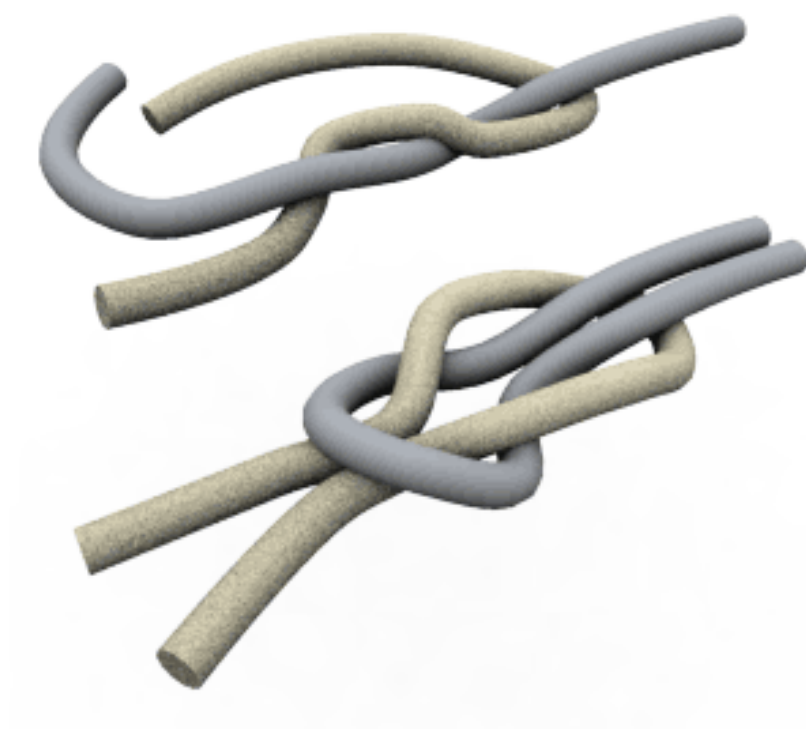


Sammenfattende analyser for henvisningsmønsteret i almen praksis



Peter Vedsted

Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus
Aarhus Universitet

Sammenfattende analyser for henvisningsmønstrer i almen praksis

Udarbejdet af: Peter Vedsted, Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus, Aarhus Universitet, Vennelyst Boulevard 6, 8000 Århus C.

Copyright: Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus, Aarhus Universitet. Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse.

Udgivet af:

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K.
Telefon: 72 26 90 00
Telefax: 72 26 90 01
E-post: sum@sum.dk
EAN –lokationsnummer: 5798000362055

Grafisk design: Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus

ISBN: 978-87-7601-266-3 (elektronisk version)

Version: 1. version

Versionsdato: 24. september 2008

Publikationen er tilgængelig på www.sum.dk

Citeres som: Vedsted P. Sammenfattende analyser for henvisningsmønstrer i almen praksis. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København 2008.

Indledning

Denne rapport indeholder sammenfattende analyser på udvalgte områder, hvor der fra arbejdsgruppen (se nedenfor) er ønsket en kobling mellem resultaterne af tre delanalyser (Delanalyse 1, 2 og 3) om henvisningsmønstret i almen praksis.

De berørte emner i denne sammenfatning er udvalgt af arbejdsgruppen under Styregruppen for Tværføfentligt Samarbejde (STS) med medlemmer fra Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (formand).

Baggrunden for sammenfatningen er tre delanalyser på området. Den første, Delanalyse 1, er en litteraturnemgang af, hvad vi ved om henvisningsmønstret i almen praksis med fokus på, hvor ofte der henvises, til hvem, for hvad, variationen i brugen af henvisninger og mulige forklaringer på variationen. Delanalyse 2 beskriver disse forhold baseret på aktuelle danske registerdata og søger dermed også at afprøve muligheden for at monitorere henvisningsmønstret. Den tredje rapport, Delanalyse 3, er en endagsregistrering foretaget af alment praktiserende læger af de henvisninger, de lavede i løbet af en dag i klinikken (i dagtid). I forbindelse med udfærdigelsen af denne rapport forelå Delanalyse 1 og 2 i færdige versioner og Delanalyse 3 i en tredje udgave.

Der har været indhentet yderligere oplysninger fra projektgruppen omkring endagsregistreringen i forbindelse med tolkningen af resultaterne i Delanalyse 3. Den samlede rapport fra STS har i dette arbejde ikke været tilgængelig.

I sammenfatningen er der taget udgangspunkt i de resultater, der er præsenteret i delanalyserne, der er om muligt taget stilling til validiteten af data i tolkningen, der er konkluderet på resultaterne, og endelig er det søgt at komme med en sammenfattende konklusion og perspektivering, der relaterer sig til en praktisk anvendelse af resultatet.

Dele af sammenfatningen bygger på grundige skøn, men kan, enten på grund af manglende data eller manglende muligheder for analyser, ikke komme med empirisk grundigt underbyggede konklusioner. Hvor dette er sket, er det markeret, at man bør se nærmere på området.

Sammenfatningens indhold forudsætter, at læseren orienterer sig passende i de tre delanalyser, idet denne sammenfatning ikke skal resumere alle delanalyseres selvstændige indhold. Derfor skal denne rapport ses sammen med de tre delanalyser.

1 Henvisningsmønstret i dansk almen praksis

Opgaven

Der ønskes en sammenfatning af henvisningsmønstret i almen praksis.

Sammenfatningens indhold

Med henvisningsmønster forstår man, hvor ofte der henvises (rate), og til hvem der henvises. Der ses på, hvor ofte der henvises i forhold til antallet af kontakter til praksis, og til hvem der henvises. I sammenfatningen er der kun benyttet henvisninger per kontakter, idet det er det mål, der bedst lader sig beskrive på tværs af delanalyserne. For detaljer mv. henvises til de enkelte delanalyser.

Sammenfatning

Nedenfor i Tabel 1 er de tre delanalyser sidestillet mht. henvisningsmønster. For Delanalyse 1 er de sammenfattede data inddraget. Sidste kolonne sammenfatter resultaterne.

Tabel 1. Henvisningsrater for de tre delanalyser. Henvisningsraterne er angivet som antal henvisninger per 100 kontakter til praksis (%). Tallene i kolonnen "Sammenfatning" er samlede estimater for alle delanalyser, når der tages hensyn til vigtige forskelle mellem analyserne.

Instans	Delanalyse 1	Delanalyse 2*	Delanalyse 3*	Sammenfatning
Indlæggelse	0,5-2 %	2,2 %	0,8 %	1-2 %
Ambulatorium	1-3 %	5,4 % (1,7 %‡)	2,6 %	2-3 %
Sygehus totalt	3-5 %	7,6 % (3,9 %‡)	3,4 %	3-5 %
Røntgen	2 %	3,7 %	1,7 %	2 %
Speciallæge	3-7 %	10,7 % (5,3 %§)	3,4 %	3,5-5,5 %
Fysioterapeut	(6 % af population)†	1,6 %	1,2 %	1-1,5 %
Psykiolog	-	0,2 %	0,2 %	0,2 %
Kommunal	2 %	-	0,3 %	0,3 %
I alt henvises	10-12 %	20,1 % (14,7 %¶)	10,7 %	10-15 %

* Delanalyse 2 beregner samtlige henvisninger fra almen praksis i både dag- og vagttid og sætter det i forhold til antallet af konfrontationskontakter i dagtid i almen praksis. Delanalyse 3 beregner henvisninger i dagtid og sætter det i forhold til antallet af alle kontakter i dagtid i almen praksis.

† andel henvist i løbet af 12 måneder

‡ fratrukket 3,7 % til røntgen

§ Antal henvisninger til alle speciallæger korrigeret for, at der er fri adgang til Ø-læger (se tekst nedenfor)

¶ Totale antal henvisninger korrigeret for, at der er fri adgang til Ø-læger (se tekst nedenfor)

I sammenligningen af de tre delanalyser henvisningsmønstre ses det først og fremmest, at der for de totale henvisningsrater er sammenfald mellem Delanalyse 1 og Delanalyse 3, idet man her kan konkludere, at der i lidt mere end hver tiende kontakt til almen praksis foretages en henvisning. For Delanalyse 2 ses, at det totale antal henvisninger er højere med en henvisningsrate på 20,1 %. Særligt for Delanalyse 2 er dog:

- a) At man har samtlige henvisninger med, inkl. dem foretaget i vagttid af Lægevagten, hvilket vil føre til et højere antal henvisninger, end hvis der kun blev talt henvisninger i dagtid.
- b) At man for speciallæger inddrager en række kontakter til øre-næse-hals-læger og øjenlæger (Ø-læger) som reelt ikke er henvisninger, da der er fri adgang til Ø-læger.
- c) At man som nævner benytter konfrontationskontakter i dagtid og ikke medtager telefonkonsultation i dagtid, hvor Delanalyse 3 viste, at 17 % af henvisningerne blev foretaget.

Ad a: I forhold til, at Delanalyse 2 fremkommer med en højere total henvisningsrate pga. inddragelse af henvisninger foretaget i vagttid, ved man fra Delanalyse 1, at op til en tredjedel af alle henvisninger foretages i vagttiden. Tager man udgangspunkt i, at den samlede henvisningsrate i Delanalyse 2 er 14,7 % (se forklaring herunder), vil en korrektion for en tredjedel betyde en rate på ca. 10 %. På samme måde kan raten fra Delanalyse 3 korrigeres ved at tillægge en tredjedel ekstra, hvorved den totale henvisningsrate fra almen praksis omfattende både dag- og vagttid burde være omkring 14 %, hvilket svarer godt til Delanalyse 2. Dog skal der her tages hensyn til, at opgørelsen af konfrontationskontakter i Delanalyse 2 som nævnt kun omfatter konfrontationskontakter i dagtid. I vagttid kan der være en anden henvisningsrate, idet der her oftere er henvendelser af mere akut karakter, hvilket kunne føre til relativt flere henvisninger. Der foreligger dog ikke systematiske gennemgange af dette område mht. henvisninger.

Ad b: Hvis man korrigerer for et overestimat af henvisninger til Ø-læger i summeringen for Delanalyse 2, fås en henvisningsrate på 14,7 % (se forklaring herunder).

Ad c: Antallet af telefonkonsultationer i dagtid i almen praksis var i 2006 ca. 15 mio., hvilket skal ses i forhold til ca. 20 mio. konfrontationskontakter. Korrigeres den fundne rate på 14,7 % i Delanalyse 2 for dette således, at telefonkonsultationer i dagtid inddrages (som i Delanalyse 3), bliver henvisningsraten 8,4 %. I forhold til Delanalyse 3 mangler i Delanalyse 2 så de 2,9 %, der blev henvist til kommunalt regi. Desværre giver Delanalyse 3 ikke mulighed for at se på antallet af henvisninger per konfrontationskontakt.

