer ind som en del af en faglig dagsorden.*

(Henvisende læge i almen praksis)

En praktiserende læge foreslår at lave en præsentationsvideo om CVI og henvisningsprocessen til de læger i praksissektoren, der ikke orker at komme til et Åbent Hus-arrangement i CVI. En anden praktiserende læge foreslår, at CVI i stedet kommer på besøg i en klinik i praksissektoren.

En af speciallægerne siger, at han foretrækker at få information på e-mail i stedet, og at dette også kunne være information om aktiviteten hos CVI, som én af lægerne fra praksissektoren foreslår under interviewet.

### **Samarbejdet med de modtagende hospitalsafdelinger**

I forhold til CVI's kommunikation med hospitalsafdelingerne nævnes der flere eksempler på, at tonen er "hård", og at der mangler forståelse for hinandens arbejdssituation. Fx oplever nogle ansatte på hospitalsafdelingerne, at medarbejderne i CVI ikke lytter til, hvad de siger, og de udtaler, at medarbejderne i CVI mangler den mere sundhedsfaglige baggrund, der kunne gøre dem i stand til at spørge mere uddybende i samtalen med den henvisende læge.

*Når jeg reagerer ved en diagnose, som fx blødning, og ringer op til CVI, får jeg at vide, at det har jeg ikke kompetence til at stille spørgsmålstejn ved. De lytter ikke til, hvad jeg siger. Jeg ringer med min faglige baggrund og 10 års erfaring, og det gider de ikke lytte efter. Jeg får nærmest at vide, at jeg er idiot.[...] Jeg oplever, at det er ekspeditionskontor, der er ikke rigtig nogen refleksion over det, man gør.*

(Visitationskyndig på hospitalsafdeling)

Nogle af CVI'erne har allerede iværksat initiativer med henblik på at forbedre deres samarbejde med hospitalsafdelingerne. Eksempelvis arbejder CVI'erne på, at der udpeges kontaktpersoner både på hospitalsafdelingerne og i CVI, så begge parter ved, hvem de kan kontakte, hvis der er problemer. Desuden har nogle afdelinger og CVI arrangeret besøg hos hinanden med henblik på at udbrede kendskabet til, hvordan de hver især arbejder. Medarbejderne i CVI anbefaler, at man fortsætter dette arbejde med at udveksle erfaringer med hospitalsafdelingerne og informere om CVI's arbejdsopgaver, og initiativerne hilses velkommen af nogle af de interviewede medarbejdere fra hospitalsafdelingerne:

*Jeg vil gerne vide, hvordan CVI fungerer, det ved jeg slet ikke. [...] Hvis jeg ved, hvordan de arbejder dernede [i CVI], så kan jeg måske også reflektere over, hvordan vi kan gøre det bedre.*

(Visitationskyndig på hospitalsafdeling)

Alt i alt er der en stor velvillighed til at lære CVI bedre at kende blandt de interviewede lægesekretærer og sygeplejersker fra hospitalsafdelingerne, og de vurderer, at øget kendskab til hinandens arbejdssituation vil kunne lette samarbejdet.

### **Internt samarbejde mellem de fire CVI'er**

De fire CVI'er benytter også at udveksle erfaringer internt. Da CVI'erne blev etableret den 1. maj 2011, havde CVI allerede eksisteret nogle år i planområdet Nord. Derfor fik de tre øvrige CVI'er mange fif fra deres kolleger i CVI Nord, da de selv skulle starte op. Lederne af de fire CVI'er mødes også løbende og udveksler erfaringer, og under interviewet blev der udtrykt ønske om, at nogle af medarbejderne i CVI også kunne komme på besøg hos hinanden og udveksle erfaringer.



## 4.2 Ventetid på telefonisk kontakt

Både lægerne fra praksissektoren og medarbejderne på hospitalsafdelingerne fortæller, at ét af de største problemer ved CVI er ventetid på at komme igennem på telefonen. De udtaler, at det ofte tager ti minutter at komme igennem. Set fra praksissektoren opleves det fx således:

*Det er tit, man må sætte telefonen på medhør og lade den ligge på bordet, mens man tager den næste patient, fordi man kan ikke regne med at få aftalt noget, mens man har patienten inde.*

(Henvisende læge i almen praksis)

En anden alment praktiserende læge siger i den forbindelse, at akutte patienter i forvejen tager længere tid i konsultationen, så den ekstra ventetid hos CVI opleves som utroligt frustrerende for en læge med dagen tætpakket med konsultationer. Lægerne udtaler, at en ventetid på maksimalt to til tre minutter ville være acceptabel.

For lægesekretærene hos CVI er det heller ikke morsomt at få frustrerede læger i røret. En af dem giver dog et eksempel på, hvordan hun forsøger at tackle dette med humor ved at sige til lægerne:

*Jamen så må du ringe rundt til dine kollegaer og sige, at de må lade være med at ringe på samme tid som dig.*

(Medarbejder hos CVI)

Hos CVI har de også oplevet, at en læge fra praksissektoren har tacklet ventetiden på "ureglementeret vis" ved at give CVI's telefonnummer til en patient, så vedkommende selv kunne ringe til CVI. Et andet eksempel på dette er patienter, der møder op i Akutmodtagelsen med en seddel i hånden fra den praktiserende læge, hvor der står: "Kunne ikke komme igennem til CVI. Har bedt patienten om selv at møde op i AMA".

Alle de interviewede parter er enige om, at det er et problem, hvis der er ventetid på at komme igennem på telefonen til CVI, men der er ikke så mange bud på, hvordan problematikken kan løses. En praktiserende læge, der også arbejder som vagtlæge, mener, at der skal være flere på vagt i CVI til at tage telefonen – også uden for normale åbningstider.