Under hensyntagen til disse forskellige måder at opgøre den totale henvisningsrate på, er der god overensstemmelse mellem de tre delanalyser i forhold til at estimere henvisningsraten i almen praksis. Den samlede rate for Delanalyse 2 må antages at være et overestimat, og de ovenstående korrektioner taget i betragtning er henvisningsraten i Delanalyse 2 nærmere 10-12 %.

Der synes således at være grund til at kunne konkludere, at henvisningsraten for almen praksis i dagtid er ca. 1 for hver tiende kontakt (konsultation, besøg og telefonkonsultation).

I Delanalyse 2 så det ud til, at der blev henvist til øre-næse-hals-læger og øjenlæger (Ø-læger) i 6,4 % af kontakterne, mens vi ved, at en række af disse kontakter til Ø-læger ikke var sket på basis af en henvisning. Det er usikkert, hvor ofte der henvises til Ø-læger fra almen praksis, da adgangen til Ø-læger ikke kræver henvisning. I Sygdomsmønsterundersøgelsen i Århus Amt i 1993 (der i øvrigt på flere områder har resultater meget lig Delanalyse 3), fandt man, at der i 0,8 % af kontakter blev lavet en henvisning til Ø-læge og, at disse henvisninger udgjorde 24 % af alle henvisninger til speciallæge. Korrigeret for denne antagelse ville antallet af henvisninger til speciallæge i Delanalyse 2 blive 5,1-5,4 %.

Henvisningsraten til speciallæge (inkl. Ø-læger) er derfor sandsynligvis 3,5-5,5 %.

Det er i øvrigt interessant at bemærke betydningen af at have henvisning i gatekeeper-funktionen. Det ses muligvis i forhold til brugen af Ø-læger. Den frie adgang til disse læger får måske brugen til at stige. Fx kan det, baseret på Sygdomsmønsterundersøgelsen i Århus Amt, estimeres, at lægerne skulle henvise til Ø-læger i 1,4 % af kontakter, mens Delanalyse 2 fandt, at det var 6,4 % af kontakterne. Hvis borgerne skulle bruge henvisning til Ø-læger, ville der dog ske en forøgelse af antallet af henvisninger, da en række vigtige og relevante henvendelser til Ø-læger i dag må antages at ske uden forudgående henvendelse til almen praksis.

Ser man mere specifikt på henvisninger til enkeltinstanser, fremkommer der alligevel væsentlige forskelle mellem de tre delanalyser. For henvisninger til sygehus ses en væsentlig forskel mellem opgørelsen i Delanalyse 3 og Delanalyse 2. I Delanalyse 3 blev der henvist til indlæggelse i knap 1 % af kontakterne, hvor Delanalyse 2 fandt, at dette var tilfældet i 2,2 % af kontakterne (Delanalyse 1: mellem ca. ½ - 2 indlæggelser pr. 100 kontakter). Igen skal der tages højde for, at Delanalyse 2 også omfatter indlæggelser både i dagtid og i vagttid, men kun tæller kontakter i dagtid. Dette alene kan dog næppe forklare hele forskellen.

Der er således grund til at antage, at Delanalyse 2 overestimerer antallet af indlæggelser pr. konfrontationskontakt. Da det kan tænkes, at der sker flere indlæggelser pr. kontakt i vagttiden, er det dog klart, at Delanalyse 3 samtidig underestimerer det totale antal henvisninger fra almen praksis til indlæggelse.

Den mest præcise henvisningsrate til indlæggelse er derfor mellem 1 – 2 %.

For brugen af ambulatoriehenvvisninger ses ligeledes en forskel. Delanalyse 3 viser, at der blev henvist til ambulatorium i 2,6 % af kontakterne, hvorimod Delanalyse 2 med 5,4 % fandt, at det var næsten dobbelt så ofte. Her er der dog ikke tale om et overestimat pga. vagttid, da henvisninger til ambulante forløb sker i dagtid. Dog er her en vigtig forskel i opgørelserne, da en del af de ambulante henvisninger i Delanalyse 2 omfattede røntgenundersøgelser, hvilket ikke var tilfældet i Delanalyse 3. Derfor skal antallet af ambulante henvisninger i Delanalyse 2 nedjusteres. Hvis vi fratrækker de 3,7 %, der gik til røntgenundersøgelser i Delanalyse 2, ser det ud til, at der foretages en henvisning til ambulatorium i ca. 1,7 % af kontakterne. Samtidig ses det, at henvisningsraten til røntgen i Delanalyse 2 er dobbelt så høj som i Delanalyse 3. Den eneste forklaring på denne mulige forskel er, at en del af de røntgenundersøgelser, der er inkluderet i Delanalyse 2, ikke er udløst af en henvisning fra almen praksis, men er afledt af anden kontakt i sygehusregi.

Således kan det konkluderes, at henvisningsraten til ambulant behandling synes at være 2 – 3 %, og, at antallet af henvisninger til røntgenundersøgelse ligger på omkring 2 % af kontakter.

Ser vi på henvisninger til fysioterapeut, er der rimeligt god overensstemmelse mellem analyserne, idet omkring 1 – 1,5 % af kontakterne fører til henvisning til fysioterapeut. Der er fuld overensstemmelse mellem Delanalyse 2 og 3 med hensyn til henvisningsraten på 0,2 % til psykolog. Henvisningsraten til kommunale instanser var i Delanalyse 3 ca. 0,3 % af konsultationerne med henvisning til kommunal instans, typisk til hjemmesygeplejen. Sammenligner vi dette tal med Delanalyse 1, hvor tidligere undersøgelser i Danmark viste en henvisningsrate på omkring 2 %, er der således tale om en ganske lille henvisningsrate til kommunale instanser.

Det skal nævnes, at Delanalyse 3 ikke analyserer antallet af henvisninger per konfrontationskontakt (konsultation og besøg) i dagtid.

Overordnet konklusion

Henvisningsraten i almen praksis er for dagtid ca. 1 henvisning pr. 10 kontakter (konsultation, besøg og telefonkonsultation). Oftest henvises til speciallæge (3,5-5,5 %), ambulatorium (2-3 %), indlæggelse (1-2 %) og billeddiagnostik (2 %). Fordelingen mellem sygehushenvisninger og speciallægehenvi- sninger er således ca. 1:1 på landsplan.

Ovenstående har udelukkende fokuseret på henvisningsraten beregnet som henvisninger pr. kontakt. I Delanalyse 2 er der endvidere beregnet henvisningsrater baseret på antal henvisninger pr. tilmeldt patient i praksis. Af disse tal ses det, at ca. 20 % af en praksispopulation henvises til sygehus i løbet af et år, og at 30 % af en praksispopulation henvises til speciallæge i løbet af et år. Der vil dog være sammenfald af personer mellem disse to grupper. Ser man på andelen af personer, der har været i kontakt med almen praksis (86 % af befolkningen), har 43 % i 2006 være indlagt, på ambulatorium, på skadestue eller hos speciallæge (korri- geret for sammenfald mellem personer flere steder i samme år) (SST, Kjeld Kjeldsen). Samlet set, inkl. hen- visning til fysioterapi, psykolog mv. er det således 40-50 % af en praksispopulation, der i løbet af et år hen- vises til det øvrige sundhedsvæsen. Hvor henvisningsraten indikerer, at kun hver tiende kontakt fører til en henvisning, indikerer denne sidste proportion, at en relativt stor del af alle patienter i en praksis i løbet af ét år har kontakt med det øvrige sundhedsvæsen mindst én gang. Derfor er henvisningsprocessen af stor rele- vans for en stor del af praksispopulationen. Af Delanalyse 2 fremgår det endvidere, at hhv. 28 % og 32 % af dem, der henvises til sygehus eller speciallæge, henvises mere end én gang i løbet af et år. Det ser ikke ud til, at der er en særlig gruppe, der står for et absolut stort antal henvisninger, idet de 10 % hyppigst henvi- ste står for 25 % og 20 % af henvisningerne til hhv. speciallæger og sygehus.

Der foreligger i disse analyser ikke tal for henvisningsraterne fra de praktiserende speciallæger til ambula- torium og sygehus. Det bør belyses i anden sammenhæng for at sikre et komparativt grundlag (se også næ- ste afsnit 2).

2. Årsager til variation i henvisningsmønstret i almen praksis

Opgaven

Der ønskes en sammenfatning af mulige forklaringer på variation i henvisningsmønstret opdelt på speciallæger, sygehus (ambulant og indlæggelse) mv. Der ønskes særligt fokus på følgende faktorer:

- a. Praksiskapacitet (antal tilmeldte, antal konfrontationer per tilmeldte)
- b. Praksisform og -størrelse (solo-, kompagniskabs- og samarbejdspraksis)
- c. Praksispersonale (type og antal arbejdstimer)
- d. Udbud, herunder henvisningsmuligheder samt samspil og samarbejde med den sekundære sundhedssektor og kommunen

Sammenfatningens indhold

I delanalyserne er der lavet analyser af, hvilke faktorer der samvarierer med variationen i henvisningsmønstret. Den internationale litteratur angiver, at henvisningsmønstret er meget påvirkeligt af grundlæggende faktorer såsom patienternes køn og alder. Derfor benyttes i denne sammenfatning primært de analyser, hvor der er korrigeret for disse indbyrdes sammenhænge. Det sker for ikke at drage misvisende konklusioner på baggrund af skæve data, fx at nogle praksis har flere ældre patienter i forhold til andre.

Der ønskes fokus på praksisforhold, struktur og organisering, hvorfor der ses på resultater, hvor der er korrigeret for patientkarakteristika. For at få et indblik i betydningen af disse gennemgås de dog først. Endvidere afsluttes med at sammenfatte den absolutte betydning af faktorerne i forhold til at forklare variationen.

For detaljer mv. henvises til de enkelte delanalyser.