## 4.3 Ekspeditionstid for henvisninger

De henvisende læger siger, at de kan have svært ved at vurdere ekspeditionstiden, fra henvisningen er sendt fra praksis til CVI og videresendt til en hospitalsafdeling. En af grundene til, at det er vanskeligt at vurdere ekspeditionstiden, er, at den henvisende læge som regel først får besked om modtagelse af henvisningen, når henvisningen er modtaget hos hospitalsafdelingen – og nogen gange hører den henvisende læge aldrig noget, efter henvisningen er sendt. Dette gør det vanskeligt for praksissektoren at vurdere, om eventuel ventetid opstår i CVI eller i afdelingen.

En enkelt speciallæge fortæller, at henvisninger skifter farve fra rød til grøn i hans elektroniske system, når de er modtaget, og at dette som regel går hurtigt. Andre læger fortæller, at de oplever, at ekspeditionstiden er utrolig hurtig i forbindelse med pakkeforløb, hvor patienten bliver kontaktet af afdelingen samme dag, men det varierer, og det kan tage længere tid.

I forbindelse med pakkeforløb er der en medarbejder fra en hospitalsafdeling, der udtaler, at det ville være bedre, hvis CVI gennemgik henvisninger til kræftpakker tre gange om dagen, så afdelingen havde mulighed for at behandle henvisningen hurtigere og dermed undgå unødigt spildtid.

En anden problemstilling i forbindelse med ekspeditionstid finder sted i forhold til akutte henvisninger. Både en læge fra almen praksis og en visitationskyndig fra en hospitalsafdeling fortæller, at lægens elektroniske henvisning ikke ekspederes videre til hospitalsafdelingen hurtigt nok. I praksis betyder dette, at hospitalsafdelingen kun har CVI's notat fra telefonsamtalen med lægen, når afdelingen modtager patienten, og den

henvisende læges arbejde med at udfylde den elektroniske henvisning er spildt. Dette er ekstra problematisk, fordi der nogle gange ikke er helt overensstemmelse mellem notatet fra CVI og lægens elektroniske henvisning (uddybes i kapitel 5.2). De ansatte i CVI nævner i den forbindelse, at det ville være at foretrække, hvis alle fire CVI'er havde mulighed for at udfylde deres notat fra samtalen med henvisende læge elektronisk.

Både henvisende læger og hospitalsafdelingerne understreger, at det er vigtigt, at CVI'erne er opmærksomme på at videresende den elektroniske henvisning fra praksissektoren ved akutte henvisninger. Desuden fremhæver de ansatte i CVI, at de modtagende afdelinger skal være bedre til at sende hurtig besked til både patienten og den henvisende læge – enten i form af modtagelses- eller indkaldelsesbrev, da manglende svar fra afdelingerne resulterer i mange unødige henvendelser til CVI.

#### 4.4 Bestilling af transport til akutte patienter

Når lægerne fra praksissektoren ønsker at indlægge en akut patient, kan CVI bistå med at bestille transport til patienten. Denne "service" bliver velmodtaget af de interviewede læger fra praksissektoren. Lægerne siger, at typen af transport bestemmes i fællesskab med CVI, og de synes, at bestillingen af transport fungerer rigtig fint – selv de mest skeptiske speciallæger vurderer, at bestillingen af transport fungerer godt.

De modtagende hospitalsafdelinger deler dog ikke helt denne vurdering. De fortæller, at patienter mange gange sendes med den forkerte type transport, dels fordi de ansatte i CVI ikke har en sundhedsfaglig baggrund, og dels fordi de henvisende læger ikke har nok viden om de forskellige typer af transport<sup>3</sup>. En medarbejder på en hospitalsafdeling fortæller om et eksempel, hvor der var valgt en forkert type transport:

*Fx fik jeg meldt en patient med OBS sepsis [blodforgiftning] med siddende transport, der var jeg ved at falde ned af stolen.*

(Visitationskyndig på hospitalsafdeling)

Nogle afdelinger oplever til gengæld, at der bliver valgt en lidt for ressourcekrævende form for transport:

*Hos os oplever vi det modsatte, her bliver revl og krat indlagt med kørsel 2 [...] det ødelægger jo lidt hele systemet. Men altså folk på 37 [år] med ondt i ryggen, og nu har de haft ondt i ryggen i tre dage [...] igen det der med at vurdere, han/hun kan godt vente halvanden time, der er jo ingen forskel på, om de kommer ind efter en halv time eller halvanden time. [...] Dem har vi sindssygt mange af [...] Og brandvæsnet kommer så tit og siger: "Ja så stod fru Hansen nede i døren, påklædt og var selv gået ned fra tredje sal, så er man bare ikke syg nok til en kørsel 2".*

(Visitationskyndig på hospitalsafdeling)

En sygeplejerske fortæller i den forbindelse, at hun i mange år har haft kontakt til de henvisende læger, da hun fungerede som visitationssygeplejerske på akutafsnittet. Hendes erfaring er, at lægerne forsøger at få

---

#### <sup>3</sup> Typer af patienttransport:

- **Kategori A (1): Livs - eller førlighedstruende tilstande**, hvor der ud over ambulancen ofte vil være brug for supplerende indsats med paramediciner og/eller akutlæge. Disse kørsler afvikles altid med udrykning.
- **Kategori B (2): Hastende opgaver**, men hvor der ikke er umiddelbar risiko for liv eller førlighed. Anvendelse af udrykning beror på en konkret vurdering.
- **Kategori C (3): Ikke hastende ambulanceopgaver og planlagte transportopgaver, der kræver medicinsk behandling eller overvågning**. Disse kørsler afvikles uden udrykning.
- **Kategori D: Liggende transporter**, der ikke kræver behandling eller medicinsk overvågning. Disse kørsler afvikles i de fleste tilfælde med en sygetransportvogn.

patienterne ind hurtigst muligt, selvom nogle af patienternes tilstand ikke kræver en kørsel B, men godt kunne vente på en kørsel C.