Sammenfatningen

I en gennemgang af mulige forklaringer på variationen i henvisningsmønstret skal det i høj grad understreges, at de tidligere undersøgelser (gennemgået i Delanalyse 1), og Delanalyserne 2 og 3, kun for nogle enkelte variable giver mulighed for at anvise **årsager** til variationen. Man vil udelukkende have mulighed for at pege på faktorer, der på en eller anden måde samvarierer med brugen af henvisninger. Det kalder nogen "forklaringsgrad" eller association, som ikke må forveksles med årsagssammenhæng (kausalitet). Man kan således ikke udtale sig om, hvorvidt eventuelle interventioner vil have effekt på variationen, dels fordi nogle er meningsløse (lægers og patienters alder og køn etc. kan ikke ændres), dels fordi man ikke ved, hvad der førte til hvad. Et eksempel er brugen af klinikpersonale. Her kan det se ud som om (se senere), at mere klinikpersonale medfører færre henvisninger til speciallæge. Dette kan forklares ved, at netop det, at man ikke kan henvise så ofte til speciallæge, gør, at man ansætter mere klinikpersonale til at tage sig af patientforløb. Dermed ved vi ikke, om det var den lavere henvisningsrate eller klinikpersonalet, der kom først, og vi begår en fejl ved at drage den konklusion, at mere klinikpersonale fører til lavere henvisningsrate, medmindre vi har lavet eksperimentet: Fører mere klinikpersonale til lavere henvisningsrate til speciallæge?

Konklusionen kunne også være, at manglende mulighed for at have en høj henvisningsrate til speciallæge (lavt udbud) førte til øget brug af klinikpersonale.

Hvis man ønsker en mere sikker beskrivelse af mulige årsager til variation i henvisningsmønsteret, skal dette basere sig på enten interventionsstudier eller grundige analyser af naturlige eksperimenter (longitudinelle observationsstudier).

Variationens omfang

I Delanalyse 1 er det gennemgået, hvorfor man i enhver sammenligning af henvisningsrater bør foretage den på henvisningsrater, hvor der er justeret for forskelle i alders- og kønssammensætningen af patientpopulationer. Derfor er den efterfølgende gennemgang udelukkende gennemført på standardiserede tal.

Fra den samlede litteratur ved man, at læger varierer med en faktor 2-20 og praksis med en faktor 3-4 i brug af henvisninger. Variationsfaktorens størrelse afhænger af, hvilke henvisninger man ser på. I Delanalyse 1 blev variationsfaktoren mellem praksis beregnet til gennemsnitligt 4-5 (man skal være opmærksom på, at variationen mellem *praksis* er mindre end mellem de enkelte læger, idet man i en praksis med flere læger vil få gennemsnittet af flere læger). I Danmark kan den slags analyser af den enkelte læges henvisningsmønster kun gennemføres på solopraksis.

I Delanalyse 2 blev det fundet, at variationsfaktoren mellem praksis var 3 for både henvisninger til sygehus og speciallæge. Det svarer godt til, hvad man skulle forvente fra Delanalyse 1. Det vil sige, at variationen mellem danske praksis synes at være sammenlignelig med den, man finder i udlandet.

I Delanalyse 3 er det den enkelte læges henvisninger, der er registreret, men kun på én klinikdag, hvilket gør det usikkert at sige noget om variationen mellem lægerne. En hhv. lav eller høj henvisningsrate kan skyldes en særlig dag i klinikken. Delanalyse 3 viser, at antal henvisninger lavet på en klinikdag varierede fra 0 til 18 med et gennemsnit på 4,3 henvisninger per dag. Desværre indeholder Delanalyse 3 ingen statistiske oplysninger (fx spredning eller sikkerhedsintervaller), der gør det muligt at angive, hvor præcist denne variation er udtryk for en reel forskel mellem lægerne eller tilfældig variation. Samtidig er der i Delanalyse 3 ingen angivelse af variationen, når antallet af henvisninger sættes i forhold til antallet af kontakter (henvisningsraten), hvilket ville være interessant. Det er anført, at gennemsnittet er 9,7 %.

Det kan konkluderes, at Delanalyserne giver grund til at antage, at almen praksis i Danmark varierer med en faktor 3 i brugen af henvisninger, hvilket er sammenligneligt med udlandet. Det betyder, at der er nogle praksis, der henviser op til 3 gange så mange som andre praksis.

Delanalyse 1 fandt, at udenlandske undersøgelser havde vist, at der mellem regioner var en variation i brugen af henvisninger på 1,5-2,5 undersøgt på ambulatoriehenvvisninger. I Delanalyse 2 var variationen opgjort mellem både kommuner (255) og amter (15) og fundet at være omkring 1,5 for variationen mellem kommuner og omkring 1,2 for amter. Det er forventeligt, at variationsfaktoren skal aftage, når man beregner gennemsnit for flere praksis. Det ser altså ud til, at danske regioner varierer i henvisningsrater på samme måde som fundet i udlandet.

Delanalyse 3 indeholder en opgørelse af de samlede henvisningsrater (henviste i alt per kontakt) for regionerne (Tabel 17a). Den viser, at Region Hovedstaden havde den højeste rate på 10,4, mens Region Syd-

danmark havde den laveste på 9,1 per 100 kontakter (variationsfaktor på 1,14). Det er ikke muligt at afgøre, om denne forskel er statistisk signifikant, men Delanalyse 3 antyder, at der mellem regionerne er en forskel, der betyder, at almen praksis i Region Hovedstaden og Region Sjælland henviser 1 patient mere per 100 kontakter sammenlignet med læger i Region Syddanmark og Region Midtjylland.

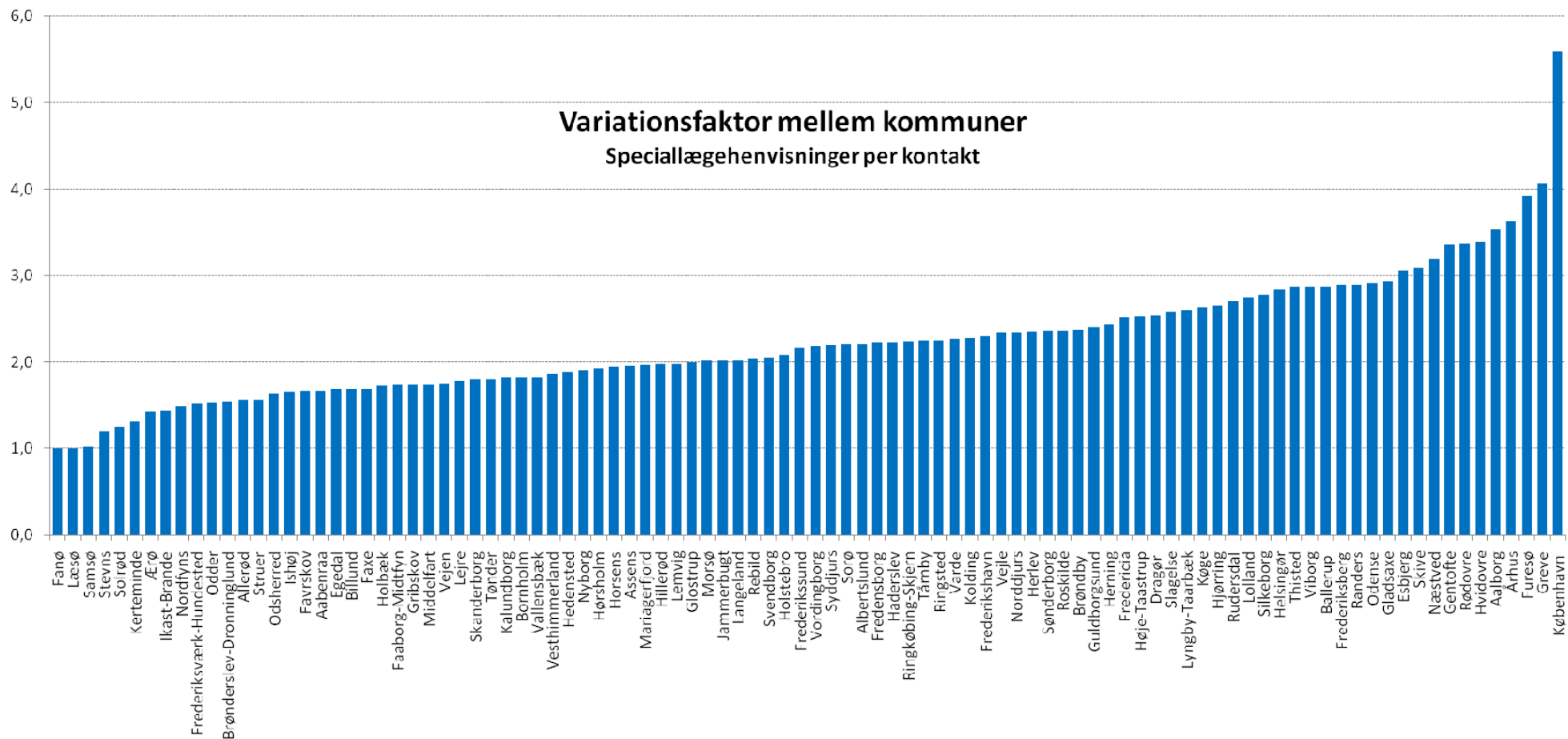
Delanalyse 3 indeholder nogle analyser af en mulig sammenhæng mellem region og henvisningsrate. Her finder man, at henvisningsraten til speciallæge sammenlignet med Region Hovedstaden er mindre i alle andre regioner. Man finder, at Region Midtjyllands henvisningsrate til ambulatorier er højere end Region Hovedstadens, at henvisningsraten til sygehus er mindre i Region Syddanmark sammenlignet med Region Hovedstaden, og at der for andre henvisningstyper ikke synes at være forskelle mellem regionerne.

Det kan konkluderes, at variationen mellem forskellige områder/regioner i Danmark er omkring 1,1-1,5 og er sammenlignelig med udenlandske fund. En måde at illustrere variationen mellem områder på (fx kommuner) kan ses i Figurerne 1-3. Her er variationsfaktoren for almen praksis i hver kommune fremstillet i et diagram hvor kommunerne er rangstillet. I Figur 4 er det søgt at illustrere, hvordan sammenhængen er mellem variationsfaktorer for de tre henvisningstyper (speciallæge, ambulans forløb og indlæggelse), når man rangstiller kommunerne efter variationsfaktoren i henvisninger til indlæggelser. Der er to kommuner med kun én praksis, som derfor ikke kan have en variation (Læsø og Fanø).

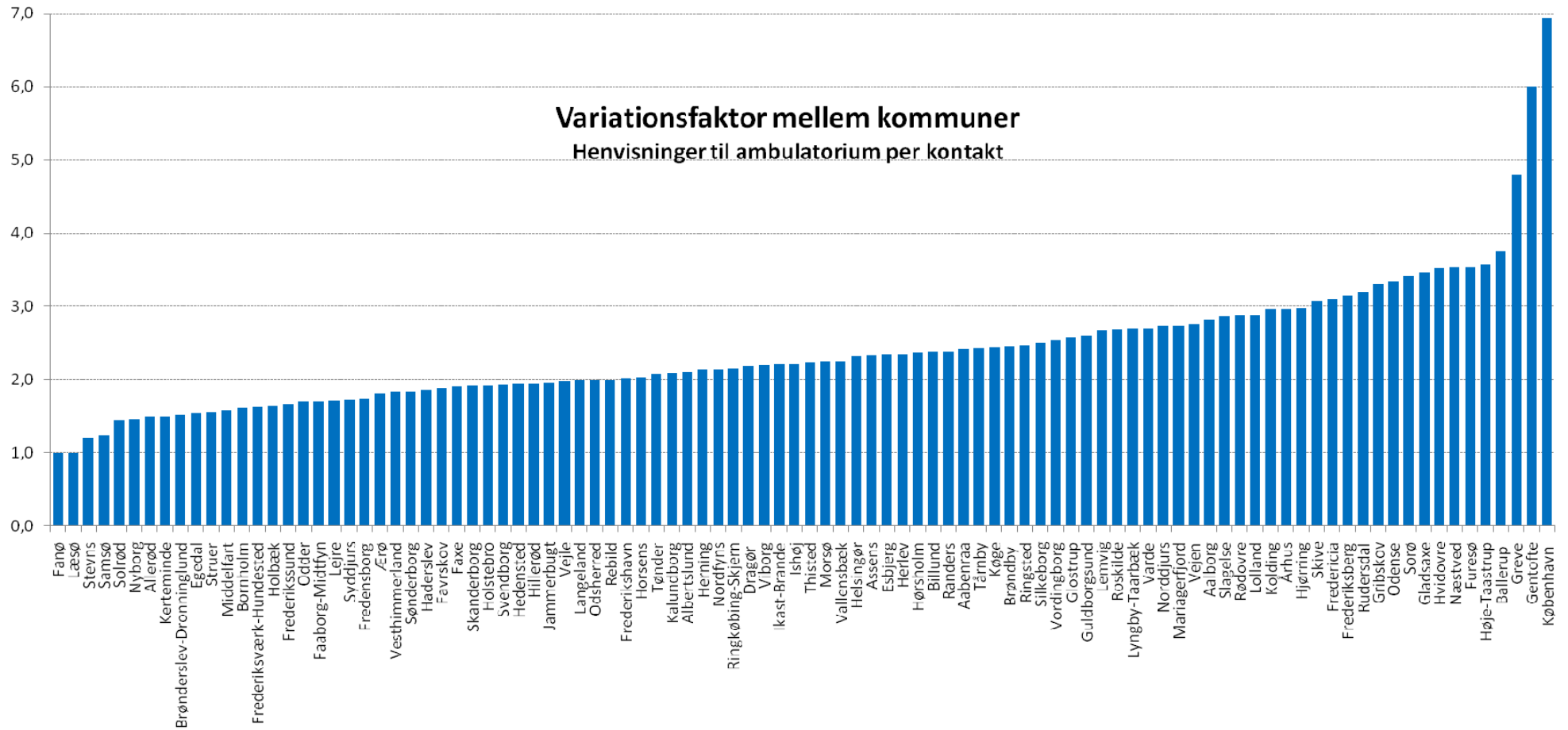
Af Figurerne 1-3 ses det, at kommunerne er forskellige med hensyn til, hvor meget praksis varierer. Man kan derfor forestille sig, at der i visse af disse kommuner er mulighed for en forandring, og generelt kan man se, at praksis ikke nødvendigvis varierer lige meget fra område til område.

En statistisk analyse af tallene i Figur 4 viser, at der er en korrelation mellem variationsfaktorerne således, at når den ene stiger, vil de to andre også have en tendens til at stige. Det indikerer, at variationsfaktoren er karakteristisk for et bestemt område. Dog siger det ikke noget om årsagen til variationen.

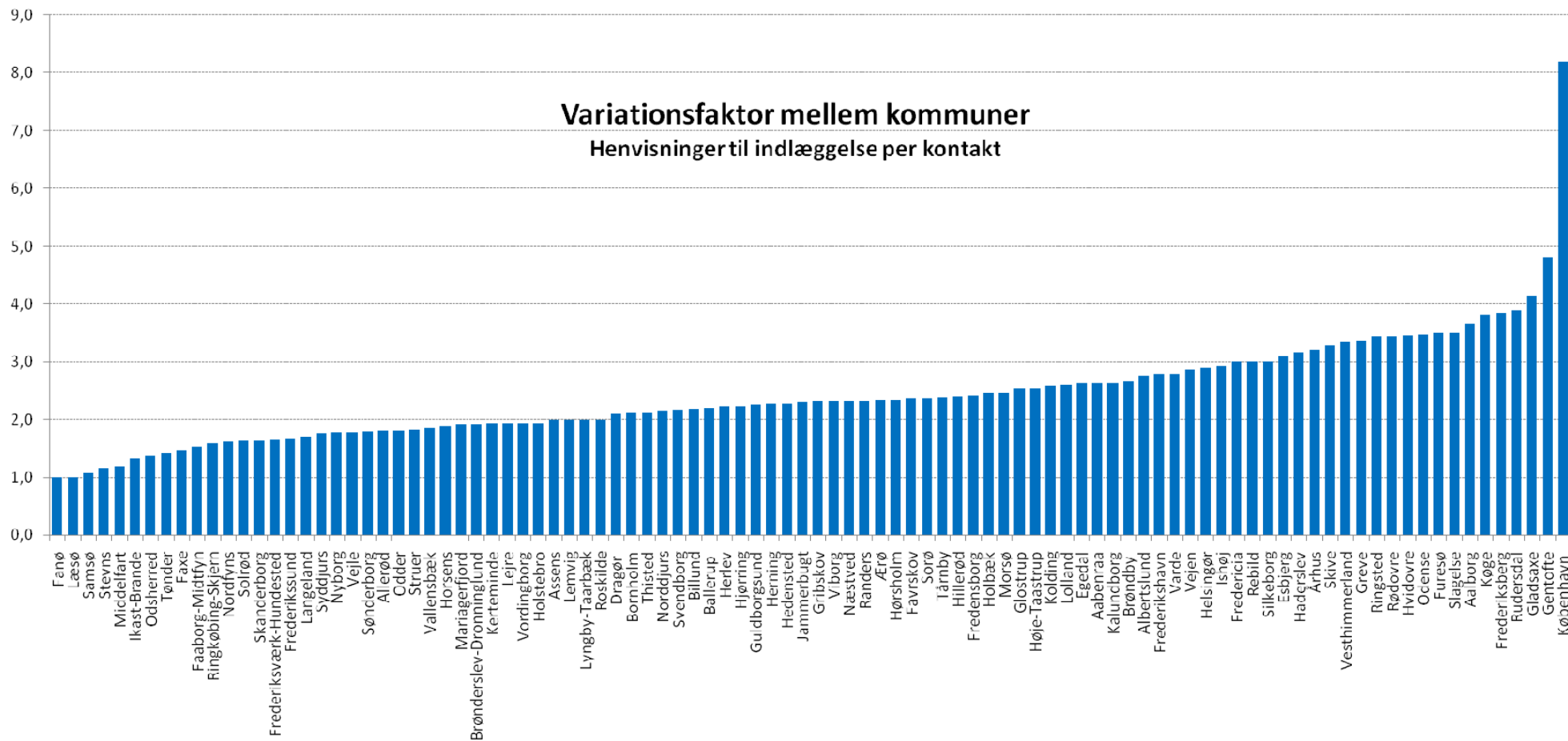
Tallene i de fire figurer er hentet fra Delanalyse 2.



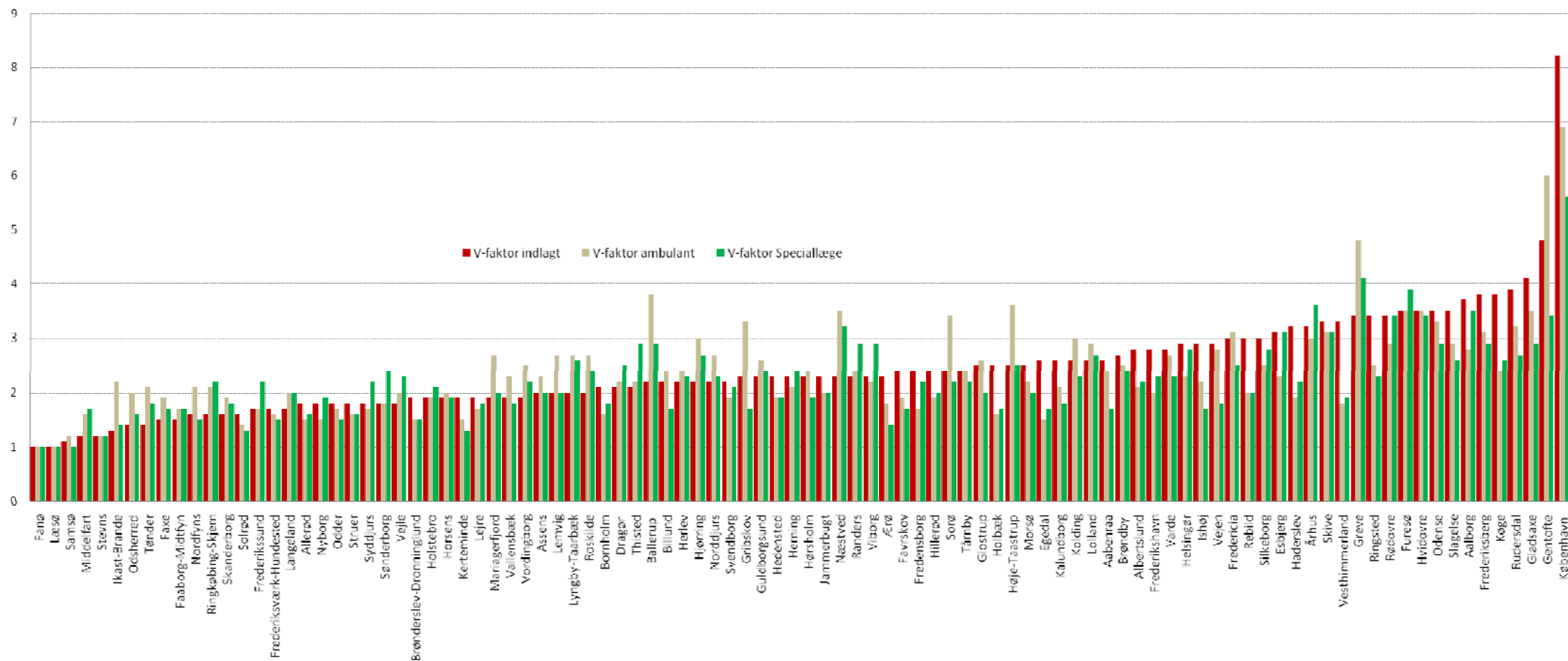
Figur 1. Variationsfaktoren for hver af de nye kommuner i almen praksis brug af henvisninger til speciallæge per kontakt til praksis