Flere af de interviewede sygeplejersker fortæller, at de mangler dialogen og den faglige forhandling med den henvisende læge, hvor de sammen fandt ud af, hvilken type transport patienten behøvede. De anbefaler, at de henvisende læger får mere information om, hvad de forskellige typer transport indebærer:

*Indlæggende [henvisende] læge skal have en større viden om, hvad de forskellige kørsler indebærer. Hvad er en kørsel med mulighed for behandling? Der har patienten mulighed for at få ilt under transporten, det har de ikke hos en kørsel 3.*

(Visitationskyndig på hospitalsafdeling)

Desuden anbefaler de, at CVI har en liste over hvilke diagnoser, der skal udløse transport af typerne kategori 1 og kategori 2.

Medarbejderne i CVI oplever, at de får klager fra afdelingerne over typen af patienttransport, men er i denne situation lidt fanget mellem sine to samarbejdspartnere, fordi de har fulgt den henvisende læges ønske om transport.

Samtidig oplever lægesekretærene i CVI, at det rent praktisk er blevet mere vanskeligt at bestille patienttransport, efter at de sundhedsfaglige 112-opkald nu besvares af sundhedsfagligt personale i AMK-Vagtcentralen. Dette har resulteret i, at det tager meget længere tid at bestille transport, fordi de nye medarbejdere dels ikke er fortrolige med IT-systemet og dels stiller mange unødige spørgsmål.

Desuden er der nogle konkrete problemstillinger vedrørende patienttransport, som de visitationskyndige på hospitalsafdelingerne ønsker udbedret. For det første er der én sygeplejerske, som står som rekvirent på alle akutte kørsler bestilt af CVI til Glostrup Hospital. Dette resulterer i, at hun ofte bliver ringet op af Falck – også i sin ferie. For det andet er der en retningslinje, som betyder, at akutte kørsler ikke kan køre til ikke-akutte afdelinger/ambulatorier. En overlæge fortæller:

*Man kunne simpelthen ikke få kørt patienterne ind på en ikke-akut modtageafdeling, selv om man gerne ville have patienten. Der kan være nogle situationer, hvor man gerne vil have patienten ind på ambulatoriet efter kl. 15, men det kan ikke lade sig gøre. Der skal noget fleksibilitet ind.*

(Visitationskyndig på hospitalsafdeling)

Retningslinjen gør, at en akut patient ikke kan køres direkte til en relevant specialafdeling, selvom dette er aftalt med afdelingen, og/eller patienten måske i forvejen er i et behandlingsforløb på den pågældende afdeling. Medarbejderne på hospitalerne anbefaler, at denne retningslinje ændres.

Lægerne i praksissektoren oplever altså, at bestillingen af transport til akutte patienter fungerer fint, men hospitalsafdelingerne mener, at der ofte bestilles en forkert type transport, og de vurderer, at henvisende læge og/eller de ansatte i CVI har behov for større viden om de forskellige typer transport.

## 4.5 Retningslinjer for visitation

Retningslinjer og opslagsværker spiller en stor rolle i CVI-medarbejdernes arbejdsdag. Hver CVI har en række opslagsværker, der dels skal afdække, hvilket planområde/hospital patienter hører til, og dels skal afdække, hvilken afdeling den pågældende diagnose skal visiteres til. Dertil kommer, at der er afdelinger, der flyttes eller nedlægges, og at visse afdelinger ønsker, at henvisningsproceduren foregår på en bestemt måde (fx ikke vil modtage elektroniske henvisninger eller kræver opringning). Da disse opslagsværker er CVI'ernes bedste mulighed for at navigere henvisningerne det rigtige sted hen, er det vigtigt, at de er opdaterede med de seneste ændringer.

CVI'erne har tidligere anvendt oversigten over flytning af afdelinger, som findes på sundhed.dk, men de oplever, at oversigten ikke er tilstrækkeligt opdateret, så de selv er nødt til at have en liste for dette også. De anbefaler, at oversigten på sundhed.dk bliver opdateret, så de kan anvende den som opslagsværk i forhold til henvisninger.

Desuden nævner både de ansatte i CVI og nogle af de henvisende læger, at der er uklarhed i retningslinjerne for visitation, som gør det vanskeligt for CVI'erne at gøre deres arbejde. Eksempelvis er der uklarhed i forhold til, om børn skal sendes til Herlev eller Hvidovre Hospital, og der er visse diagnoser, som hverken medicinsk eller kirurgisk afdeling vil modtage. Dette resulterer i, at CVI bliver fanget i speciallægenes diskussion om specialeafgrænsning, fordi de ikke har nogen steder at visitere patienten til.

Uklare retningslinjer – og undtagelser fra retningslinjer kan resultere i, at der sker fejlhenvisninger. Medarbejderne hos CVI opfordrer afdelingerne til at melde tilbage til CVI, og eventuelt indberette det som en utilsigtet hændelse, hvis CVI har henvist en patient til en forkert afdeling, således at alle parter kan lære noget af episoden og gøre det bedre næste gang.

Endvidere foreslår medarbejderne i CVI, at der oprettes en specifik CVI-hjemmeside, hvor de kunne have relevante retningslinjer, opslagsværker, kontaktoplysninger mv.

De visitationskyndige på afdelingerne efterlyser større fleksibilitet i forhold til retningslinjerne for visitation. Fx mener de, at patientens behandlingsforløb skal veje tungere, end hvilken afdelings tur det er til at få en patient henvist, således at patienter, der i forvejen er i behandling ét sted, henvises hertil i stedet for til en anden afdeling. Personalet på hospitalerne har forståelse for, at det ikke er CVI's fejl, da CVI blot følger reglerne:

*Jeg siger heller ikke, at det er sekretærernes fejl som sådan, men der er fastlagt nogle regler, som måske er lidt rigide at arbejde med, som vil være hensigtsmæssig at tage fat på.*

(Visitationskyndig på hospitalsafdeling)

På lignende vis ønsker en praktiserende speciallæge, at behandlingsforløbet skal veje tungere end geografisk afstand til nærmeste hospital, når en patient indlægges akut:

*Det virker bureaukratisk, at man absolut skal indlægges på det nærmeste sygehus, hvis der er et andet sygehus, hvor man har været indlagt mange gange, og man har kendskab til det sygehus, og lægerne har kendskab til én.*

(Henvisende læge i speciallægepraksis)

Begge parter efterlyser således, at retningslinjerne for visitation ændres, så patientforløbet vejer tungest, når patienter genindlægges.

Derudover er der en visitationskyndig på en hospitalsafdeling, der mener, at det burde være muligt at henvise til den afdeling i Regionen, der havde kortest mulig ventetid på den pågældende behandling på det pågældende tidspunkt. Han foreslår, at CVI får adgang til ventetidsoplysninger, og at der på henvisningsblanketten bliver mulighed for at krydse af, om patienten ønsker kortest mulig ventetid eller behandling på en specifik hospitalsafdeling.

## 4.6 CVI som omdrejningspunkt for alle henvisninger

Én af de praktiserende læger mener, at det vil være mere hensigtsmæssigt at benytte CVI som omdrejningspunkt for alle henvisninger til hospitalsafdelinger. Det betyder i praksis, at henvisninger mellem hospitalsafdelinger også skulle sendes via CVI, og at eventuelle fejlhenvisninger fra CVI skulle sendes tilbage til CVI, så CVI selv skulle finde den rette afdeling. Den praktiserende læge mener, at CVI skal være løsningen på et hospitalsvæsen, der er blevet meget mere komplekst:

*Det er smart, at man bruger CVI som omdrejningspunkt. [...] jeg vil tro, at det er bedre, at afdelingen sender henvisningen tilbage til CVI – og worst case må CVI gå tilbage til egen læge. [...] Det er blevet så komplekst, at den enkelte kliniske afdeling ikke kan overskue det. Vi skal acceptere, at CVI er det sted, der ved mest, og selv dér kan det gå galt.*

(Henvisende læge i almen praksis)

Dette falder godt i tråd med et forslag fra en visitationskyndig på en hospitalsafdeling, der går ud på, at CVI får besked om henvisninger uden om CVI, således at CVI har et bedre billede af den samlede kapacitet på en afdeling.

De henvisende læger fra praksissektoren gør desuden opmærksom på, at det er u hensigtsmæssigt, at der er visse diagnoser og henvisninger, som ikke skal sendes til CVI. Det drejer sig om henvisninger til billeddiagnostiske afdelinger, hvor praksissektoren fortsat skal benytte separate lokationsnumre; samt henvisninger vedrørende brystkræft, da disse skal have foretaget en undersøgelse på en billeddiagnostisk afdeling. Lægerne pointerer, at det virker ulogisk, og at disse henvisninger burde køre via CVI som alle andre henvisninger.

#### **4.7 At være ansat i CVI**

De ledere og medarbejdere fra CVI, som er blevet interviewet i forbindelse med evalueringen, udtaler samstemmende, at det er sjovt at arbejde i CVI. Dette skyldes blandt andet kontakten til primær sektor, de varierede opgaver i CVI, muligheden for at agere problemknuser i forhold til vanskelige henvisninger, og at der sker noget nyt hele tiden. Fx siger en lægesekretær:

*Man kører ikke bare på ryggraden hele dagen. [...] det meget rart, at der sker noget, og at man hele tiden skal rykke på nogle situationer.*

(Medarbejder hos CVI)

Medarbejderne nævner også, at opgaverne i CVI er en dejlig afveksling i en hverdag, der ellers næsten kun var 100 procent skrivning. De siger dog også, at opgaverne i CVI er krævende, og at der både skal "hår på brystet" og grundig oplæring til, før en lægesekretær er klar til at varetage opgaverne i CVI. De udtaler eksempelvis:

*Det er udfordrende, stressende, inspirerende – man bliver brugt helt ud til fingerspidserne.*

(Medarbejder hos CVI)

Noget af dét, som er med til at gøre det stressende, er blandt andet de fysiske rammer i flere af CVI'erne. De ansatte i CVI fortæller, at der er et højt støjniveau, og telefonerne ringer konstant, og dette bliver ikke bedre af, at CVI nogen steder er placeret i et gennemgangslokale eller et meget lille rum, hvor skrivebordene står tæt.

Endvidere siger de ansatte i CVI, at det umiddelbart efter CVI'ernes oprettelse var vanskeligt at skulle lære de afdelinger at kende, som lå uden for værtshospitalet. Det har givet anledning til nogle opstartsvanskeligheder.