Figur 2. Variationsfaktoren for hver af de nye kommuner i almen praksis brug af henvisninger til ambulant forløb per kontakt til praksis



Figur 3. Variationsfaktoren for hver af de nye kommuner i almen praksis brug af henvisninger til indlæggelse per kontakt til praksis



Figur 4. Variationsfaktorerne for indlæggelse (rød), speciallæge (grøn) og ambulante forløb (lys grøn) for hver af de nye kommuner ordnet så kommunerne er rangstillet efter variationen i henvisninger til indlæggelse per kontakt

Mulige forklaringer på variation

I nedenstående Tabel 2 er resultaterne af delanalyserne samlet. Det er her søgt at angive dels forklaringsgraden af disse faktorer, dels deres retning. Da de underliggende enkeltfaktorer kan være modsatrettede, er den overordnede faktors forklaringsgrad angivet numerisk. Hvor flere af delanalyserne har resultater, der kan sammenholdes, er de kombineret, medmindre der ikke er sammenfald i fundene. I så fald er det angivet. Det er angivet, hvor kraftigt faktoren er samvarierende med variationen i henvisningsmønstret (se fodnote). Da der ikke er lavet særskilte analyser for indlæggelser og ambulante kontakter i Delanalyse 2, er forklaringsgraden for indlæggelser og ambulante henvisninger angivet samlet ("henvisning til sygehus"). Alle forklaringsgrader baserer sig på faktiske koefficienter fra statistiske analyser. For Delanalyse 3 er der foretaget yderligere, egne beregninger af forklaringsgrad (ΔR) ud fra t-værdien og frihedsgrader.

Først og fremmest ses det, at langt de vigtigste faktorer skal findes i patientrelaterede faktorer og udbuds-faktorer. Ud fra Delanalyse 1 og 2 er det tydeligt, at patienters alder og køn, uddannelse og indkomst kan forklare over 20 % af variationen og måske op til 50 %, hvis man inkluderer flere patientkarakteristika.

Tabel 2. Forklaringsgrad og retning for faktorer af mulig betydning for variationen i brugen af henvisninger. Der er kun medtaget forklaringsgrader, der er korrigeret for de øvrige faktors indflydelse, inklusiv geografiske faktorer (amt). De overordnede faktorer (fed skrift) får en forklaringsgrad, der er samlet for de underordnede.

Faktor	Indlæggelse	Ambulant	Speciallæge
Patient	5	5	5
Alder og køn (mænd er ref.)	+3	+3	+4
Uddannelse	-3	-3	+3
Indkomst	-4	-4	+5
Beskæftigelse	0	0	+2
Lægen	1	1	0
Køn (mand er ref.)	-1	0	0
Anciennitet	-1	-1	0
Praksis	1	1	2
Patienter per læge	0	0	0
Kontakter per tilmeldt	+1	+1	+1
Sekretær per læge	0	0	0
Sygeplejerske per læge	0	0	0
Bioanalytiker per læge	0	0	0
Praksisform (solopraksis er ref.)	0	+1	+1
Udbud	4	4	4
Lægetæthed (almen)	0	0	-1
Speciallægetæthed	-4	-4	+4
Sygehus i kommune	+1*	+1	-4

* Her angiver Delanalyse 3, at hvis der ikke er et sygehus i kommunen, indlægges der flere per kontakt. Det er modsat Delanalyse 2. Forklaringsgraden er dog meget lille for begge analyser.

Forklaringsgrad, hvor + angiver positiv sammenhæng og – negativ sammenhæng:

0: ingen sikker forklaringsgrad, +1 eller -1: ≤ 1 % forklaringsgrad, +2 eller -2: ≤ 5 % forklaringsgrad, +3 eller -3: ≤ 10 % forklaringsgrad, +4 eller -4: ≤ 20 % forklaringsgrad, +5 eller -5: > 20 % forklaringsgrad

I forhold til socioøkonomisk position ses der en mulig omvendt sammenhæng for hhv. henvisning til speciallæge og sygehus. Patienter med høj socioøkonomisk position henvises nok oftere til speciallæge, men færre gange til sygehus. Dette kan være udtryk for ulighed i sundhed, ulighed i adgang til sundhedsvæsnets

tilbud og en kombination, idet man ville forvente, at med den eksisterende ulighed i sygdom, ville personer med lavere socioøkonomisk position skulle henvises oftere til speciallæge.

En anden markant forklarende variabel er udbudsfaktoren. Her er det især speciallægetætheden, der har indflydelse på, i hvor høj grad der henvises til speciallæge og ambulante behandling på sygehus. Sådanne udbudsforhold ser ud til samlet at kunne forklare op til 20 % af variationen i brug af henvisninger.

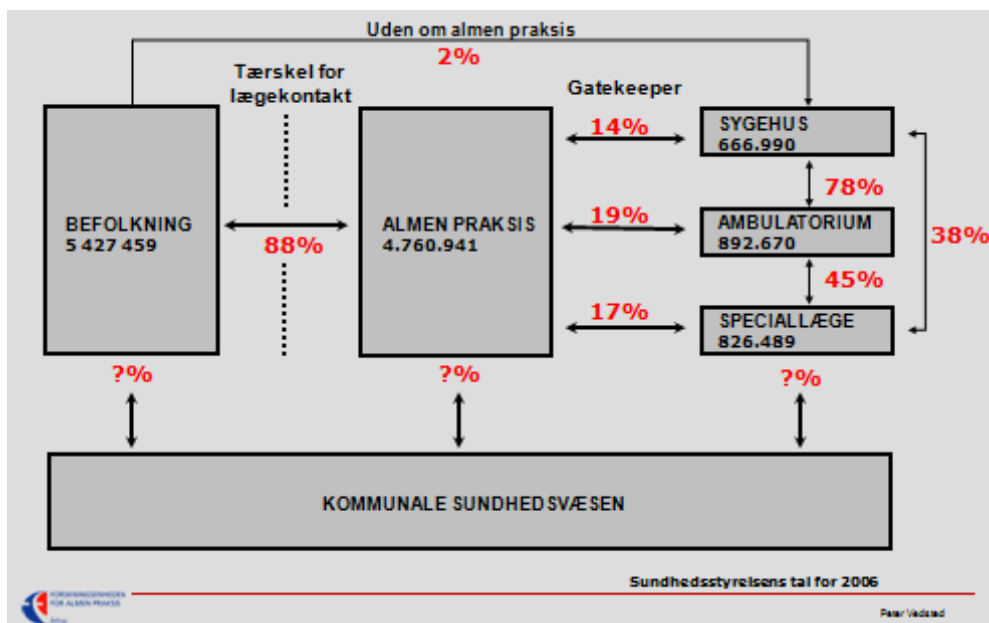
I Delanalyse 2 er det endvidere forsøgt kvantificeret på den måde, at hvis der var et sygehus i kommunen, henviste lægerne oftere til sygehus (både indlæggelse og ambulante forløb). En stigning i speciallægetæthed så ud til at kunne give en stigning i henvisningsrater til speciallæge og samtidig et fald i antallet af henvisninger til sygehus. Relativt set betyder dette, at man i det danske sundhedsvæsen ser en substituerings-effekt, hvor forekomst af speciallæger fører til et øget antal henvisninger til speciallæger, men relativt færre henvisninger til sygehus. I Delanalyse 3 fandt man ligeledes, at hvis der ikke var et sygehus i kommunen, henviste almen praksis signifikant oftere til speciallæge. Overraskende fandt man i Delanalyse 3 et modsat rettet resultat i forhold til indlæggelser, idet antallet af henvisninger til indlæggelse angiveligt steg, hvis der ikke var et sygehus i kommunen, i forhold til hvis der var et sygehus i kommunen. Det er ikke muligt umiddelbart at forklare dette kontraintuitive fund. Muligvis kan det skyldes nogle strukturelle forhold, der giver en effekt på den daglige kliniske praksis som fx mulighed for at kontakte en læge på sygehuset og dermed evt. undgå en henvisning.

Det er vigtigt at understrege, at på trods af påvisning af substituering af ydelser, er det ikke vist, at øget brug af speciallæge fører til absolut lavere brug af indlæggelser og ambulante forløb, idet speciallægenes henvisninger til dette ikke er talt med i Delanalyse 2. Det kan tænkes, at et øget udbud af speciallæger fører til et absolut øget brug af specialiserede sundhedsydelser. Det bør man mere præcist undersøge ved at analysere det totale brug af sundhedsydelser i relation til substituerings-effekten. Fx kan det via Sundhedsstyrelsens hjemmeside beregnes, at hhv. 45 % og 38 % af patienter, der i 2006 blev henvist til speciallæge af almen praksis også blev henvist *fra speciallægen* til hhv. ambulante forløb og indlæggelse (se Figur 5, SST, 2007). Igen skal der gøres opmærksom på, at SST's datamateriale ikke tillader at korrigere for personsammenfald mellem de forskellige forløb i sundhedsvæsenet.

Ser man på praksisorganisatoriske forhold såsom praksisform, klinikpersonale og lægens erfaring i praksis, viste det sig, at disse faktorer, hver for sig og samlet, kun har en ganske minimal forklaringsgrad. Det mest konsistente fund var, at antallet af henvisninger så ud til at stige i takt med, at antallet af kontakter pr. tilmeldt patient steg. Det kan synes helt naturligt, idet både antal kontakter per tilmeldt og antal henvisninger per tilmeldt er indikatorer for sygeligheden og behovet for lægelig rådgivning i praksispopulationen (opmærksomheden henledes på, at der er tale om relative mål (per tilmeldt) og ikke blot det faktum, at en kontakt selvfølgelig har en højere sandsynlighed for at føre til en henvisning, end hvis kontakten ikke fandt sted). Gruppen af borgere med en højere sygelighed og behov for lægelige råd må på alle måder forventes at gå oftere til læge og oftere at blive henvist til det specialiserede sundhedsvæsen sammenlignet med borgere med lav sygelighed.