En anden udfordring i forhold til at arbejde i CVI findes i forhold til at kunne orientere sig i de mange opslagsværker – og ikke mindst at være opmærksom på undtagelserne fra retningslinjerne. Som tidligere nævnt er det ikke alle opslagsværker, der er opdaterede, hvilket komplicerer visiteringsopgaven yderligere. De ansatte i CVI pointerer, at det er vigtigt, at opslagsværkerne er opdaterede, da det er for usikkert, når de skal huske for mange ting i hovedet, og det øger risikoen for, at der sker fejl.

Desuden opfordrer ledere og medarbejdere i CVI til, at alle lægesekretærer i CVI skriver deres initialer på de henvisninger, de behandler, med henblik på at den enkelte lægesekretær kan lære af eventuelle fejlhenvvisninger og gøre det bedre næste gang.

Nogle af de ansatte på hospitalsafdelingerne mener, at lægesekretærene i CVI har brug for endnu mere oplæring i hvilke afdelinger, der varetager hvad. De foreslår, at hver medarbejder i CVI bliver nøgleperson for et speciale i en periode, så de lærer dette speciale godt at kende, hvorefter de roterer til næste speciale. Desuden siger en af de ansatte på en hospitalsafdeling, at det ville være at foretrække, hvis lægesekretærene i CVI kun varetog CVI-opgaver, og ikke andre sekretæropgaver i eksempelvis Akutmodtagelsen, da dette ville give dem større erfaring i forhold til opgaverne i CVI. Herudover foreslår én af de visitationskyndige på en hospitalsafdeling, at medarbejderne i CVI skulle have en sundhedsfaglig baggrund i stedet, da dette ville gøre dem bedre i stand til at stille uddybende spørgsmål til de indlæggende læger og henvisningerne.

## 4.8 Organisering af CVI

Som tidligere beskrevet er der fire CVI'er, der er beliggende på områdehospitalet i deres respektive planområde. Et par af interviewpersonerne spørger dog, om det ville være mere hensigtsmæssigt med én stor CVI for hele Region Hovedstaden. Eksempelvis fortæller en praktiserende læge, at det kan være vanskeligt for hans kolleger, der har praksis på grænsen mellem to planområder:

*Er der nogen logik i, at vi har tre eller fire [CVI'er]? Nu har jeg selv meget københavnerpatienter, så det gør ikke så meget, men der er nogle i de der overgange, hvor der kan være lidt diskussion om, hvem der skal sørge for hvad. [...] Jeg kan ikke se, hvorfor man ikke kunne have én stor CVI. Det kan også være, man ender med dét.*

(Henvisende læge i almen praksis)

Den pågældende læge udtaler, at denne organisering måske kunne afhjælpe ventetiden på at komme igennem på telefonen til CVI, da der ville være en større "buffer", hvis der var flere medarbejdere. En ansat på en hospitalsafdeling udtaler også, at det ville være bedre med én samlet CVI. Han siger:

*Den skulle selvfølgelig specialeopdeles. [...] så havde man nogle retningslinjer inden for de enkelte områder i forhold til, hvordan man skulle fordele dem [patienterne] [...] så kunne man få større ekspertise i at fordele dem [patienterne], og det ville nok medføre, at man skulle have færre omvisiteringer, og man sikrede sig, at patienterne kom det rigtige sted hen først.*

(Visitationskyndig på hospitalsafdeling)

Han nævner, at det måske kunne være hensigtsmæssigt med en specialeopdelt CVI i stedet. Dette falder godt i tråd med et ønske fra en henvisende læge fra speciallægepraksis. Han mener nemlig, at CVI ville blive mere attraktiv for speciallægerne, hvis hvert speciale havde en kontaktperson i CVI, som havde speciel ekspertise i forhold til henvisninger inden for det pågældende speciale. Han udtaler følgende:

*Hvis man skal have speciallægerne med, skal det være mere specialespecifikt, end det er nu. [...] Det behøvede kun at være i dagtiden. Jeg er ligeglad med, hvad der foregår i CVI efter kl. fire.*

(Henvisende læge i speciallægepraksis)

Han mener således, at den specialespecifikke betjening eventuelt kun behøvede at være i dagtiden.

Den specialespecifikke betjening er som tidligere nævnt også et ønske i forhold til læge til læge-kontakten, hvor nogle praktiserende læger gerne vil have mulighed for at blive stillet om til en hospitalslæge inden for et relevant speciale (bagvagt).

## 5 Fra CVI til hospitalsafdeling

Oprettelsen af CVI'erne i Region Hovedstaden opleves meget forskelligt af de ansatte på hospitalsafdelingerne, der modtager henvisninger fra CVI. I det følgende beskrives årsagerne til de blandede meninger.

### 5.1 Henvisningsprocessen går hurtigere via CVI

En sygeplejerske fortæller, at hun er glad for etableringen af CVI. Hun udtrykker tilfredshed med, at henvisningerne kommer ind elektronisk, og at der er mulighed for at omvisitere henvisningen med det samme, hvis nogle henvisninger skulle være kommet forkert. Hun oplever, at processen går hurtigere, og at der kommer færre fejlhenvvisninger, end før der var en CVI.

*Jeg synes henvisningsprocessen går hurtigere, og vi får slet ikke nogen fejlhenvvisninger. Det er vores opfattelse, at der er opdaterede lister over, hvilken afdeling patienten skal henvises til, og at dem, der sidder i CVI, generelt har styr på det.*

(Visitationskyndig på hospitalsafdeling)

### 5.2 Divergerende oplysninger ved akutte henvisninger

Når en henvisende læge vil indlægge en patient akut, ringer lægen til CVI og sender derefter en elektronisk henvisning til CVI. Herefter bestiller CVI transport til patienten, og videresender henvisningen til den pågældende hospitalsafdeling. Flere af de interviewede medarbejdere fra hospitalsafdelingerne fortæller, at CVI ofte får kontakt til modtagende afdeling, før afdelingen modtager lægens elektroniske henvisning. Dette kan være problematisk, fordi der nogle gange ikke er helt overensstemmelse mellem de oplysninger, lægen har givet CVI i telefonen, og lægens elektroniske henvisning. En lægesekretær fra en anden akutmodtageafdeling siger:

*Historien, vi får i stikord fra CVI, er ikke altid den samme, som vi senere får fra praktiserende læge. Man tænker, om det er den samme patient. Hvor kommunikationen går galt, kan jeg ikke gennemskue.*

(Visitationskyndig på hospitalsafdeling)

Dette billede med manglende overensstemmelse genkendes af de ansatte i CVI. Én af lægesekretærerne i CVI fortæller, at de ind imellem undrer sig over, om det er den samme patient, som den henvisende læge omtaler i henholdsvis telefonen og i den elektroniske henvisning.

En sygeplejerske fra en hospitalsafdeling forslår, at de ansatte i CVI bliver lært op til at spørge ind til lægens diagnose ved akutte henvisninger. Hun mener, at det ville sikre, at der kom flere detaljer med i notatet, som afdelingen får fra CVI, og at dette i sidste ende ville spare personalets tid ude på afdelingerne.

### 5.3 Kontakt mellem henvisende læge og modtagende hospitalsafdeling

En sygeplejerske fra en akutklinik oplever, at behandlingen af patienterne er forringet, efter at hospitalsafdelingerne ikke længere har direkte kontakt til den indlæggende læge. Hun fortæller, at en mangelfuld gengivelse af en sygehistorie eller en utilstrækkelig udfyldt henvisning kan resultere i, at personalet må bruge tid på at kontakte CVI og henvisende læge for uddybende detaljer om patientens tilstand. Dette er nødvendigt for at sikre, at patienten får den rette behandling.

*Vi kan få en henvisning, hvor der står: "OBS blødning". Men da vi ikke har kirurger i huset, kan vi ikke tage en patient med den diagnose. Så bliver jeg nødt til at reagere ved at ringe CVI op og spørge dybere ind til patienten eller ringe op til indlæggende læge, som har vurderet, at det er noget, vi kan håndtere. Men det kan vi jo ikke se ud fra de sparsomme oplysninger [...] Vi havde en tæt kontakt, og det har vi ikke mere [...] det betyder da noget for patientbehandlingen.*

(Visitationskyndig på hospitalsafdeling)

Hun fremhæver, at hun før oprettelsen af CVI havde mulighed for at spørge ind til patientens tilstand, fordi hun selv havde telefonisk kontakt med den henvisende læge. Hun anbefaler, at de ansatte i CVI bliver bedre til at spørge ind til den henvisende læges oplysninger om patienten.

## 5.4 Flere akutte indlæggelser

En hospitalslæge oplever at flere patienter henvises som akutte sammenlignet med før oprettelsen af CVI. Han siger, at flere af disse patienter med fordel kunne have fået en tid i et ambulatorium, men efter at indlæggelsen foregår via CVI, er det for besværligt for henvisende læge at tage kontakt til en hospitalslæge, for at afklare om patienten i stedet kunne ses i et ambulatorium.

En sygeplejerske fra et andet hospital i regionen deler den oplevelse og siger, at det går ud over reelle akutte patienter, da hver patient skal tilses af en læge:

*Der er sket det, at der slipper flere igennem, nu hvor det ikke længere er læge til læge-kontakt, fordi nogle ting kunne have været klaret med en henvisning til et ambulatorium, så det kunne have været klaret i løbet af en uge eller 14 dage, eller hvad det nu måtte være. De ryger ind nu som akutte indlæggelser, og det tager rigtig meget plads og tid fra de patienter, som reelt er akutte patienter, de optager jo en læge. Patienten skal jo gennemgås under alle omstændigheder. Så på den måde synes jeg, der slipper mange ting igennem.*

(Visitationskyndig på hospitalsafdeling)

Da det øgede antal akutte patienter ifølge de visitationskyndige skyldes manglende læge til læge-kontakt, kan øget fokus på muligheden for omstilling til en relevant hospitalslæge måske være med til at afhjælpe problemet.

## 5.5 Fordeling af patienter til de enkelte hospitaler

Nogle af de visitationskyndige på hospitalerne udtrykker bekymring i forhold til, om oprettelsen af CVI har haft indflydelse på fordelingen af patienter mellem hospitalerne. Eksempelvis oplever de, at afdelinger på CVI'ernes værtshospital i højere grad får henvist "de nemme" patienter.

*Nogen gange kan man godt have på fornemmelsen, at når man sidder og fordeler, så får vi de mere tunge plejkrævende patienter end værtshospitalet. Om det er rigtigt, det ved jeg ikke, jeg ved jo ikke, hvad de andre [afdelinger] får. Men det er bare en fornemmelse.*

(Visitationskyndig på hospitalsafdeling)

De visitationskyndige på afdelingerne anbefaler, at der i højere grad bliver synlighed og gennemsigtighed i forhold til, hvilke patienter der er henvist til de forskellige afdelinger, så det bliver muligt at aflive eventuelle mistanker om uretfærdig fordeling af patienter.