Et andet fund er, at solopraksis kontra kompagniskabspraksis havde en minimal samvariation med brugen af ambulante henvisninger og speciallægehenvvisninger. Således ser det ud til, at kompagniskabspraksis i højere grad henviste til ambulante forløb og i mindre grad til speciallæge. På grund af nogle særlige geografiske karakteristika med en ophobning af solopraksis i hovedstaden og større byer, hvor der også er en op-

hobning af speciallæger, synes denne mindre sammenhæng at kunne forklares ved, at læger, der arbejder i et område med højt udbud af speciallæger, samtidig også sidder i en solopraksis. Stratificerede analyser for H:S og Nordjyllands Amt i Delanalyse 2 bekræfter dette. I Delanalyse 3 fandt man en ubetydelig og statistisk usikker stigning i den totale henvisningsrate ved stigende antal læger i praksis.



Figur 5. Befolkningens kontakt med sundhedsvæsenet (fra SST)

For henvisninger per kontakt var der i Delanalyse 3 ingen sammenhæng med antal klinikpersonale på nær en mindre tendens til flere indlæggelser ved flere sygeplejersketimer i praksis (Tabel 13). I Delanalyse 2 kunne det ses, at der muligvis var en sammenhæng mellem antal klinikpersonale og en faldende brug af henvisninger til speciallæge per kontakt. Endvidere var der muligvis et mindre fald i antal indlæggelser ved flere sygeplejersketimer i praksis (Tabel 36). Disse sammenhænge forsvinder helt, når man ser på henvisninger per tilmeldt patient. I en analyse af sammenhængen mellem brugen af henvisninger og antal klinikpersonaler skal denne foretages på en henvisningsrate, der baserer sig på henvisninger per antal tilmeldte per år, idet ansættelse af klinikpersonale vil føre til øget brug af kontakter per tilmeldt patienter, uden at de henvises (praksissygeplejerske kan tage konsultationer på lægens vegne, men ikke henvise). Dette bekræftes i Tabel 37 for Delanalyse 2, hvor en sammenhæng for sygeplejersker forsvinder, når den opgøres for henvisninger per tilmeldte. Absolut set er de mulige fundne sammenhænge dog af beskeden størrelse, og baseret på den usikre retning må man konkludere, at det ikke på det foreliggende materiale er muligt at vise en sammenhæng mellem brugen af klinikpersonale og brugen af henvisninger. De fundne sammenhænge kan skyldes, at udbredelsen af klinikpersonale også er geografisk betinget, hvilket igen er sammenhængende med udbud etc. Det skal dog anføres, at brugen af praksissygeplejersker i almen praksis er minimal, hvorfor det fortsat kan tænkes, at en systematisk inddragelse af uddannede praksissygeplejersker kan have en effekt, som blot ikke har kunnet vises i disse analyser. Det bør bero på konkrete studier af effekten.

Det skal nævnes, at forhold som lægernes alder, køn, uddannelse mv. stort set kun lader sig undersøge i solopraksis, idet praksis med flere læger bliver et miks af disse lægers karakteristika og, at man i Danmark ikke kan identificere og følge den enkelte læges henvisninger. I Delanalyse 3 fandt man en kompleks sam-

menhæng mellem lægens køn og brugen af henvisninger per kontakt. For det totale antal henvisninger fandt man, at kvinder henviste signifikant oftere. Derimod fandt man i subanalyserne, at kvinder ikke henviste oftere til speciallæge, ambulant forløb, fysioterapi eller kommunale instanser. Det eneste signifikante fund var, at kvindelige læger henviste FÆRRE gange til indlæggelse. Der er således ikke konsistens i, hvilken betydning lægens køn har.

Overordnet konklusion

Når man ser på fundene i de tre delanalyser med hensyn til at kunne forklare variationen i brugen af henvisninger fra almen praksis, er det klart, at den mest betydende faktor kommer fra patientkarakteristika. Selv når man standardiserer for patientkarakteristika, er den yderligere forklaring, man opnår af praksisorganisatoriske faktorer, herunder praksisform, antal læger i praksis og antallet af klinikpersonaler, ganske beskedne.

Derimod ser det ud til, at udbuds faktorer har en større betydning, hvorfor det kan tænkes, at forhold omkring muligheden for at henvise til det specialiserede sundhedsvæsen, herunder forhold omkring samarbejde og vejledning i brugen af henvisninger m.v., vil kunne have en betydning. Dette er dog ikke undersøgt i delanalyserne 2 og 3. Dog er der i Delanalyse 1 eksempler på studier, hvor man har kunnet påvirke henvisningsvariationen ved brug af en aktiv implementering af vejledninger m.v.

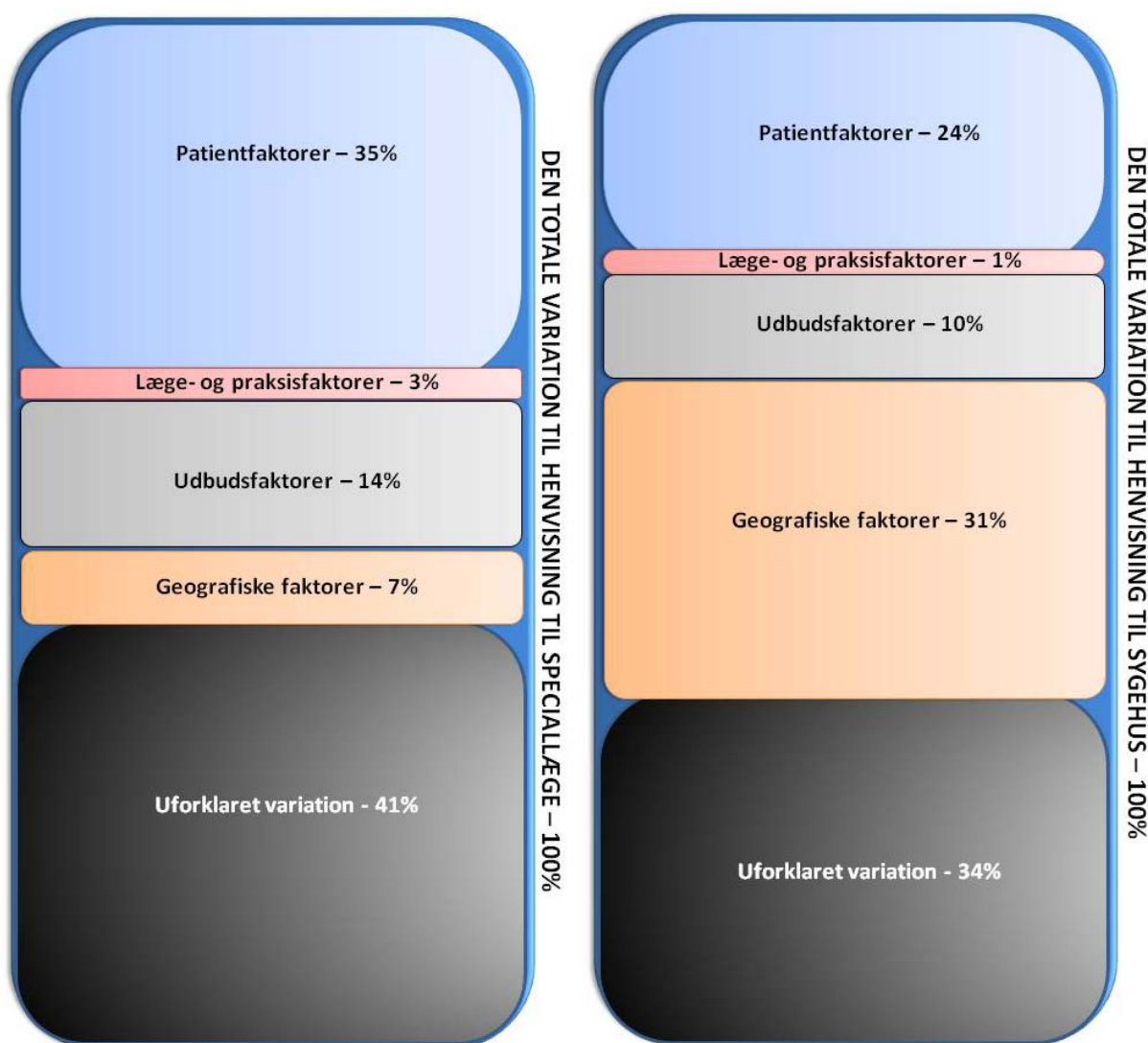
Delanalyse 2 peger på en relativt stor uforklaret variation, der ser ud til at være af lokal (amtslig) karakter. Der er i disse analyser ikke mulighed for at undersøge, hvorfra denne variation kan stamme, men en sådan variation vil også kunne pege i retning af, at man lokalt kan have traditioner, kulturer og samarbejdsformer, der i høj grad kan forklare forskelle i brugen af henvisninger.

Nedenstående Figur 6 søger at sammenfatte resultaterne af variationsstudiet i Delanalyse 2 og mulige forklaringer på denne variation. Tallene i figuren stammer fra regressionsanalyserne i Delanalyse 2 for henvisninger per 1000 konfrontationskontakter (Tabellerne 32, 34 og 36). I Tabel 36 er den fulde model beregnet og angiver, at for sygehushenvisninger kan 63 % og for speciallægehenvvisninger 52 % forklares ud fra den totale model. Tilbage står altså hhv. 37 % og 48 % uforklaret variation i disse analyser (se Figur 6). I sidste række i hhv. Tabel 32 og 34 ses de forklaringsgrader, der er fundet i analyserne som "Justeret R2 (ΔR^2)". For udbud findes forklaringsgraden nederst i kolonne 5, patientfaktorer (sammenfattet under sidste række), læge- og praksisforhold i tredjesidste kolonne. Den del af variationen, der forklares ved at inkludere amter (geografisk), findes i Tabel 36 som forskellen mellem en fuld model uden amter og med amter. Tallene fra Delanalyse er anført i nedenstående Tabel 3.

	Speciallægehenvisninger pr. konfrontationsydelse (ekskl. privat radiologi)	Sygehushenvisninger pr. konfrontationsydelse
Patientfaktorer	41 % (26 + 15)	26 % (19 + 7)
Praksisfaktorer	4 %	1 %
Udbuds faktorer	16 %	11 %
Amtsfaktorer	8 %	33 %
Uforklaret	48 %	37 %
Total	117 %	108 %

Da modellerne bygger på partielle koefficienter fra flere modeller vil summen af den samlede variation blive mere end 100 %. Derfor er der i Figur 6 lavet en korrektion af de enkelte variationskomponenter således, at det samlet giver 100 %. Det skal understreges, at disse modeller bygger på de tilgængelige data, og det kan derfor nemt tænkes, at inddragelse af andre data vil kunne give andre estimater end de her angivne. Det synes dog rimeligt at antage, at forholdet mellem forklaringsgraderne vil være ret konstante.