## 5.6 Patientsikkerhed

Ét af de overordnede mål med at etablere CVI var at øge patientsikkerheden. Hovedparten af interviewpersonerne vurderer, at CVI har haft en positiv effekt i forhold til patientsikkerheden. Der har været nogle opstartsvanskeligheder, men en alment praktiserende læge vurderer, at henvisningerne nu i højere grad ender det rigtige sted. En læge fra speciallægepraksis fortæller på lignende vis, at henvisningsprocessen er blevet mere strømlinet, hvilket reducerer risikoen for fejl.

Nogle læger fra praksissektoren fremhæver, at effekten har været større nogle steder end andre. Således vurderer de, at CVI har haft størst effekt i forhold til almen praksis, da denne gruppe af læger før skulle holde styr på mange forskellige afdelinger og lokationsnumre, sammenlignet med speciallægepraksis, der som regel samarbejder med færre hospitalsafdelinger. Derfor vurderer lægerne, at CVI har haft størst effekt i forhold til patientsikkerheden i almen praksis.



Desuden mener en af de interviewede speciallæger, at patientsikkerheden er øget i forhold til akutte patienter, men han er mere tvivlende i forhold til patienter, der henvises elektivt. Hans skepsis skyldes blandt andet, at det ikke er muligt at vedhæfte dokumenter til den elektroniske henvisning, hvilket kan resultere i, at bilag til henvisningen går tabt i processen.

De visitationskyndige på afdelingerne vurderer, at den elektroniske henvisning har haft en positiv indflydelse på patientsikkerheden, fordi det nu er muligt at printe en henvisning igen, hvis papiret på en eller anden måde bliver væk. Dog har den manglende mulighed for at vedhæfte dokumenter til den elektroniske henvisning den modsatte virkning, fordi det øger risikoen for, at dokumenter kan blive væk i processen.

## 6 Konklusion og forslag til forbedringer

Interviewene i forbindelse med evalueringen af central visitation i Region Hovedstaden viser, at CVI hovedsageligt får en positiv vurdering, nu hvor CVI har været regionsdækkende i næsten et år. Medarbejdere og ledere af de fire CVI'er oplever, at henvisningsprocessen og samarbejdet omkring henvisningerne er velfungerende i de fleste tilfælde.

Lægerne fra praksissektoren, som skal henvise via CVI oplever for de flestes vedkommende, at det er en lettelse af deres arbejde, at henvisningerne nu skal sendes via CVI. Dog er der forskel i vurderingen af CVI blandt lægerne fra praksissektoren. Nogle speciallæger mener, at CVI er en unødigt omvej, fordi de kun har behov for at henvise til et meget begrænset antal hospitalsafdelinger.

De ansatte på hospitalsafdelingerne, der modtager henvisningerne via CVI har delte meninger om, hvorvidt etableringen af CVI har været en fordel. Nogle fremhæver, at henvisningsprocessen går hurtigere via CVI, og at der sker færre fejlhenvisninger. Andre nævner, at de savner dialogen med den henvisende læge om både henvisningen af patienten og typen af transport til akutte patienter.

I forbindelse med evalueringen er der blevet lagt stor vægt på interviewpersonernes forslag til forbedringer, og den resterende del af konklusionen vil derfor fokusere på netop denne del. Dette skal ikke ses som et udtryk for, at interviewpersonerne kun har sagt negative ting om CVI, men her er det prioriteret at lægge hovedvægten på den fremadrettede del – nemlig forbedringsforslagene.

Dette kapitel indeholder en oversigt over de forslag og anbefalinger, som interviewpersonerne har udtalt under interviewene. Forslagene er af meget forskellig karakter og kan i visse tilfælde virke modstridende. Her er det imidlertid vigtigt at huske på, at de er fremsat af forskellige personer med forskellige funktioner, relationer og problemstillinger i forhold til CVI.

Nogle af de indkomne forslag er forholdsvis lige til at gennemføre, mens andre vil kræve flere overvejelser og ressourcer. I denne fase af evalueringen ser vi det ikke som vores opgave at sortere i de indkomne forslag, men overlader dette arbejde til dem, der skal arbejde videre med evalueringen af CVI. Forslagene er ikke opstillet i prioriteret rækkefølge, men forsøgt grupperet efter tema.

DET KAN OVERVEJES...		Uddybes på side
<b>Organisering af henvisningsprocessen</b>	1. Om CVI skal være omdrejningspunkt for alle henvisninger, dvs. også henvisninger ml. afdelinger.	19-20
	2. Om henvisninger til billeddiagnostiske afdelinger og henvisninger vedrørende brystkræft også skal sendes via CVI.	20
	3. Om CVI skal have besked om henvisninger udenom CVI, så CVI kan have overblik over kapacitet på den enkelte afdeling.	20
	4. Om læger fra praksissektoren skal "motiveres" til at henvise via CVI, fx ved hjælp af "bøder" eller bearbejdning af lægernes tillid til CVI.	10
<b>Den gode henvisning</b>	5. Om de henvisende læger fra praksissektoren skal have mere information om, hvordan den ideelle henvisning skal bygges op, og hvad den skal indeholde.	11
	6. Om CVI'erne skal indsamle uklare henvisninger med henblik på, at praksiskoordinatoren gennemgår disse med lægen, der har henvist.	11