Skal man nærmere forstå, hvordan man vil kunne påvirke variationen i henvisningsmønsteret, skal man nok i høj grad fokusere på udbudsfaktorer, samarbejdsformer, vejledninger og beslutningsstøtte samt forhold, der giver lægerne i almen praksis mulighed for selv at udrede mange af disse patienter. Den relativt store geografiske variation for henvisninger til sygehus må endvidere betragtes som uforklaret i denne sammenhæng, idet det ikke er muligt at pege på, hvad denne geografi dækker over.



Figur 6. Illustration af mulige forklaringsområder for variationen i brug af henvisninger

3. Kvaliteten af henvisningsprocessen i almen praksis

Opgaven

Der ønskes en sammenfatning af, hvilke faktorer der understøtter "den gode henvisning", herunder resultater vedr. henvisning af kronikere (Delanalyse 2), hyppighed af "tvivlsom indikation" (Delanalyse 3), praksiskonsulentordning og andre former for beslutningsstøtte (Delanalyse 1 og 3).

Sammenfatningens indhold

I denne sammenfatning defineres "den gode henvisning", som når henvisningsprocessen er af høj kvalitet. Altså ikke kun om den er skrevet pænt og med det rigtige indhold, men om den opfylder følgende kriterier for en god henvisningsproces, der også er skitseret i Delanalyse 1:

- Fra praksis på rette indikation og tidspunkt til rette kompetence
- Modtagers hurtige aktion (indkaldelse, udførelse og svar)
- Optimeret plan for intervention (råd, konklusion og opfølgning)

En høj kvalitet af henvisningen omfatter således at:

- Henvisningen sker på baggrund af høj faglig standard
- Henvisningen opleves af høj kvalitet af patienten
- Henvisningen sikrer høj effektivitet både i proces og resultat
- Sundhedsvæsnets organisation er indrettet til at understøtte henvisningens formål

Denne sammenfatning vil derfor se på, hvad delanalyserne bidrager med af viden på hvert af disse områder. For detaljer mv. henvises til de enkelte delanalyser.

Sammenfatning

Ad høj faglig standard

Med hensyn til, om en henvisning sker på baggrund af en høj faglig standard, er der i Delanalyse 2 og 3 mulighed for at se på forhold omkring indikationerne, som grundlæggende bør være fagligt baserede.

I Delanalyse 2 er der inddraget en beregning af, hvor ofte der henvises for det, der kaldes ambulatory care sensitive conditions (ACSC). ACSC består af en gruppe af kroniske tilstande, der under optimale omstændigheder ikke kræver henvisning til det specialiserede sundhedsvæsen. I fald patienter med disse kroniske tilstande skal henvises, skal det ske pga. andre (alvorligere) aktionsdiagnoser. Hvis ACSC-aktionsdiagnoser forekommer, viser international litteratur, at man kan antage, at henvisningen var forebyggelig. Det, at der alligevel bliver henvist, kan skyldes tre forhold:

- At lægen, der henviser, ikke umiddelbart kan behandle og kontrollere den kroniske tilstand i praksis, enten fordi den opfattes som for kompliceret, pga. manglende viden, kunnen og erfaring eller pga. af manglende kapacitet
- At der i et område er en tradition/procedure for at henvise sådanne tilstande til fx et specialambulatorium
- At speciallæger ikke "tilbagehenviser" kronikere, som derfor skal genhenvises med jævne mellemrum eller forbliver i speciallægeregi. I Danmark har man ikke begrebet "tilbagehenvise", med hvilket der menes, at speciallægen henviser patienten til egen læge for fortsat behandling og kontrol efter en aftalt plan. Tilbagehenvielse kan også medføre større kompetence og erfaring i almen praksis.

I Delanalyse 2 blev det fundet, at gennemsnitligt 1 % af praksispopulationen henvises for ACSC i løbet af et år. Da disse sygdomme typisk forekommer hos ældre patienter, er forekomsten hos ældre patienter højere. Hos mænd over 50 år er det fx mellem 1,5-3 % af populationen, der henvises for ACSC i løbet af et år; knap så mange for kvinders vedkommende. Mellem praksis var der en variationsfaktor på 5 i henvisninger for ACSC, hvilket antyder, at der er god mulighed for at ændre brugen af henvisninger på dette område. Der er dog behov for at arbejde yderligere med validiteten og betydningen af ACSC i Danmark, da dette ikke tidligere har været benyttet i Danmark.

I Delanalyse 3 er der en opgørelse af lægens faglige vurdering i forhold til at foretage henvisningen. I ca. halvdelen af de henvisninger, der blev foretaget i dagtid, var der en, efter lægens vurdering, absolut indikation. Efter lægernes vurdering havde 4,2 % af henvisningerne en tvivlsom indikation, hvilket især gjaldt for henvisninger til speciallæge, billeddiagnostik og fysioterapeut. I forhold til sygdomskategori var det især kræft, bevægeapparat, hudsygdom og sociale problemer, der havde tvivlsomme indikationer. Hvorvidt man vil kunne undgå disse henvisninger er uvist, idet en række andre forhold kan have betydning for, om en patient bliver henvist, fx pres fra patient eller pårørende. Der er i Delanalyse 3 ikke gennemført analyser, der kunne vise, om der er en sammenhæng mellem tvivlsom indikation og fx defensiv medicin mv.

Omkring 45 % af alle henvisninger i Delanalyse 3 blev, ud fra lægens faglige vurdering, lavet på en "rimelig indikation". Det er ikke umiddelbart muligt ud fra analysen at se, hvilke henvisninger det drejer sig om, men det kan tænkes, at nogle af disse henvisninger, der kun var på rimelig indikation, kunne være forebygget, hvis lægen havde haft andre muligheder. Fx blev omkring halvdelen af alle henvisninger foretaget som led i udredning af sygdom og kun ca. en tredjedel i forbindelse med behandling eller kontrol af sygdom. I Delanalyse 1 fremgår det, at vi kan anse dette fund for højt, idet tal fra fx England viser, at kun op til 30 % af henvisninger foretages pga. udredning.

I omkring halvdelen af alle henvisninger i Delanalyse 3 var der andre medvirkende faktorer til, at lægen henviste, hvoraf patientønske udgjorde hovedparten, nemlig ca. en tredjedel af alle henvisninger. Dette svarer godt til fundet i Delanalyse 1.

Antallet af henvisninger pga. defensiv medicin og henvisning for at sikre lægen blev i Delanalyse 3 fundet at være 3 %, hvor Delanalyse 1 angiver dette til 4 %, hvilket er sammenfaldende for de to analyser. Defensiv medicin betegner den situation, hvor lægen primært gennemfører undersøgelser og behandlinger for at undgå at blive beskyldt for ikke at have gjort dette, hvis der skulle ske en fejl. Fx hvor en læge henviser flere, der hoster, til at få taget et røntgenbillede af lungerne, end det er nødvendigt ud fra en medicinsk be-

tragtning. Dette gøres for at undgå at overse en sjælden lungekræft. Defensiv medicin anses som ineffektivt og mere til skade end til gavn for patienterne.

Der synes således at være en måske relativt stor andel af henvisninger foretaget i dagtid i almen praksis, hvor der enten er en rimelig eller tvivlsom faglig indikation for at foretage henvisningen. At fastslå om der er særlige karakteristika ved disse henvisninger kræver yderligere analyser, men det synes at indikere, at der er god basis for at se nærmere på indikationen for at henvise. Er der mulighed for at erstatte nogle af disse henvisninger med andre initiativer, kan det betyde mindre brug af henvisninger til det specialiserede sundhedsvæsen. I Delanalyse 1 blev det fundet, at mellem 10 og 16 % af henvisninger i udlandet var af tvivlsom indikation, bedømt af speciallæger eller på basis af vejledninger. I Delanalyse 2 fandt man, at 16 % af henvisninger til indlæggelse og 49 % af henvisninger til ambulante forløb medførte en observationskode, altså hvor der ikke kunne stilles en præcis diagnose. Som gennemgået i Delanalyse 1 vil man optimalt set skulle regne med, at en vis del af henvisningerne fører til, at patienten erklæres rask (eller uden den forventede diagnose), idet lægen i almen praksis arbejder i en lavprævalent del af sundhedsvæsenet. Alligevel synes der at være god grund til at se nærmere på, hvad der kendetegner fx ambulante forløb, hvor man ikke kan påføre en aktionsdiagnose.

Ad høj patientoplevelt kvalitet

Ingen af delanalyserne bidrager til at kunne besvare, om henvisningen opleves som høj kvalitet af patienten. Dog anføres det i Delanalyse 3, at lægerne opfattede, at patientønsker var medvirkende faktor for en tredjedel af alle henvisninger. Man kan ikke vide, hvordan man skal tolke denne opfattelse hos lægerne, men det strækker sig nok lige fra, at læge og patient har en relevant snak om henvisningen til et decideret pres fra patienten. Det vil dog sige, at der i en relativt stor del af henvisningerne er en patientfaktor af betydning for henvisningsmønstret. Om dette er et tegn på, at patienterne er tilfredse, og om det er en effektiv strategi, er dog en helt anden analyse.

Ad effektivitet i henvisningsprocessen

Til at vurdere, hvor effektiv henvisningsproceduren er, kan man, på baggrund af materialet, se på fire områder (ventetider, indirekte henvisninger, øgede muligheder for, at praksis står for en større del af udredningen, samt hvad lægen forventer at få ud af henvisningen).

Vedr. ventetider kan man se i Delanalyse 3, at omkring 12 % af alle henvisninger var akutte, hvilket vil sige, at de skulle effektueres inden for 24 timer. Det vil typisk være indlæggelser for akut sygdom. Ved lidt mere end hver tiende henvisning er der således et behov for, at de effektueres inden for et døgn. Samtidig viser Delanalyse 3, at næsten hver femte henvisning blev lavet til et bestemt henvisningssted, delvist på grund af kort ventetid.

Det kan altså konkluderes, at praktiserende læger har et behov for at sikre kort ventetid og hurtig effektivering af en del af henvisningerne.

Delanalyse 3 viser, at næsten hver femte henvisning skete som en indirekte henvisning, idet 17 % af alle henvisninger skete i forbindelse med en telefonkonsultation. Klinisk vil denne ofte være forudgået af fx en konsultation, hvor man har lavet en undersøgelse og måske taget nogle prøver, og senere hen, på baggrund af resultatet, informerer patienten om, at vedkommende bør henvises. I andre tilfælde er kendskabet til

patienten så godt, at man på baggrund af en telefonsamtale umiddelbart kan fastslå, at patienten skal henvises. Indirekte henvisninger kan derfor i denne sammenhæng være en effektiv strategi, i andre tilfælde måske ikke. Fx viser Delanalyse 3, at 51 % af henvisninger ved en konsultation skete på absolut indikation, hvilket var 44 % ved indirekte henvisning. Endvidere kan man diskutere det effektive i at henvise til fx fysioterapeut via en indirekte henvisning (18 % mod 10 % ved konsultation), idet man her ofte skal foretage en aktuell undersøgelse af patienten.

Det kan konkluderes, at da en så høj andel af henvisninger fra almen praksis sker som indirekte henvisninger, er der god grund til evt. at se nærmere på effektiviteten af disse.

En stor del (52 %) af alle henvisninger i Delanalyse 3 blev foretaget i forbindelse med udredning eller pga. mistanke om sygdom. Samtidig blev omkring 15 % af alle henvisningerne foretaget, fordi man ønskede en second opinion eller var kørt fast i problemstillingen. Det betyder, at en relativt høj andel af henvisningerne foretages i forbindelse med fx en løbende udredning af patienten i almen praksis. I Delanalyse 1 var der endvidere eksempler på studier, der angav, at omkring 30 % af alle henvisninger blev foretaget på baggrund af et ønske om at udrede patienten yderligere, men at lægerne kun i 9 % af henvisninger reelt foretog denne, for at en anden skulle overtage ansvaret for udredning.

Det er her meget vigtigt at erindre, at Delanalyse 3 er analyseret således, at alle henvisninger er medtaget (inkl. dem til fysioterapeut, psykolog, indlæggelse mv.), hvor de studier, der blev inkluderet i Delanalyse 1, omfattede henvisninger til én specifik instans (typisk ambulatorier). Da man ikke henviser til udredning hos fx fysioterapeuter, vil det alt andet lige betyde, at en meget større del af henvisninger i dansk almen praksis foretages for at få patienter udredt i forhold til de undersøgelser, man kender fra udlandet. Det vil kunne undersøges ved at se specifikt på de henvisninger i Delanalyse 3, som blev foretaget til ambulatorier eller speciallæge.

En række af henvisningerne til udredning er selvfølgelig strengt nødvendige, idet en del udredning for sygdom kræver en specialiseret indsats. Alligevel kan man forestille sig, at mange af disse henvisninger foretages, fordi lægen i praksis ikke har mulighed for eller beføjelser til at være tovholder for gennemførelsen af en nødvendig og relevant udredning. Det er almindeligt kendt fra den kliniske hverdag i almen praksis, at praktiserende læger må henvise til fx speciallæge eller ambulatorier for at få gennemført undersøgelser, for hvilke der i anden sammenhæng kan være lang ventetid, fx hvis man ønsker at få foretaget en røntgenundersøgelse, for hvilken der kan være lang ventetid. Hvis der er kortere ventetid på at komme til hos en speciallæge eller i et ambulatorium, er det derfor bedst at gå omkring en speciallæge, der kan bestille undersøgelsen umiddelbart. Dette er dog ikke nødvendigvis en effektiv "dobbelt-gatekeeping". Til at underbygge dette er der i Delanalyse 3 som eksempel angivet, at op mod 75 % af lægerne fandt, at hvis de kunne henvise til CT-scanning direkte, ville de i højere grad kunne løse flere problemer selv. Om det er korrekt, bør selvfølgelig afprøves systematisk. Et kasuistisk baseret argument for, at speciallæger (i praksis eller på sygehus) skal se patienter, inden der gennemføres en specialiseret undersøgelse, er ofte, at specialisten kan fange unødvendige undersøgelser og dermed hindre spild af resurser. Det står dog tilbage at vise denne sammenhæng på empirisk grundlag (mange klinikere kender til et omvendt forhold med patienter, der gennemgår en række specialiserede undersøgelser nærmest per automatik, når patienten er i speciallægeregi). Samtidig bør man se på betydningen af ansvarsskift og længere udredningsforløb.

Der er således god grund til at tro, at effektiviteten af brugen af henvisninger vil kunne ændres ved at se nærmere på den service, almen praksis modtager i forhold til at udrede patienterne, mens egen læge er tovholder.

Når omkring hver sjette henvisning foretages på grund af, at lægen ønsker en second opinion eller er kørt fast i problemstillingen, kan det tænkes, at disse situationer vil kunne klares på anden vis end med en henvisning. Man kan forestille sig, at en telefonisk kontakt ville kunne have forebygget en del af disse henvisninger. Dette kan undersøges ved hjælp af studier på området.

Det kan således konkluderes omkring effektiviteten af henvisninger, at der synes at være god grund til at se nærmere på,

- at en del henvisninger synes at skulle effektueres hurtigt
- at egen læge måske foretager relativt mange indirekte henvisninger
- at nogle henvisninger måske kunne undgås ved, at almen praksis i højere grad kunne gå længere selv i udredningen, hvilket dog vil indebære en øget servicering af praksis fra det specialiserede sundhedsvæsen
- hvilken indflydelse patientønsker har på brugen af henvisninger
- og endelig om en anden samarbejdsform vil kunne forebygge nogle henvisninger, fx ved telefonisk kontakt

Ad organisation af sundhedsvæsnet

Til at vurdere sundhedsvæsnets organisation, og om denne organisation er indrettet til at understøtte henvisningens formål, kan vi se på forhold omkring tilbuddene til almen praksis, vejledning til almen praksis, støtte og service samt efteruddannelse.

Delanalyse 3 viser, at en forholdsvis stor andel af praktiserende læger angiver, at de kan henvise til kommunale rehabiliteringstilbud. Omkring to tredjedele af lægerne angiver, at de har dette tilbud. Lidt over halvdelen af lægerne har en aftale om at kunne henvise til kommunale forebyggelsestilbud, hvorimod kun en fjerdedel af lægerne kan henvise til kommunale akuttstilbud. Vi ved ikke umiddelbart, hvordan lægerne vurderer dette udbud (om det er anvendeligt og tilstrækkeligt i hverdagen), men i forhold til den patientrettede forebyggelse og rehabilitering synes der at være mulighed for at benytte sådanne tilbud, men samtidig også et behov for at undersøge, om læger skal kunne henvise til kommunal forebyggelse og rehabilitering og kommunale akuttstilbud. Således fremgår det af Delanalyse 3, at for hjemmesygeplejen var næsten halvdelen af henvisningerne akutte. Effekten af at have fx kommunale akuttstilbud som primærsygeplejersker og aflastning, der kan effektueres akut, skal undersøges systematisk.

Det er markant, at en meget stor del af lægerne i Delanalyse 3 finder, at de ville kunne udrede flere patienter, hvis de havde flere muligheder for fx at henvise til CT-scanning eller ekkokardiografi.

Delanalyse 3 giver nogle oplysninger i forhold til vejledning af lægerne i arbejdet med henvisninger. Det er påfaldende, at kun ca. 40 % af lægerne angiver, at praksiskonsulentordningen har været til "en del" eller "meget" hjælp i lægernes arbejde med henvisninger. Dette er kun for sygehusområdet, idet det kommunale sundhedsvæsen tydeligvis endnu ikke figurerer i opgørelsen af hjælp fra praksiskonsulenter. Der er interessant at se, at de to vigtigste initiativer, der har været til hjælp i lægernes arbejde med henvisninger, er

lokale vejledninger eller DSAM's vejledninger. Dette antyder, at lægerne er opmærksomme på vejledninger og deres brug i forbindelse med henvisninger. Man kan derfor forestille sig, at øget fokus og aktiv implementering af særlige henvisningsvejledninger, hvilket i Delanalyse 1 antydes at have effekt, vil være anvendelig i en dansk kontekst. Hvilken aktiv implementering, man skal vælge, bør bero på en kvalificeret tilgang baseret på litteraturen på området samt den eksisterende organisation, i fald den kan udnyttes effektivt (udvikling af vejledninger, praksiskonsulenter, facilitatorer, praksisudviklingskonsulenter, efteruddannelse, it-beslutningsstøtte etc.).

Samlet synes man altså at kunne konkludere, at for organiseringen af det danske sundhedsvæsen viser delanalyserne, at der er mulighed for at udbygge muligheden for (viden om) at henvise til de kommunale tilbud, herunder især til kommunale akuttilbud. Der ser ud til at være en række forhold omkring organiseringen af almen praksis' muligheder for udredning, der har betydning for lægernes brug af henvisninger, og endelig ser vejledninger ud til at have været den mest fremtrædende hjælp ved henvisninger.

Overordnet konklusion

Det ser ud til, at man på baggrund af de tre delanalyser kan konkludere, at der foretages forebyggelige henvisninger af kronisk syge patienter, og at variationen mellem praksis angiver, at man vil kunne optimere dette område. Samtidig er ca. 5 % af henvisninger fra almen praksis givet på en tvivlsom indikation, og kun halvdelen på absolut indikation. Der er således basis for at fokusere på indikationen, altså den faglige standard, i henvisningsprocessen.

Lægerne føler, at patienternes ønske relativt ofte spiller en rolle i brugen af henvisninger.

Der synes at være god grund til at se nærmere på effektiviteten i henvisningsprocessen, idet en relativt stor andel af henvisningerne foretages på grund af ønsket om en udredning eller second opinion, eller fordi man er kørt fast. Det drejer sig sandsynligvis om en del mere end i udlandet. Man kan derfor forestille sig, at et øget beredskab og en øget service til almen praksis i forhold til at udrede patienterne, mens egen læge er tovholder, vil have relativt stor indflydelse på brugen af henvisninger, hvilket er i overensstemmelse med fund i Delanalyse 1. Alt andet lige vil det kunne dedikere speciallægetid til de mest syge, sikre en hurtigere udredning samt en udredning af flere patienter på et tidligere tidspunkt i et sygdomsforløb. Samtidig giver det mulighed for, at fx kronisk syge i højere grad kan forblive i almen praksis. En bivirkning kan være en øget brug af udredning i det danske sundhedsvæsen, hvilket skal holdes op mod en evt. gevinst. Effekterne bør derfor studeres systematisk i undersøgelser på området.

Der synes ikke på nuværende tidspunkt at være markant støtte fra praksiskonsulentordningen til selve henvisningsprocessen, hvorimod lægerne i relativt høj grad angiver vejledninger som værende en hjælp i deres arbejde med at henvise. Man kan således forestille sig, at en mere fokuseret tilgang med hensyn til vejledninger og aktiv implementering i praksis vil kunne være en støtte til almen praksis i henvisningsarbejdet. Dette svarer til de enkelte studier, der er refereret i Delanalyse 1, hvor en fokuseret og aktiv implementering af beslutningsstøtte og second opinion havde en effekt på kvaliteten af henvisningerne.