DET KAN OVERVEJES...		Uddybes på side
	7. Om CVI skal have mulighed for at sende uklare henvisninger og ikke-henvisninger (anden kommunikation) retur til henvisende læge i praksissektoren.	11
<b>Den elektroniske henvisning</b>	8. Om henvisende læge skal have mulighed for at skrive mere i visse felter i den elektroniske henvisning.	10
	9. Om henvisende læge skal have mulighed for at vedhæfte dokumenter til den elektroniske henvisning, fx prøvesvar.	10
	10. Om den elektroniske henvisning skal have flere (obligatoriske) felter til udfyldelse, fx forældre/værge til børn og mulige allergier.	10
	11. Om den elektroniske henvisning skal indeholde et felt til "ønske om afdeling".	12
	12. Om der skal indføres mere specialespecifikke henvisninger.	10
	13. Om henvisninger til pakkeforløb skal markeres, så de bliver mere tydelige for CVI (enten ved separat felt til markering eller ved andet lokationsnummer).	11
	14. Om der skal skabes klarhed i retningslinjerne for visitation.	18-19
<b>Retningslinjer for visitation</b>	15. Om patienter, der genindlægges, som udgangspunkt skal indlægges på samme afdeling/hospital i stedet for på et andet hospital.	19
	16. Om patientens ønske om specifik afdeling skal veje tungere end den geografiske afstand til hospitalet ved akutte indlæggelser.	19
	17. Om det skal være muligt for CVI at henvise til den afdeling i Region Hovedstaden, der har kortest ventetid, hvis patienten ønsker dette.	19
	18. Om lægerne i praksissektoren skal have information om, hvad de forskellige typer af patienttransport indebærer.	17-18
<b>Bestilling af patienttransport</b>	19. Om CVI skal have en liste over hvilke diagnoser, der skal transporteres med kørsel 1 og kørsel 2.	17-18
	20. Om det skal være muligt at køre akutte patienter direkte til ikke-akutte afdelinger/ambulatorier, hvis patienten fx tidligere er behandlet dér.	17-18
	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.	21-22
<b>Organisering af arbejdet i CVI</b>	22. Om de ansatte i CVI skal have mere oplæring i hvilke afdelinger, der varetager hvad.	21
	23. Om de ansatte i CVI kun skal løse opgaver i CVI med henblik på at få øget erfaring med opgaverne i CVI.	21
	24. Om ansatte i forskellige CVI'er skal mødes løbende med henblik på erfaringsudveksling.	15
	25. Om der skal være flere på vagt i CVI med henblik på at nedbringe ventetid på telefonen.	16

DET KAN OVERVEJES...		Uddybes på side
	26. Om ansatte i CVI skal sætte deres initialer på de henvisninger, de behandler, med henblik på at den enkelte ansatte i CVI kan få feedback og lære af eventuelle fejlhenvvisninger.	20
	27. Om CVI skal gennemgå henvisninger til pakkeforløb flere gange dagligt med henblik på hurtigere ekspedition til afdelingerne.	16
	28. Om CVI skal være hurtigere til at videresende akutte henvisninger fra henvisende læge til hospitalsafdelingen.	16
	29. Om CVI skal have specialespecifik betjening, så hvert speciale kan kontakte én med specifik ekspertise i forhold til deres speciale – eventuelt kun i dagtiden.	21
	30. Om oversigten over ændringer i hospitalsplanen på sundhed.dk skal opdateres, så CVI kan anvende den som opslagsværk.	19
	31. Om CVI skal have en hjemmeside med relevante opslagsværker.	19
<b>Organisering af CVI</b>	32. Om der i stedet for fire CVI'er skal være én stor CVI – eventuelt specialeopdelt.	21
<b>CVI og deres samarbejdspartnere</b>	33. Om CVI skal holde Åbent Hus arrangementer for deres samarbejdspartnere i praksis- og hospitalssektoren.	14
	34. Om der er behov for yderligere information om CVI til deres samarbejdspartnere, fx i form af e-mail eller informationsvideo på internettet.	15
	35. Om hver hospitalsafdeling skal have en kontaktperson i den CVI, afdelingen hører til.	15
	36. Om CVI skal have en kontaktperson i alle hospitalsafdelinger, der hører til den pågældende CVI.	15
	37. Om hospitalsafdelingerne skal bakke op om henvisningsprocessen via CVI over for lægerne fra praksissektoren, fx ved at afvise at modtage henvisninger uden om CVI.	9
	38. Om hospitalsafdelingerne skal melde tilbage til CVI, og evt. indberette en utilsigtet hændelse, hvis CVI henviser til en forkert afdeling.	19
	39. Om der i højere grad skal være gennemsigtighed i forhold til fordelingen af patienter mellem hospitalerne med henblik på at aflive eventuelle mistanker om favorisering af hospitaler.	23
<b>Kontakt ml. praksissektor og hospitalsafdeling</b>	40. Om CVI skal kunne stille en henvisende læge om til en speciallæge på en relevant hospitalsafdeling, hvis der er tvivl om henvisningen.	13
	41. Om CVI skal være bedre til at oplyse om muligheden for telefonisk kontakt til en speciallæge.	13
	42. Om den obligatoriske telefonkontakt mellem henvisende læge og hospitalslæge inden henvisning til visse hospitalsafdelinger skal afskaffes.	13
	43. Om der skal oprettes et kommunikationssystem, som læger fra praksissektoren kan benytte til at kommunikere med hospitalsafdelingerne.	9

DET KAN OVERVEJES...	Uddybes på side
44. Om de modtagende afdelinger skal være bedre til at sende hurtig besked til både patienten og den henvisende læge – enten i form af modtagelses- eller indkaldelsesbrev.	10
45. Om der skal indføres en slags ”track & trace-system”, hvor praksissektoren kan finde oplysninger om den enkelte patients henvisningsforløb (hvor er patienten henne i forløbet?).	10-11